



Роль консультантов по детскому сну в организации режима сна и бодрствования детей первых лет жизни

Е.В. Гранит

Адрес для переписки: Екатерина Вадимовна Гранит, katya.granit@gmail.com

В статье рассматриваются актуальность проблемы детской поведенческой инсомнии и пути решения при участии консультантов по детскому сну. Консультанты по детскому сну не отменяют назначений врача, не дают медицинских рекомендаций, обеспечивая выполнение только правил гигиены сна и методов поведенческой терапии. Приводится одна из авторских методик улучшения сна. Сделан вывод о том, что работа консультантов с родителями дает наиболее высокие результаты, так как лекарственная терапия не решает проблему полностью.

Ключевые слова: сон, режим сна и бодрствования, детская поведенческая инсомния, поведенческая терапия

Введение

Нарушения сна встречаются у 20–30% детей грудного и раннего возраста и являются одной из самых острых проблем для молодых родителей [1]. Часто взрослые не в состоянии самостоятельно справиться с ранними утренними пробуждениями, длительными дневными укладываниями и последующими короткими периодами сна, а также с многократными ночными пробуждениями, которые ведут к плохому настроению, эмоциональной неустойчивости и повышенной раздражительности у детей в дневное время.

Несмотря на очевидность проблемы, педиатры уделяют ей недостаточно внимания. Во многом это обусловлено низкой обра-

мостью родителей за помощью, зачастую они сами не обращают внимания на сон ребенка. Как показывает статистика, в среднем только 10% родителей считают, что у детей есть проблемы со сном [2, 3]. В большинстве случаев нарушения сна в первые годы жизни здорового ребенка расцениваются как временное явление, связанное с младенческими коликами или прорезыванием зубов. В лучшем случае врачи рекомендуют родителям, обеспокоенным плохим сном малыша, запастись терпением и дождаться момента, когда сон наладится сам собой. В худшем – неврологи назначают седативные препараты, не имеющие доказательной базы в рамках безопасности и влияния на качественные

и количественные показатели сна у детей [4].

Некоторые родители готовы ждать самопроизвольного прекращения расстройств сна один-два года, но к возрасту трех лет проблема ночных пробуждений приобретает более серьезные масштабы и не всегда решается сама собой [2, 5]. Утомленные родители прилагают всевозможные усилия в надежде уложить ребенка спать и прекратить приступы его плача по ночам, но порой такие меры препятствуют установлению нормального паттерна сна [6]. Так, 25% родителей детей от двух лет и старше используют телевизор как средство для засыпания, больше 70% – берут их к себе в кровать, а 20% – укачивают в коляске или в машине. Многие родители прибегают к показу мультфильмов, чтобы отвлечь капризного ребенка, но это усложняет ситуацию. Дети, в комнате у которых есть телевизор, спят на 30% хуже [2]. В результате формируется замкнутый круг: чем больше родители пытаются помочь ребенку в засыпании, тем меньше у него шансов научиться спать самостоятельно и тем больше усилий приходится прикладывать. Родителям необходимо понять, что умение засыпать – приобретаемый навык и в отличие от физиологической потребности во сне он требует



практики, как и любое другое приобретенное умение, например езда на велосипеде, чтение или письмо.

Последствия нарушения режима сна и бодрствования

Предполагают, что ребенок, имеющий здоровый полноценный сон, отличается высоким уровнем работоспособности, эмоциональной устойчивостью, нормальным функционированием органов и физиологических систем. Неправильный режим младенцев влечет за собой ряд очевидных негативных явлений в виде плохого настроения после пробуждения, отсутствия сил на бодрствование, повышенной импульсивности и раздражительности. А это в свою очередь ведет к продолжительным засыпаниям и частым ночным пробуждениям и существенно сокращает общее количество сна ребенка в сутки.

