



¹ Дагестанский
государственный
медицинский
университет

² Первый Московский
государственный
медицинский
университет
им. И.М. Сеченова

Инсомния в пожилом возрасте: роль социальных факторов

К.А. Магомедова, к.м.н.¹, Е.Д. Спектор², М.Г. Полуэктов, к.м.н., доц.²

Адрес для переписки: Карема Абдулмукуминовна Магомедова, karemka13@mail.ru

Для цитирования: Магомедова К.А., Спектор Е.Д., Полуэктов М.Г. Инсомния в пожилом возрасте: роль социальных факторов. Эффективная фармакотерапия. 2024; 20 (33): 30–34.

DOI 10.33978/2307-3586-2024-20-33-30-34

Старение ассоциировано как с физиологическим сокращением продолжительности и эффективности сна, так и с увеличением распространенности инсомнии. Комплекс причин, способствующих развитию этого расстройства, складывается из биологических, психологических и социальных факторов. В данном обзоре рассмотрены те из них, которые становятся особенно актуальными в пожилом возрасте: прекращение трудовой деятельности, социальная изоляция, низкий социоэкономический статус и необходимость ухода за больным родственником. Указанные факторы следует учитывать при лечении пациентов с инсомнией пожилого возраста и использовать немедикаментозные подходы, направленные на уменьшение влияния данных факторов на качество сна.

Ключевые слова: сон, инсомния, пожилые, социальные факторы

Старение населения является одной из наиболее значимых медико-социальных проблем как в развитых, так и в развивающихся странах, в которых увеличивается не только численность пожилых людей, но и их доля в составе населения.

По оценкам Всемирной организации здравоохранения, в 2020 г. численность населения в возрасте 60 лет и старше уже превысила численность детей в возрасте до пяти лет, а к 2030 г. люди в возрасте 60 лет и старше будут составлять одну шестую жителей планеты [1].

Наиболее распространенным нарушением сна у лиц пожилого возраста считается инсомния [2, 3]. Жалобы на трудности засыпания и/или поддержания ночного сна предъявляют не менее половины пожилых людей [3], а распространенность нарушений сна, соответствующих критериям инсомнии, в данной возрастной группе, по разным оценкам, составляет от 30 до 48% [4]. В то же время среди людей молодого и зрелого возраста этот показатель варьируется от 12 до 20% [5]. Частота возникновения инсомнии, согласно результатам крупного проспективного исследования с участием 6800 лиц старше 65 лет, оценивается в 7,97% в год [6].

Инсомния определяется как клинический синдром, характеризующийся наличием повторяющихся нарушений инициации, продолжительности, консолидации или качества сна, возникающих несмотря на наличие достаточного количества времени и условий для сна и проявляющихся нарушениями дневной деятельности различного вида. В Международной классификации расстройств сна (3-я версия), принятой в 2014 г., выделено три формы

инсомнического расстройства: хроническая инсомния, острая инсомния и неуточненное инсомническое расстройство, диагностируемое в отсутствие полного соответствия критериям острой или хронической инсомнии либо служащее временным диагнозом до установления одной из названных форм [7]. Общие критерии для острой и хронической инсомнии включают наличие жалоб пре-, интра- или постсомнического характера, связанные с этими расстройствами усталость, недомогание, нарушение внимания, сосредоточения, запоминания, изменение настроения, снижение трудоспособности, дневную сонливость, переживания, обусловленные неудовлетворенностью ночным сном. Эти жалобы не объясняются иной соматической или психической патологией и не являются следствием отсутствия подходящих условий для полноценного сна. Хроническая форма инсомнии диагностируется при частоте ее возникновения не менее трех раз в неделю на протяжении не менее трех месяцев. Для острой инсомнии длительность заболевания составляет менее трех месяцев [7].

