



Психотерапия инсомнии: роль сомнолога и психотерапевта

Е.А. Корабельникова

Адрес для переписки: Елена Александровна Корабельникова, e_korabel@mail.ru

В лечении нарушений сна активно используются как нелекарственные методы, среди которых лидируют психотерапия и психокоррекция поведения, так и медикаментозная терапия. Отмечается, что необходимым условием эффективности любого терапевтического воздействия при расстройствах сна является соблюдение гигиены сна. Подчеркивается эффективность применения методик психотерапии в комплексе с лекарственной терапией. Показано, что такой подход (особенно в острой стадии инсомнии) повышает эффект медикаментозного лечения и обеспечивает устойчивость результатов психотерапии. Начинать медикаментозное лечение предпочтительнее с растительных снотворных и гомеопатических препаратов, например с препарата на основе трав – эликсира Клостерффрау МЕЛИСАНА®.

Ключевые слова: инсомния, психотерапия, психокоррекция поведения, гигиена сна, фитопрепараты

Инсомния как наиболее частое нарушение сна

Самым распространенным нарушением сна является инсомния, известная как бессонница. Данные Всемирной организации здравоохранения, полученные в результате эпидемиологического обследования жителей 15 стран, свидетельствуют о том, что у 27% людей, обращающихся за медицинской помощью, отмечаются нарушения инсомнического характера [1]. Расстройства сна серьезно сказываются на качестве жизни человека: нарастают эмоциональное

напряжение, тревога, раздражение и, как следствие, увеличивается стрессодоступность, уменьшается потребность в общении, развлечениях. События и дела, прежде вызывавшие приятные эмоции, перестают радовать.

В современной Международной классификации расстройств сна 2005 г. [2] дано такое определение инсомнии: повторяющиеся нарушения инициации, продолжительности, консолидации или качества сна, случающиеся несмотря на наличие достаточного количества времени и условий

для сна и проявляющиеся нарушениями дневной деятельности различного вида. В подавляющем большинстве случаев инсомния является вторичной, то есть она формируется на фоне развития заболеваний и/или неблагоприятных обстоятельств.

В коррекции нарушений сна применяют два подхода: первый – неспецифический – может быть использован в лечении инсомнии любого характера, второй – специфический – направлен на коррекцию конкретной нозологической формы инсомнии и устранение ее причин. В то время как первый подход подразумевает использование только методов психотерапии, второй – предполагает применение наряду с психотерапией и фармакотерапии.

Длительный, а порой регулярный прием пациентами транквилизаторов и снотворных препаратов порождает целый ряд проблем: привыкание и зависимость, необходимость постоянно увеличивать дозы препарата при длительном приеме, повышается риск obstructивных апноэ во время сна (характерно для большинства препаратов), развиваются соматические осложнения (аллергия, желудочно-кишечные расстройства и др.). В последние годы появились многочисленные статьи



и обстоятельные монографии по физиологии и патологии сна [3–6], раскрывающие новое перспективное направление в лечении инсомнии – нелекарственную коррекцию сна.

Правила гигиены сна

Необходимым условием эффективности любого терапевтического воздействия при расстройствах сна является соблюдение гигиены сна [7, 8]. По данным Е.И. Рассказовой [9], гигиена сна нарушена у 72,2% пациентов с инсомнией. В ряде случаев следование правилам гигиены сна естественным образом нормализует сон [7, 10], но чаще всего этот метод с успехом применяется на фоне других техник когнитивно-поведенческой психотерапии [11].

Основными правилами гигиены сна являются следующие. Рекомендуется спать на широкой твердой постели (поверхность матраса должна быть ровной), использовать постельное белье темных тонов, надевать удобную ночную одежду. Желательно, чтобы голова была открыта, в то время как ноги – тепло укрыты. Тяжелую или обильную пищу желательно употреблять за два часа до сна. В послеобеденное время следует минимизировать количество выпиваемой жидкости, чтобы уменьшить частоту ночных пробуждений для опорожнения мочевого пузыря. Для поддержания здорового сна важны ежедневные физические нагрузки. Однако если выполнять их перед сном, то можно добиться противоположного эффекта, поэтому за четыре-пять часов до сна следует избегать длительных (дольше полутора часов) или интенсивных нагрузок. Рекомендуется поддерживать оптимально комфортный режим температуры и влажности в спальне. Для нормального сна чрезвычайно важно соблюдать световой и шумовой режимы. В утренние часы, когда мозг еще насыщен гормоном шишковидной железы – мелатонином, увеличение светового потока позволяет остановить его секрецию, что благотворно влияет