Дети, которые плохо спят в младенчестве, могут сохранить проблемы сна и в старшем возрасте. Исследования показывают, что дети, которые просыпаются более одного раза за ночь в раннем возрасте, не в состоянии решать задачи, которые требуют повышенного внимания и концентрации, при достижении возраста трех-четырех лет [7]. А в школьном возрасте следствием хронического недостатка сна становятся снижение успеваемости и сложности в поведении (агрессия, гиперактивность, импульсивность) [8–10].

Если ребенок плохо спит, то обязательно плохо спит кто-то из взрослых, как правило мать. Хронический недостаток сна у матери приводит к снижению работоспособности, ухудшению отношений в семье, в итоге к материнской депрессии [11]. Согласно статистике, родители теряют до 200 часов своего сна ежегодно в результате того, что дети просыпаются по ночам один раз и более [2].

Почему врачи не всегда способны помочь ребенку?

Часто педиатры при осмотре ребенка приходят к заключению, что ребенок здоров. С медицинской

точки зрения у него действительно нет объективных причин нарушения сна. Но поскольку проблема сна у ребенка существует/актуальна, врач иногда назначает медикаментозную терапию. Фармакотерапия седативными препаратами как метод лечения проблем с детским сном не показала эффективности в долгосрочной перспективе. Лекарственная терапия, назначенная с целью сокращения ночных пробуждений, дает кратковременный эффект и не решает проблему полностью [4], потому что основная причина детской бессонницы не корректируется. Кроме того, были обнаружены такие побочные эффекты лечения, как сонливость ребенка в течение дня [12]. Некоторые родители категорически отказываются применять седативные средства на протяжении длительного периода времени, что снижает эффективность лекарственной терапии [13].

На сегодняшний день наиболее действенный способ коррекции сна у здоровых детей – поведенческая терапия [1, 4]. Действительно, в случае, если ребенок не имеет неврологических нарушений, проявляющихся в первую очередь расстройствами сна, назначение медикаментозной терапии может быть оправданно только при совмещении с поведенческой терапией на начальном этапе.

Сегодня врачам сложно оказывать помощь в лечении расстройств сна у здоровых детей – обычно им не хватает времени, чтобы неделями отслеживать режим и поведение ребенка. Кроме того, программа медицинских вузов не предусматривает предоставление исчерпывающей информации о нормальном сне здорового ребенка до трех лет, особенностях детей, находящихся на грудном вскармливании, совмещении тенденций и методов воспитания с правильным режимом сна и бодрствования.

Если причиной плохого сна здорового ребенка становятся поведенческие инсомнии (повторяющиеся нарушения инициации,

консолидации, продолжительности и качества сна, которые возникают при наличии адекватных возрасту времени и условий для сна и приводят к различным нарушениям дневного бодрствования ребенка или семьи [1, 14]), то помочь врачам и родителям могут специально обученные консультанты по детскому сну. Они владеют теоретической базой знаний по физиологии нормального сна, принципами коррекции режима и подходами к решению проблем со сном для детей разного возраста. В рамках данной статьи будут освещены основные аспекты деятельности данных специалистов, которые в состоянии устранить проблемы организации режима сна и бодрствования, базирующиеся на поведенческой терапии.

Работа консультанта по детскому сну

Консультанты по детскому сну не отменяют назначений врача, не дают медицинских рекомендаций, призывая только к выполнению правил гигиены сна и поведенческой терапии. Это помогает как в решении существующих проблем со сном ребенка, так и в предотвращении их в будущем. Показано, что у родителей, которые прошли курсы по налаживанию сна до рождения детей, дети спят лучше и спокойней [15].

Общение посредством сети Интернет обеспечивает родителям доступность получения услуг консультанта [16, 17]. Нет необходимости ездить куда-то и тем самым лишней раз нарушать режим дня малыша. Возможность проведения онлайн-работы позволяет обоим родителям найти оптимальное время для дистанционного консультирования по Skype. При этом участие обоих родителей (особенно отца) в уходе за ребенком значительно улучшает качество сна ребенка в его первые месяцы жизни [18].