Особенности патогенеза инсомнии в пожилом возрасте

Механизм развития хронической инсомнии традиционно рассматривается в рамках трехфакторной модели, или модели «трех П», предложенной в 1987 г. А. Spielman и соавт. [8]. Модель предполагает возникновение инсомнии под воздействием трех групп факторов: предрасполагающих (predisposing), провоцирующих (precipitating) и поддерживающих (perpetuating).



Предрасполагающие факторы служат фоном для развития заболевания и могут носить биологический, психологический и социальный характер. Общими для всех возрастных групп являются повышенная реактивность, тревожность, эмоциональность, ипохондрия, склонность к чрезмерным переживаниям и размышлениям и другие личностные и психофизиологические особенности, которые могут сопровождать человека всю жизнь, не вызывая значительных нарушений сна в отсутствие факторов других групп. Для пожилых лиц предрасполагающими факторами инсомнии также становятся женский пол (риск развития инсомнии у женщин после наступления менопаузы возрастает в 1,7 раза), социальная изоляция, потеря супруга, низкий уровень образования, курение и употребление алкоголя, снижение физической активности [4, 9].

Появление провоцирующих факторов вызывает непосредственно дебют инсомнии у индивидов, имеющих соответствующую предрасположенность. Провоцирующие факторы могут иметь биологическую (например, обострение или дебют заболевания, травма), психологическую (острые реакции на стресс) или социальную (в частности, конфликтная ситуация в семье или на работе) природу. В целом любое стрессовое жизненное событие способно выступать провоцирующим фактором инсомнии.

У пожилых людей особое значение приобретают такие провокаторы, как появление или обострение проблем со здоровьем, меняющие привычный жизненный уклад или сопровождающиеся симптоматикой, нарушающей ночной сон. Кроме того, проблемы с засыпанием или поддержанием сна вызывают прием препаратов (глюкокортикоиды, бета-блокаторы, нестероидные противовоспалительные средства), необходимость ухаживать за больным родственником или получать подобный уход [4]. Под поддерживающими факторами понимаются разнообразные неадаптивные стратегии, которым пациенты следуют, чтобы противодействовать преходящим нарушениям сна, а также феномен гиперактивации, который представляет собой психофизиологические механизмы повышенной готовности к стрессу и обусловленный ими сниженный порог восприятия внешних и внутренних раздражителей во время сна и бодрствования. Примерами таких факторов могут служить избыточное время, проводимое в постели, частые дневные засыпания, снижение физической активности и другие способы преодоления последствий бессонницы, являющиеся общими для всех возрастных групп. Однако в пожилом возрасте ввиду прекращения трудовой деятельности появляется больше возможностей для реализации таких стратегий. Именно поэтому о выходе на пенсию можно говорить как о важном социальном факторе инсомнии у пожилых людей.

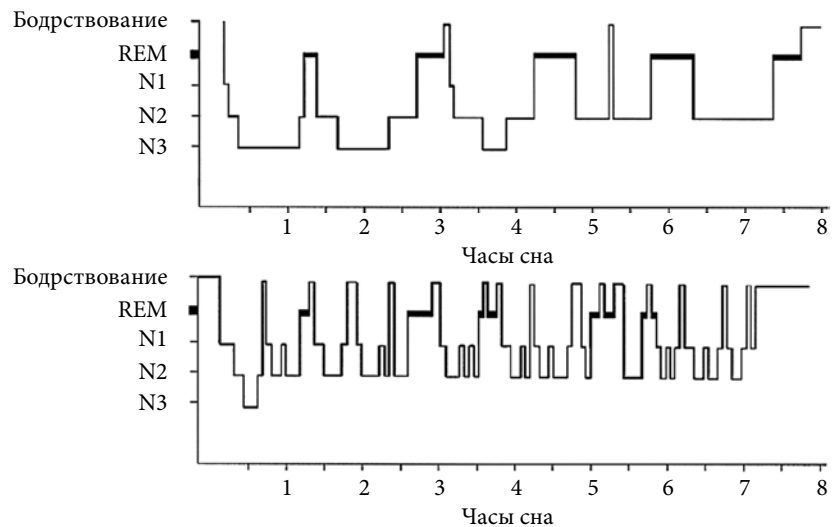
Изменение архитектуры сна в пожилом возрасте