не только на уровень бодрствования, но и на эмоциональное состояние. Нахождение на ярком свете в дневные часы стимулирует механизмы бодрствования и благоприятно сказывается на последующем сне. Напротив, уменьшение интенсивности внешнего освещения стимулирует механизмы засыпания, а именно выделение мелатонина (гормона темноты). Для того чтобы свет не стал помехой сну, можно использовать плотные шторы и наглазники. При необходимости вставать по ночам желательно включать яркий свет, он может существенно увеличить время засыпания. Проблему шума в спальне можно решить с помощью так называемого белого шума (мягких, шелестящих звуков) – такой шум обычно производят кондиционеры, вентиляторы. Можно включить запись с имитацией «белого» шума – шум прибора, ветра, дождя. Это частично заглушает случайные внешние звуки, которые могут помешать засыпанию. Еще одним способом регулирования циркадных ритмов являются водные процедуры перед сном (их эффект опосредован динамикой температуры тела, то есть ее повышением и последующим снижением). Выбор температуры зависит от индивидуальных предпочтений. Эффективные ванны с веществами, обладающими успокаивающим эффектом: хвойным маслом, морской солью и т.д.

Психотерапия и поведенческая психокоррекция нарушений сна

Среди нефармакологических методов терапии инсомнии, безусловно, лидируют различные методы психотерапии и поведенческой психокоррекции. Проведенные исследования показали, что психотерапия так же эффективно улучшает сон, как и лекарственные препараты [12, 13], при этом она имеет преимущества. Если действие лекарств в отношении качества сна прекращается почти сразу по окончании лечения, то результаты психотерапии в отношении нормализации режима сна сохраняются и в дальнейшем [14].

Роль врача-сомнолога в психотерапии

Напомним, что психотерапия подразделяется на общую и специальную. Задачей общей психотерапии является создание оптимальных условий для психики больных в борьбе с заболеванием на различных стадиях его течения и при обратной динамике. В одних случаях она может иметь седативный, а в других – стимулирующий (тонизирующий) характер. Специальная психотерапия преследует цель устранить симптомы, изменить неправильное отношение больного к окружающим людям, заболеванию, своим характерологическим особенностям, способствующим декомпенсации, а также выработать компенсаторные механизмы адаптации к реальным условиям жизнедеятельности.

Выделяют патогенетическую или симптоматическую специальную психотерапию (таблица). Если проведение патогенетической терапии, направленной на выявление и разрешение психологического конфликта, является прерогативой психотерапевта, то методы общей психотерапии (лечебный режим, внимательное, предупреждающее ятрогенное отношение к больному, вселение надежды на выздоровление), так же как и некоторые приемы симптоматической (рациональной и поведенческой) психотерапии, доступны и врачу-сомнологу. Итак, врач-сомнолог должен:

- владеть приемами рациональной психотерапии: избавлять больных от неведения и ошибок суждения, корректировать масштаб переживаний, обосновать лечение и внушить оптимизм в отношении выздоровления, формировать у пациента активную жизненную позицию;
- учитывать личностные особенности пациента;
- информировать пациента о его болезни и механизме действия препаратов;
- использовать косвенное внушение в дополнение к медикаментозной терапии;



Таблица. Сравнительная характеристика патогенетической и симптоматической психотерапии

Критерий	Патогенетическая	Симптоматическая
Ориентация	Личность	Симптом
Взаимоотношения	Субъект-субъектные (диалогические)	Субъект-объектные (воздействие)
Цель	Личностные изменения клиента	Убрать симптом, обучить решать проблемы
Вид лечения	Психодинамическая терапия Экзистенциальная психотерапия Клиентцентрированная терапия Гештальт-терапия	Суггестивные методы Когнитивная и бихевиоральная терапия Нейролингвистическое программирование

- владеть приемом психотерапевтического зеркала;
- создавать мотивацию на прохождение курса психотерапии;
- привлекать родственников к терапии (при необходимости);
- знать методы поведенческой терапии (ритуал, ведение дневника, ограничение времени сна, метод контроля стимуляции);
- не допускать ятропсихогений, которые могут быть вызваны отсутствием доверительного контакта, промахами в речи врача, особенно при первой встрече, необоснованным употреблением медицинской терминологии.

Следует отметить: психотерапия начинается, когда больной только собирается обратиться к врачу, поэтому очень важно в приемной создать благоприятную, спокойную уютную обстановку, предоставить в свободном доступе свежие газеты и журналы, повесить плакаты на актуальные темы по медицине сна. Желательно и в приемной, и в кабинете врача положить на пол ковер, приглушающий шум шагов. Свет в кабинете должен быть неярким, стены желательно выкрасить в пастельные голубые или зеленоватые тона.