Не менее важная часть работы консультанта – эмоциональная поддержка уставших родителей. Показано, что тревожные мамы склонны острее реагиро-

СОННОЛОГИЯ



дители. Если возникают сомнения в здоровье ребенка, консультант всегда рекомендует посетить профильного специалиста.

На данный момент все методики коррекции детского сна можно условно разделить на две основные группы (табл. 1) [3, 14, 19], каждая из которых имеет достоинства и недостатки. Выбор методики зависит от родительской философии, сложности ситуации, темперамента ребенка и родителей, имеющихся ресурсов и т.д.

Пример авторской методики поведенческой терапии детской инсомнии

Наша методика основана на анализе работы Израильской школы консультантов «Родительский век», различных международных центров коррекции нарушений детского сна. Центр «Спи, моя радость» начал свою практику в России более пяти лет назад, в скором будущем представители центра будут работать также в Белоруссии и Украине. Методика постоянно дорабатывается, адаптируется под российскую специфику, практикуются новые плавные подходы в решении проблем со сном детей до трех лет.

Мы стремимся объединить преимущества и интенсивного, и плавного подходов: структурный подход в работе, наличие плана и понятных конкретных этапов в обучении, которые помогают родителям довести процесс коррекции до результата, и поэтапная

Рис. 1. Факторы, которые влияют на сон ребенка

вать на любой плач ребенка, а это в свою очередь ухудшает ситуацию [5].

Схема работы по коррекции детского сна

Сон ребенка зависит от многих параметров: поведения родителей, условий засыпания, признаков усталости, ритуалов укладывания, режимов сна и кормления (рис. 1). Именно поэтому так важно рассматривать проблемы со сном ребенка, учитывая комплекс

внутренних и внешних факторов, и проводить коррекцию исходя из этого.

Консультанты предоставляют родителям первичные анкеты, в которых они описывают текущий режим дня, тип кормления, особенности ребенка, родительского подхода, подтверждают отсутствие неврологических и прочих диагнозов. За правдивость предоставленной информации, как и в любом частном медицинском центре, ответственность несут ро-

Таблица 1. Сопоставление основных подходов для коррекции детского сна в поведенческой терапии

| Методика | Продолжительность | Суть методики | Достоинства | Недостатки |
|---|--------------------------------|---|--|--|
| «Интенсивные», например погашения*/исчезновения [3], «проверки и выдержки» [19] | От пяти дней | Ребенок практически самостоятельно осваивает навыки погружения в сон. Родители большую часть времени находятся за пределами комнаты ребенка | Четкий план действий. Родители очень последовательны. Быстрые результаты | Много слез. Эмоционально сложно для родителей |
| «Плавные», например погашение в присутствии родителя [14] | От двух недель до двух месяцев | Родители находятся в комнате ребенка, активно помогают ему заснуть, постепенно сокращая свою помощь | Мало слез. Комфортно для родителей | Иногда занимает слишком много времени. Есть вероятность того, что родители могут потерять терпение. Иногда родители нарушают последовательность, тем самым путая ребенка. Порой не доводят работу до конца |

* Имеется в виду погашение эмоциональной реакции ребенка на изменение режима.



помощь родителей при обучении, которая постепенно уменьшается в объеме, что способствует привыканию к изменениям условий засыпания.

Работа консультанта по детскому сну осуществляется в четыре этапа (рис. 2):

- 1) подготовка к обучению;
- 2) коррекция режима бодрствования;
- 3) составление плана работы;
- 4) обучение.

Подготовка к обучению включает в себя визит к врачу (педиатру, если есть необходимость – к неврологу), встречу с консультантом по грудному вскармливанию, определение подходящего времени для обучения (планируется период без поездок, эмоциональных событий, простудных заболеваний, прививок и т.п.), поиск поддержки (в лице второго родителя, бабушки, дедушки, няни, подруги). Рекомендуется по возможности проводить работу вместе с помощником (мужем или бабушкой ребенка), иначе в состоянии хронического недосыпа и/или эмоционального выгорания есть вероятность совершения ошибочных непоследовательных действий. При работе с малышами важно максимально четко и в полном объеме выполнять рекомендации, не ставя опыты на ребенке [11].