Циркадный ритм и макроархитектура сна претерпевают изменения на протяжении жизни человека. Наиболее выраженные изменения затрагивают общее время сна, которое составляет от 10 до 14 часов у детей, сокращается до 6,5–8,5 часа по достижении зрелого возраста, затем постепенно уменьшается, и в возрасте 60 лет и старше формируется плато на уровне 5–7 часов [10]. Естественное сокращение времени ночного сна может формировать

нереалистичные ожидания в отношении его длительности и выступать одним из факторов развития и закрепления бессонницы.

Начиная со зрелого возраста человек меньше времени проводит как в фазе быстрого сна, так и в глубоких стадиях медленного сна, увеличивается время бодрствования во сне, сокращается эффективность и латентность сна [10, 11]. В пожилом возрасте сон становится более поверхностным и фрагментированным (рисунок). При этом изменения затрагивают в наибольшей степени фазу медленного сна [11]. Распространенным изменением циркадного ритма в пожилом возрасте является развитие синдрома опережающей фазы сна, что выражается в потребности более раннего отхода ко сну и более раннего пробуждения. Ранние пробуждения могут быть причиной склонности к дневным засыпаниям, которые в дальнейшем способны снижать давление сна в вечернее время, вызывая трудности засыпания, и выступать одним из поддерживающих факторов инсомнии. В крайних случаях результатом этого процесса становится инверсия сна.

Показано, что пожилые люди более устойчивы к депривации сна, чем молодые. Это выражается в более высоком качестве выполнения заданий на когнитивную гибкость, внимание, способность к переключению между задачами на фоне предшествующей депривации сна [12]. Крупное исследование с участием 10 094 пациентов разных возрастных групп показало меньшую распространенность инсомнических жалоб у лиц старше 65 лет по сравнению с более молодыми респондентами [5]. Эти находки позволяют говорить о том, что само по себе объективное сокращение количества сна в целом и уменьшение представленности его наиболее восстанавливающих стадий у пожилых лиц в норме не сопровождается изменением качества дневного функционирования и, судя по всему, считается нормальным физиологическим явлением. Развитие инсомнии на фоне этих возрастных изменений является комплексным процессом, в котором физиологические изменения могут выступать лишь



Гипнограммы здоровых людей среднего (А) и пожилого (Б) возраста. REM (англ.: rapid eye movement) – фаза быстрого сна; N1, N2, N3 – 1, 2 и 3-я фазы медленного сна. Адаптировано по [11]



одним из фоновых факторов, вызывая дополнительную беспокойность по поводу ночного сна и формируя завышенные ожидания в отношении его качественных и количественных характеристик.

Основные социальные факторы возникновения и хронизации инсомнии у пожилых

Выход на пенсию

Трудовая деятельность и вызванный ею стандартный распорядок дня служат внешними синхронизаторами внутренних часов организма. В зарубежной литературе для обозначения экзогенных факторов, влияющих на ритмичность внутренних процессов, используется термин *zeitgeber* (буквально – «времязадатель»), введенный одним из основоположников хронобиологии Юргеном Ашоффом. Отсутствие строгого распорядка дня, фиксированного времени подъема, приемов пищи, отхода ко сну и других рутинных событий при прекращении трудовой деятельности и выходе на пенсию может способствовать нарушению циркадных ритмов и развитию бессонницы. Кроме того, у пожилых людей появляются возможности для более долгого пребывания в постели, дневного сна, сохранения низкого уровня физической активности, что приводит к уменьшению гомеостатического компонента наступления сна и, как следствие, более низкому качеству ночного сна [13].