Коррекция режима бодрствования ребенка – обязательная и очень существенная часть работы, которая преследует цель помочь ребенку выспаться до начала обучения. Слишком быстрое изменение навыков засыпания у переутомленного, перевозбужденного ребенка часто не приносит видимых результатов и чревато раздражением, агрессией, отчаянием у ребенка, эмоциональным и физическим истощением у родителей. В течение пяти – семи дней родители внимательно наблюдают за ребенком, учатся различать его признаки усталости, улучшают условия засыпания, внедряют ритуалы укладывания [20], вводят новые правила «переходного» периода до укладывания (переход от очень активных действий к более спокойным до начала ритуала), вырабатывают и корректируют режим согласно нормам сна и бодрствования в его возрасте (табл. 2 [6, 21]). Мы рекомендуем раннее укладывание, что позволяет ребенку ложиться спать уставшим, но не переутомленным. Далее родители вместе с консультантом определяют краткосрочные и долгосрочные цели. Составляется план работы по дням, согласно основным задачам обучения: отработка ночных засыпаний, работа над графиком ночных кормлений, последова-

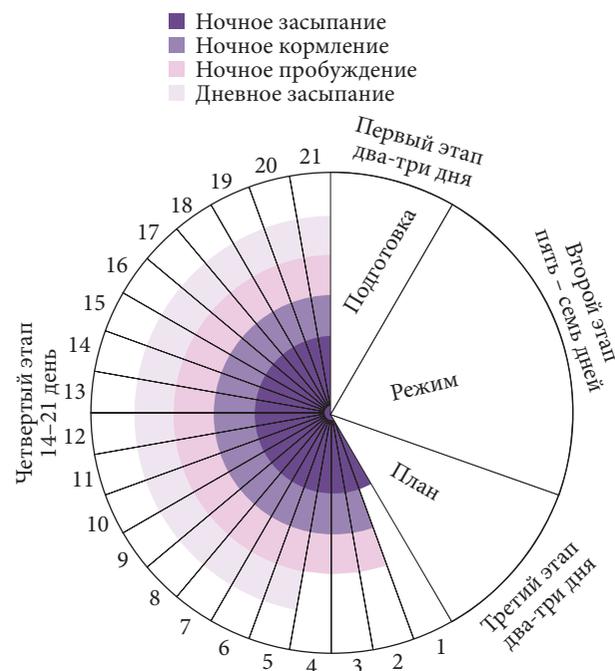


Рис. 2. Схема работы по коррекции сна ребенка в рамках методики поведенческой терапии инсомнии

тельность действий во время ночных пробуждений, отработка навыка засыпания для дневного сна. Этап обучения длится около двух-трех недель, в зависимости от ситуации в каждой семье. Исходя из пятилетнего опыта, этот временной период и данный подход эффективны в 80% случаев.

Таблица 2. Режим и нормы сна ребенка в возрасте от 0 до 3 лет

| Возраст ребенка | Время бодрствования между снами | Продолжительность дневного сна | Количество дневных снов | Продолжительность ночного сна, часов | Продолжительность сна в сутки, часов |
|---------------------------------|--|--------------------------------|-------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 0–6 недель | 45 минут – 1 час | 15 минут – 4 часа | 4–8 | 8–10 | 15–18 |
| 6 недель – 3 месяца | 1 час – 1 час 20 минут | 30 минут – 2 часа | 3–5 | 10–11 | 14–17 |
| 3 месяца | 1 час 20 минут – 1 час 35 минут | 30 минут – 2 часа | 3–4 | 10–12 | 14–17 |
| 4 месяца | 1 час 45 минут – 2 часа | 30 минут – 2 часа | 3–4 | 10–12 | 13–16 |
| 5 месяцев | 2 часа – 2 часа 15 минут | 30 минут – 2 часа | 3–4 | 10–12 | 13–16 |
| Конец 5-го – начало 6-го месяца | 2 часа 15 минут – 2 часа 30 минут | 30 минут – 2 часа | 3–4 | 10–12 | 13–16 |
| 6,5–7 месяцев | 2 часа 45 минут – 3 часа. Некоторые дольше | 1–3 часа | 3 | 10–11 | 13–15 |
| 8–10 месяцев | 3–4 часа | 1–2 часа | 2 | 11–12 | 13–15 |
| 11–12 месяцев | 3,5–4,5 часа. Некоторые дольше, если перешли на один дневной сон | 1–2 часа | 2 | 11–12 | 13–14 |
| 1,5 года | 4–5,5 часов | 1,5–2 часа | 1 | 11–12 | 13 |
| 2 года | 5–6 часов | 1,5–2 часа | 1 | 11–12 | 12–13 |
| 3 года | 6 часов | 1–2 часа | 1 | 10–11 | 12 |



Первые дни (как правило, один день, редко – три дня) обучения «особенные», важно уделить максимум внимания всем тонкостям и нюансам методики. Далее обучение строится по «правилу трех дней». Родитель активно помогает вначале и плавно сокращает помощь раз в три дня, пока ребенок не научится засыпать самостоятельно. Решая каждую из задач обучения (см. рис. 2), родитель продвигается по четырем следующим этапам: подружись с кроватью (от одного до трех дней), отучаем от прикосновений (от трех до пяти дней), мама здесь, но не рядом (от трех до семи дней), мама выходит из комнаты (от трех до семи дней).

Выделение определенных этапов в работе помогает родителям отслеживать прогресс и динамику обучения ребенка, что исключает существенный недостаток «плавающих» методик (см. табл. 1) – потерю родителями терпения и незавершение начатого.

Психологические факторы, которые важно учитывать в работе консультанта

Исходя из опыта работы консультантов центра, хотим обратить внимание на важные психологические аспекты. Степень готовности к переменам в жизни, распорядке и режиме у всех родителей разная. Отметим ряд причин, которые помешали некоторым клиентам наладить детский сон:

- ✓ недостаточность мотивации: желание сделать ребенка «удобнее» для себя;
- ✓ неожиданность работы над пробуждениями, неготовность действовать в должном объеме

физические и эмоциональные ресурсы;

- ✓ неспособность самостоятельно выстраивать режим даже после работы с консультантом, неадекватные наблюдения за признаками усталости ребенка, отсутствие ответственности за выстраивание режима;
- ✓ внутренняя неготовность к изменениям в укладе и режиме семьи: ранним укладываниям, подъемам, наблюдениям за признаками усталости, организации переходного успокоительного периода перед сном;
- ✓ неспособность справляться со слезами протеста ребенка в связи с введением нового режима сна или нового способа укладывания.

Оптимальный вариант взаимодействия с родителями

За пять лет работы были опробованы различные варианты обратной связи с родителями (звонки, чат, вебинары) и выработан уникальный подход, который помогает с максимальной вероятностью довести обучение до результата, – ежедневный письменный отчет. Родители подробно фиксируют, как ребенок провел день (как правило, это развернутый дневник сна в свободной форме), а консультант центра детского сна дает письменную обратную связь, комментирует действия родителей и предоставляет подробные рекомендации на следующий день. Такая работа над ошибками наиболее эффективна [17] и показывает высокие результаты. В первых, мама чувствует себя спокойней, когда ведет подробный дневник сна ребенка. Она видит,

что было сделано в течение дня, что можно улучшить, учиться анализировать свои действия и их последствия. Во-вторых, у родителей остаются четкие письменные инструкции действий на следующий день, и это позволяет оперативно устранять ошибки и не повторять их.