Тем не менее влияние трудовой деятельности на качество сна двояко: с одной стороны, дисциплинирующая роль строгого распорядка дня способствует соблюдению гигиены сна, с другой – рабочие процессы часто сопряжены с высоким уровнем стресса и необходимостью утреннего подъема раньше комфортного времени, в результате чего качество сна ухудшается.

В крупном проспективном исследовании J. Vahtera и соавт. [14] наблюдались 14 714 человек на протяжении семи лет до выхода на пенсию и семи лет после. Отношение шансов (ОШ) развития нарушений сна составило 0,74 (95%-ный доверительный интервал (ДИ) 0,71–0,77) у прекративших трудовую деятельность по сравнению с продолжавшими работать (то есть нахождение на пенсии все же уменьшает риск развития нарушений сна), причем данная закономерность в большей степени была выражена у мужчин (ОШ 0,66; 95% ДИ 0,63–0,69), чем у женщин (ОШ 0,89; 95% ДИ 0,84–0,95), а также у более высококвалифицированных работников по сравнению с менее квалифицированными. J.-C. Marqui e и соавт. [15] оценивали качество ночного сна у 623 пациентов. Прекращение активной трудовой деятельности ассоциировалось с уменьшением частоты преждевременных пробуждений, что можно объяснить уменьшением уровня стресса и тревожности, связанных с работой, а также циркадными изменениями у пожилых людей, которые обсуждались ранее. При этом частота проблем с засыпанием и использования снотворных препаратов увеличивалась линейно на протяжении всего оцениваемого возрастного диапазона, что отражает утрату важного синхронизирующего фактора в виде ежедневной трудовой занятости.

Социальная изоляция и одиночество

Социальная изоляция значительно влияет на психическое и соматическое здоровье человека. Одним из последствий

длительного одиночества и ограниченных социальных взаимодействий является развитие инсомнии.

В систематическом обзоре 11 исследований анализировали связь социальной изоляции с инсомнией [16]. Результаты исследований, включенных в данный обзор, продемонстрировали связь между уровнем субъективно ощущаемого одиночества и низким качеством ночного сна, причем она была обнаружена для каждого из доменов, оценивающих различные аспекты (субъективное качество, латентность сна, длительность сна, использование снотворных средств, дневные симптомы, обусловленные низким качеством ночного сна) [17]. И одиночество, и социальная изоляция связаны с показателями времени бодрствования после начала сна и эффективности сна, но ни для одиночества, ни для социальной изоляции не обнаружено связи с общим временем сна [18].

Связь между одиночеством и нарушением сна представляется двусторонней. По данным S. Griffin и соавт. [19, 20], субъективно ощущаемое одиночество служит как фактором риска развития проблем со сном, так и следствием этих проблем: ухудшение сна может приводить к усилению чувства одиночества, а усиление одиночества – к ухудшению сна. Авторы предполагают, что эффективное лечение нарушений сна может способствовать снижению уровня одиночества. В качестве связующего звена между одиночеством и социальной изоляцией, с одной стороны, и инсомнией – с другой, рассматривается депрессивное расстройство [21].

Исследователи изучали также влияние на сон объективного одиночества вследствие утраты супруга. В работе S. Eshkoor и соавт. [22] показано, что наличие супруга или супруги более чем в два раза уменьшает риск развития инсомнии в пожилом возрасте (ОШ 0,45). В. Yu и соавт. установили, что социальная изоляция и одиночество независимо друг от друга способствуют развитию и поддержанию инсомнического расстройства и, вероятно, по-разному реализуют негативное воздействие на качество сна [23]. Поддержание отношений и регулярное общение с близкими родственниками, друзьями и коллегами способствуют улучшению качества ночного сна и снижению риска депрессии [24].