Данный формат работы не только помогает родителям решить существующие проблемы со сном, но и дает подробные инструменты и схемы, как действовать во время регрессов, после болезней, поездок и проч. Режим и сон постоянно меняются, ребенок проходит различные этапы развития, и это, безусловно, сказывается на качестве сна. Если родители знают об этом и знают, как правильно на это реагировать, то смогут с минимальным стрессом пережить любой регресс.

Для того чтобы сохранить возможность качественной письменной обратной связи, работа ведется индивидуально или в мини-группах (до семи человек). Индивидуальная работа дает возможность более глубокого погружения в проблему семьи и, как правило, более эффективна. В то же время работа в мини-группах дает дополнительную возможность групповой поддержки, так необходимой молодым родителям.

Оценка результатов применения методики

Статистика работы онлайн-центра «Спи, моя радость» указана в табл. 3. За эти годы к нам обратилось более 12 тыс. семей по разным каналам: социальные сети (ВКонтакте и Инстаграм), реклама и бесплатные/платные оффлайн

Таблица 3. Результаты применения авторской методики поведенческой терапии в онлайн-центре «Спи, моя радость» с 2012 по 2017 г.

| Возраст детей | Структура обращений, % | Индивидуальная работа, % успешных исходов | Работа в мини-группах (5–7 родителей), % успешных исходов |
|---------------------|------------------------|---|---|
| До 6 месяцев | 10 | 80–85 | 50 |
| 6–9 месяцев | 20 | | |
| От 9 до 12 месяцев | 30 | | |
| От 12 до 18 месяцев | 20 | 75–80 | 60 |
| От 1,5 до 2 лет | 15 | | |
| Старше 2 лет | 5 | | |



тематические мероприятия, проходившие в крупных городах России и Украины (Москва, Киев, Санкт-Петербург, Нижний Новгород, Екатеринбург и др.). Первичную бесплатную помощь получили около 5 тыс. человек: бесплатные видео- и аудиоматериалы, ответы в соцсетях и во время вебинаров. Из них более 2 тыс. нашли для себя оптимальное решение бесплатно, около 1 тыс. человек получили результат в индивидуальном формате, около 3 тыс. приобрели платные курсы в записи, участвовали в платных групповых тренингах, интенсивах, 10% из них продолжили работу в индивидуальном формате до желаемого результата. Критерии оценки эффективности поведенческой терапии детской инсомнии основывались на отчетах родителей. В базе имеется около 300 историй о работе с консультантами нашего центра.

Получать обратную связь от родителей по результатам нашей работы мы можем благодаря видимым комментариям на сайте. Особенный прогресс отмечают родители, которые выполняют все задания и пишут отчеты ежедневно. Именно такой формат работы (письменный отчет), с нашей точки зрения, наиболее эффективен [17].

В нашем центре мы стараемся доводить работу до максимально возможного результата в рамках оплаченного абонемента, при этом и по окончании его срока действия можем оказывать помощь и поддержку, если видим реальное желание родителя «работать над сном», при необходимости некоторой корректировки их действий.

Выводы

Применение поведенческих методов – приоритетное направление коррекции детской инсомнии, которая наблюдается у 20–30% детей грудного и раннего возраста. Так как лекарственная терапия не приносит долгосрочных результатов, а на проведение поведенческой терапии у врачей часто недостаточно времени, то консультанты по сну могут оказать су-

щественную помощь в коррекции нарушений сна у здоровых детей. В сотрудничестве с педиатрами консультанты по сну помогают родителям в выстраивании физиологического режима сна и бодрствования и оказывают поддержку на всех этапах обучения ребенка навыкам самостоятельного погружения в сон. Во всем мире и в России в частности идет активное развитие профессии консультанта по детскому сну, поэтому требуется поддержка развития сети консультационных центров в РФ, важно заниматься просвещением родителей, создавать школы для консультантов для поддержки и стандартизации их работы. Все это в итоге будет способствовать сохранению и улучшению качества сна наших детей.

Послесловие

О.С. Снеговская, руководитель направления образовательных программ Национального общества специалистов по детскому сну

До массового внедрения в нашу жизнь интернет-технологий специалисты, которые помогали в решении проблем ухода за ребенком, вызванных качеством и привычками сна, полагались на практический опыт, знания, полученные из печатных изданий и базовой программы обучения в медвузе. Семейный доктор без соответствующей специализации не всегда обладал достоверной информацией о правилах соблюдения гигиены сна ребенка, для того чтобы своевременно выявить проблему его нарушения, не связанную с медицинскими причинами. По данным анализа 152 программ обучения педиатров в десяти странах, 23% программ не содержит часов, посвященных вопросам организации здорового сна, а в подавляющем большинстве время обучения оказывается меньше десяти часов.

Ставшая доступной новая форма интернет-общения посредством форумов позволила родителям и специалистам из разных стран делиться знаниями и опытом,

советами, оказывать поддержку и совместными усилиями находить решение возникающих вопросов в уходе за ребенком. Возможность осуществления онлайн-поддержки, не ограниченной рамками рабочего времени, стала важным этапом в становлении консультирования.

В конце 1990-х гг. специалисты немедицинского профиля, получившие знания об организации сна ребенка и опыт в процессе многолетней работы с семьями, начали открывать собственные практики, создавать специализированные ресурсы и заслуживать признание. Таких специалистов стали называть консультантами по детскому сну, а термин «обучение сну» стал подразумевать не только следование определенной методике, но и проведение комплекса мер по внедрению гигиены сна. Среди пионеров профессии, повлиявших на ход ее становления и развития, можно выделить таких ученых, как Д. Педрик, К. Вест, Дж. Спивак, Дж. Уолбергер, Д. Облман. К 2003 г. в США вели практику более десяти консультантов по детскому сну, в Европе и Азии направление еще не было развито, а в Австралии, напротив, уже существовали школы обучения основам детского сна для родителей.

Растущий спрос на помощь в организации детского сна продемонстрировал необходимость создания образовательных программ с целью подготовки консультантов. В 2010 г. некоторые практикующие консультанты начали формировать программы обучения.

Сегодня консультант по детскому сну – профессия с 20-летним стажем, которая набирает популярность и в России. Фундамент знаний о детском сне и способах коррекции поведенческой инсомнии формируют работы заслуженных врачей и исследователей: М. Вайсблута, Р. Фербера, А. Садея, Х. Хискок, Дж. Минделл. Опыт консультирования передается с помощью создания специализированных профессиональных сообществ.

СОМНОЛОГИЯ



Специалисты подготовлены в различных аспектах: физиология развития сна, основы организации безопасного сна, диагностика и коррекция нарушений сна, поведенческий спектр. Консультант не ставит диагнозов, не дает медицинских рекомендаций и не

оспаривает назначений лечащего врача. Его деятельность в первую очередь направлена на образование родителей в вопросах организации детского сна, помощь в установлении понимания потребностей здорового ребенка и построении эффективной моде-

ли поведения родителей в отношении процедуры укладывания. В настоящий момент в России консультанты представляют более пяти интернет-проектов поддержки родителей, создана школа обучения по лицензии международной программы. *