Социальноэкономический статус

Более высокий уровень образования и социальноэкономический статус ассоциированы с более низким риском развития инсомнии у пожилых людей [9, 22, 24]. Низкий уровень образования и социальноэкономического статуса в целом связаны с более высоким риском общей заболеваемости и смертности по разным причинам. Для описания этого явления рядом авторов предложен термин «социальноэкономический градиент здоровья» [25]. Исследования показывают, что качество сна положительно коррелирует с показателями социально-экономического статуса, такими как доход, уровень образования и занятость [26]. Хотя большинство исследований не сосредоточены исключительно на влиянии социальноэкономических факторов на сон или имеют слишком маленькую выборку для учета множества других факторов, данные указывают на то, что различия в качестве сна могут частично объясняться социальноэкономическим градиентом здоровья. N. Patel и соавт. [27] обнаружили значительные различия качества



сна в зависимости от расы/этнической принадлежности, уровня образования и дохода. Высшее образование, европеоидная этническая принадлежность и высокий уровень дохода значительно снижали риск плохого качества сна. Связь между социоэкономическим статусом и риском развития инсомнии можно объяснить действием нескольких взаимосвязанных механизмов. Прежде всего более высокий социоэкономический статус обеспечивает доступ к лучшим условиям жизни, включая качественное медицинское обслуживание, полноценное и разнообразное питание и благоприятные условия для сна. Более высокие доходы позволяют создавать комфортные и спокойные условия для сна, снижая уровень стресса и тревоги, которые являются частыми провоцирующими факторами инсомнии. Более высокий уровень образования коррелирует с лучшими навыками управления стрессом и решением проблем, а также с лучшими знаниями о здоровье и пониманием важности гигиены сна. Наконец, более высокий социоэкономический статус связан с более высокой общей жизненной удовлетворенностью и психологическим благополучием, что выступает протективным фактором в отношении нарушений сна.

Необходимость осуществления или получения ухода

Старение ассоциировано с возникновением и прогрессированием заболеваний, требующих ухода. Речь прежде всего идет о деменции. Сложный комплекс причин, включающих гиподинамию, болевой синдром, депрессию, а в случае заболеваний нервной системы непосредственное поражение структур головного мозга, отвечающих за регуляцию цикла «сон – бодрствование», ассоциирован с нарушениями сна у тяжелых больных, нуждающихся в уходе [4, 28]. Обычно за больными ухаживают ближайшие родственники – супруги (38,4%) или дети (41,3%), которые сами к этому моменту обычно достигают пожилого возраста [29]. В литературе, посвященной качеству жизни ухаживающих за тяжелыми больными, подчеркивается недооценка нарушенного у них качества сна и его достаточно высокая (от 46 до 80%) распространенность [28]. Расстройство ночного сна обусловлено повышенным риском развития депрессии и худшими показателями соматического здоровья у осуществляющего уход независимо от возраста. По сравнению с сопоставимыми по возрасту лицами из группы контроля ухаживающие за больными деменцией имеют меньшую длительность (пять часов против шести) и сниженную эффективность сна (70 против 81%) [30]. При уходе за больными деменцией наибольший вклад в нарушение ночного сна вносят ночные блуждания таких больных, о которых сообщают

около половины ухаживающих и которые часто становятся одной из ведущих причин помещения пациентов в специализированные учреждения [28].

В то же время объективные препятствия для качественного ночного сна служат критерием исключения инсомнии, поэтому уход за больными, утратившими способность к самообслуживанию, в первую очередь следует рассматривать как фактор частичной депривации сна. Даже в отсутствие прямого влияния на возможность и условия для качественного сна осуществление ухода ассоциируется с высоким уровнем стресса, распространенностью инсомнии, тревожного и депрессивного расстройств [31], что позволяет выделять эту социальную роль также в качестве фактора риска инсомнии.

Заключение

Увеличение распространенности инсомнии по мере старения объясняется комплексом причин, среди которых не последнее место занимают различные факторы социальной природы, влекущие за собой изменение распорядка дня, условий жизни, интенсивности взаимодействий с другими людьми. При обследовании и лечении пожилых людей с жалобами инсомнического характера необходимо учитывать эти особенности. Клиническое интервью должно включать оценку гигиены сна, условий и стиля жизни, эмоциональной сферы и наличия поддерживаемых связей с близкими людьми.