Литература

1. Mindell J.A., Kuhn B., Lewin D.S. et al. Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children // Sleep. 2006. Vol. 29. № 10. P. 1263–1276.
2. Sleep in America Poll / National Sleep Foundation, 2004 // www.sleepfoundation.org/sites/default/files/FINAL%20SOF%202004.pdf.
3. Weissbluth M. Healthy sleep habits, happy child. USA: Ballantine Books, 2005.
4. Ramchandani P., Wiggs L., Webb V., Stores G. A systematic review of treatments for settling problems and night waking in young children // BMJ. 2000. Vol. 320. № 7229. P. 209–213.
5. Scher A. Maternal separation anxiety as a regulator of infant's sleep // J. Child Psychol. Psychiatry. 2008. Vol. 49. № 6. P. 618–625.
6. Sadeh A. Sleeping like a baby. USA: Yale University Press, 2001.
7. Sadeh A., De Marcas G., Guri Y. et al. Infant sleep predicts attention regulation and behavior problems at 3–4 years of age // Dev. Neuropsychol. 2015. Vol. 40. № 3. P. 122–137.
8. Sadeh A., Gruber R., Raviv A. Sleep, neurobehavioral functioning, and behavior problems in school-age children // Child Dev. 2002. Vol. 73. № 2. P. 405–417.
9. Kahn M., Sheppes G., Sadeh A. Sleep and emotions: Bidirectional links and underlying mechanisms // Int. J. Psychophysiol. 2013. Vol. 89. № 2. P. 218–228.
10. Gregory A.M., Sadeh A. Sleep, emotional and behavioral difficulties in children and adolescents // Sleep Med. Rev. 2012. Vol. 16. № 2. P. 129–136.
11. Hiscock H., Wake M. Infant sleep problems and postnatal depression: a community-based study // Pediatrics. 2001. Vol. 107. № 6. P. 1317–1322.
12. France K.G., Blampied N.M., Wilkinson P. Treatment of infant sleep disturbance by trimipazine in combination with extinction // J. Dev. Behav. Pediatr. 1991. Vol. 12. № 5. P. 308–314.
13. Paul F.M. Sleep disturbance in young children // Singapore Fam. Physician. 1982. Vol. 8. P. 111–113.
14. Пчелина П.В., Полуэктов М.Г. Как лечить инсомнию раннего детского возраста // Эффективная фармакотерапия. 2016. Вып. 19. Неврология и психиатрия. Спецвыпуск «Сон и его расстройства – 4». С. 52–58.
15. Wolfson A., Lacks P., Futterman A. Effects of parent training on infant sleeping patterns, parents' stress, and perceived parental competence // J. Consult. Clin. Psychol. 1992. Vol. 60. № 1. P. 41–48.
16. Mindell J.A., Du Mond C.E., Sadeh A. et al. Efficacy of an internet-based intervention for infant and toddler sleep disturbances // Sleep. 2011. Vol. 34. № 4. P. 451–458.
17. Seymour F.W., Brock P., Doring M., Poole G. Reducing sleep disruptions in young children: evaluation of therapist-guided and written information approaches: a brief report // J. Child Psychol. Psychiatry. 1989. Vol. 30. № 6. P. 913–918.
18. Tikotzky L., Sadeh A., Glickman-Gavrieli T. Infant sleep and paternal involvement in infant caregiving during the first 6 months of life // J. Pediatr. Psychol. 2011. Vol. 36. № 1. P. 36–46.
19. Ferber R. Solve your child's sleep problems. USA: Prentice Hall & IBD, 2006.
20. Mindell J.A., Telofsky L.S., Wiegand B., Kurtz E.S. A nightly bedtime routine: impact on sleep in young children and maternal mood // Sleep. 2009. Vol. 32. № 5. P. 599–606.
21. Waldburger J., Spivack J. The Sleepeasy Solution. USA: Health Communications, 2007.

Role of Child Sleep Consultant in the Organization of Sleep and Wakefulness of Children in Their First Years of Life

E.V. Granit

Children Sleep Center «Spi, moya radost'», Israel

Contact person: Ekaterina Vadimovna Granit, katya.granit@gmail.com

The article emphasizes the problem of children's behavioral insomnia and solutions which imply the participation of sleep consultants. The sleep consultants do not override courses of action prescribed by doctors. They do not provide any medical recommendations; they rather ensure compliance with sleep hygiene and methods of behavioral therapy. The article analyzes the methods improving children's sleep in their first years. The work of sleep consultants with the parents achieves best results, on contrary to the medical therapy which does not provide the complete solution.

Key words: sleep, sleep regimen, behavioral insomnia of childhood, behavioral therapy