Подход к лечению хронической инсомнии у пожилых людей во многом определяется наличием коморбидной патологии, часто ограничивающей возможности медикаментозной терапии. В таких ситуациях особенно актуальным представляется немедикаментозный подход: нормализация гигиены сна, строгий распорядок дня, увеличение физической активности в течение дня, а также использование элементов когнитивной терапии, направленных на разъяснение природы сна и его физиологических изменений с возрастом и устранение избыточного беспокойства о качестве и количестве ночного сна. При наличии актуальных психотравмирующих событий или тяжелых жизненных обстоятельств, с которыми пациенту трудно справиться самостоятельно, можно рассмотреть назначение препаратов из группы антидепрессантов либо обращение к психиатру. Однако наличие фонового психогенного фактора или депрессивного эпизода не препятствует применению немедикаментозных подходов к нормализации сна, которые рассматривались выше и использование которых учитывает особенности жизненного уклада и его влияния на сон у пожилых людей. *

Литература

1. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) // www.who.int/ru.
2. Shochat T., Loreda J., Ancoli-Israel S. Sleep disorders in the elderly. *Curr. Treat Options Neurol.* 2001; 3 (1): 19–36.
3. Crowley K. Sleep and sleep disorders in older adults. *Neuropsychol. Rev.* 2011; 21 (1): 41–53.
4. Patel D., Steinberg J., Patel P. Insomnia in the elderly: a review. *J. Clin. Sleep Med.* 2018; 14 (6): 1017–1024.
5. Roth T., Coulouvrat C., Hajak G., et al. Prevalence and perceived health associated with insomnia based on DSM-IV-TR; International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision; and Research Diagnostic Criteria/International Classification of Sleep Disorders, Second Edition criteria: results from the America Insomnia Survey. *Biol. Psychiatry.* 2011; 69 (6): 592–600.



6. Foley D.J., Monjan A.A., Izmirlian G., et al. Incidence and remission of insomnia among elderly adults in a biracial cohort. *Sleep*. 1999; 22 (Suppl 2): S373–S378.
7. Sateia M.J. International classification of sleep disorders-third edition: highlights and modifications. *Chest*. 2014; 146 (5): 1387–1394.
8. Spielman A.J., Caruso L.S., Glovinsky P.B. A behavioral perspective on insomnia treatment. *Psychiatr. Clin. North Am.* 1987; 10 (4): 541–553.
9. Ohayon M.M. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med. Rev.* 2002; 6 (2): 97–111.
10. Ohayon M.M., Carskadon M.A., Guilleminault C., Vitiello M.V. Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across the human lifespan. *Sleep*. 2004; 27 (7): 1255–1273.
11. Kamel N.S., Gammack J.K. Insomnia in the elderly: cause, approach, and treatment. *Am. J. Med.* 2006; 119 (6): 463–469.
12. Stenuit P., Kerkhofs M. Age modulates the effects of sleep restriction in women. *Sleep*. 2005; 28 (10): 1283–1288.
13. Myllyntausta S., Stenholm S. Sleep before and after retirement. *Curr. Sleep Med. Rep.* 2018; 4 (4): 278–283.
14. Vahtera J., Westerlund H., Hall M., et al. Effect of retirement on sleep disturbances: the GAZEL prospective cohort study. *Sleep*. 2009; 32 (11): 1459–1466.
15. Marquiáe J.-C., Folkard S., Ansiau D., Tucker P. Effects of age, gender, and retirement on perceived sleep problems: results from the VISAT combined longitudinal and cross-sectional study. *Sleep*. 2012; 35 (8): 1115–1121.
16. Azizi-Zeinalhajlou A., Mirghafourvand M., Nadrian H., et al. The contribution of social isolation and loneliness to sleep disturbances among older adults: a systematic review. *Sleep Biol. Rhythms*. 2022; 20 (2): 153–163.
17. Jia G., Yuan P. The association between sleep quality and loneliness in rural older individuals: a cross-sectional study in Shandong Province, China. *BMC Geriatr.* 2020; 20 (1): 180.
18. Benson J.A., McSorley V.E., Hawkey L.C., Lauderdale D.S. Associations of loneliness and social isolation with actigraph and self-reported sleep quality in a national sample of older adults. *Sleep*. 2021; 44 (1): zsa140.
19. Griffin S.C., Williams A.B., Ravyts S.G., et al. Loneliness and sleep: a systematic review and meta-analysis. *Health Psychol. Open*. 2020; 7 (1): 2055102920913235.
20. Griffin S.C., Williams A.B., Mladen S.N., et al. Reciprocal effects between loneliness and sleep disturbance in older Americans. *J. Aging Health*. 2020; 32 (9): 1156–1164.
21. Cheng G.H.-L., Malhotra R., Chan A., et al. Weak social networks and restless sleep interrelate through depressed mood among elderly. *Qual Life Res.* 2018; 27 (10): 2517–2524.
22. Eshkooor S.A., Hamid T.A., Nudin S.S., Mun C.Y. The effects of social support and having a partner on sleep quality in dementia. *Am. J. Alzheimers Dis. Other Demen.* 2013; 28 (3): 253–257.
23. Yu B., Steptoe A., Niu K., et al. Prospective associations of social isolation and loneliness with poor sleep quality in older adults. *Qual Life Res.* 2018; 27 (3): 683–691.
24. Yao K.-W., Yu S., Cheng S.P., Chen I.J. Relationships between personal, depression and social network factors and sleep quality in community-dwelling older adults. *J. Nurs Res.* 2008; 16 (2): 131–139.
25. Mackenbach J.P., Howden-Chapman P. New perspectives on socioeconomic inequalities in health. *Perspect. Biol. Med.* 2003; 46 (3): 428–444.
26. Patel S.R. Social and demographic factors related to sleep duration. *Sleep*. 2007; 30 (9): 1077–1078.
27. Patel N.P., Grandner M.A., Xie D., et al. 'Sleep disparity' in the population: poor sleep quality is strongly associated with poverty and ethnicity. *BMC Public Health*. 2010; 10: 475.
28. Lee D.R., Thomas A.J. Sleep in dementia and caregiving-assessment and treatment implications: a review. *Int. Psychogeriatr.* 2011; 23 (2): 190–201.
29. Wolff J.L., Kasper J.D. Caregivers of frail elders: updating a national profile. *Gerontologist*. 2006; 46 (3): 344–356.
30. Beaudreau S., Spira A.P., Gray H.L., et al. The relationship between objectively measured sleep disturbance and dementia family caregiver distress and burden. *J. Geriatr. Psychiatry Neurol.* 2008; 21 (3): 159–165.
31. Fernández-Puerta L., Prados G., Quiñoz-Gallardo M.D., et al. Insomnia symptoms and associated factors in caregivers of adult hospitalized patients. *Healthcare (Basel, Switzerland)*. 2023; 11 (6): 852.

Insomnia in the Elderly: the Role of Social Factors

K.A. Magomedova, PhD¹, Ye.D. Spector², M.G. Poluektov, PhD, Assoc. Prof.²

¹ Dagestan State Medical University

² I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

Contact person: Karema A. Magomedova, karemka13@mail.ru

Aging is associated with both a physiological decrease in the duration and efficiency of sleep, as well as an increased prevalence of insomnia. The development of insomnia is influenced by a complex interplay of biological, psychological, and social factors. This review examines the primary social factors that contribute to the development of insomnia, which become particularly relevant in older age. These factors include retirement, social isolation, low socioeconomic status, and caregiving. These factors should be taken into account when treating elderly patients with insomnia, and non-pharmacological approaches aimed at mitigating their impact on sleep quality should be employed.

Keywords: sleep, insomnia, elderly, social factors