Положительный психотерапевтический эффект на больного оказывают аккуратность и чистота во врачебном кабинете, внешний вид врача, выглаженная, скромная и чистая одежда, манера говорить, четкость и ясность в изложении своих мыслей, доброжелательное отношение к пациенту. Сомнолог должен с первых минут общения с пациентом уменьшить антисуг-

гестивный барьер, который наблюдается у всех больных, особенно при первой встрече. Суевливость, многословие или чрезмерная молчаливость врача, перескакивание с одного вопроса на другой могут усугубить этот барьер.

Наиболее часто среди психотерапевтических методов применяются рациональная, когнитивная и поведенческая психотерапия, методы саморегуляции, биологической обратной связи и релаксационные методы.

Рациональная психотерапия

Рациональная психотерапия – важная составляющая любого психотерапевтического воздействия. Необходимо разъяснить пациенту роль сна в жизнедеятельности человека, прочность мозговых механизмов его обеспечения, имеющее место непреднамеренное преувеличение больным степени и значимости расстройств сна, отсутствие в нарушениях сна фатальной угрозы для его жизни, а также обсудить перспективы лечения. Пациент должен получить представление о необходимой продолжительности сна и понять, что повышенная утомляемость в течение дня не обязательно является следствием расстройства сна.

Когнитивная психотерапия

В когнитивной модели инсомнии к факторам хронизации относят страх не уснуть, навязчивые мысли перед сном и дисфункциональные убеждения в отношении сна [15, 16]. Согласно А. Harvey [15, 17], острая инсомния обусловлена

жизненными стрессами, а хроническая инсомния поддерживается за счет тревоги по поводу сна, процессов избирательного внимания, искаженного восприятия, нарушения функционирования в течение дня и самоограничительного поведения. Больные инсомнией склонны обращать внимание на все, что несет угрозу сну, что приводит к образованию порочного круга тревоги. Когнитивная терапия направлена на выявление у пациентов дисфункциональных представлений о сне и замещение их на более адаптивные, то есть замену «катастрофизирующих» мыслей на более спокойные [16, 18].

Ниже приведены рекомендации, способствующие корригирующему сон эффекту когнитивной терапии при инсомнии [19]:

- быть реалистичным в своих ожиданиях по улучшению сна;
- не связывать с инсомнией все неблагоприятные явления в период дневной активности;
- не стараться уснуть;
- не придавать слишком большого значения сну;
- не паниковать после ночи с нарушенным сном;
- развивать в себе толерантность к проявлениям инсомнии.

Положительный эффект дает психотерапевтическая отработка в дневное время возникающих перед сном неприятных мыслей и воспоминаний, планов на следующий день, затрудняющих засыпание.

Практикуется использование приема психотерапевтического зеркала (реальные истории болезни пациентов, страдающих инсомнией, психотерапевтическая работа с которыми привела к выздоровлению), психотерапевтических метафор. Примером терапевтической метафоры может служить выражение: «Сон – это птица, сидящая на ладони. Если стараться его схватить, он улетает». Принято считать, что метафоры усваиваются на бессознательном уровне (минуя рациональную переработку информации) и поэтому являются разновидностью косвенной формы внушения.



Поведенческая психотерапия

Неотъемлемым элементом терапии инсомнии является обучение поведенческим приемам психотерапевтической коррекции: перед сном следует избегать возбуждающей активности, скандалов, так как состояние эмоционального напряжения в период, предшествующий сну, замедляет процесс засыпания и ухудшает качество сна.

Для того чтобы облегчить переход от сна к бодрствованию, можно прибегнуть к выполнению ритуалов – стандартному, неизменному по времени и последовательности набору действий, предшествующих сну. Соблюдение ритуалов позволяет успокоиться, почувствовать себя комфортно, а значит, делает процесс перехода от бодрствования ко сну более естественным. К подобным действиям можно отнести прогулку, водные процедуры, спокойную музыку, молитву, желание близким спокойной ночи и др.

Выявление возможных причин нарушения сна предполагает активную работу самого пациента по выяснению и осознанию психологических факторов, вызывающих или усугубляющих нарушение сна. В этом может помочь ведение дневника. Пациенту рекомендуется ежедневно записывать в него субъективные впечатления о сне. Необходимо также вести журнал дневной активности (подробное описание дневных событий, физических и эмоциональных факторов). Записи анализируются терапевтом совместно с пациентом. Это помогает выявить и при возможности устранить воздействие на сон неблагоприятных факторов. Еще один метод поведенческой терапии – ограничение сна. Максимальная эффективность сна [11] достигается сокращением суммарного времени пребывания в постели до суммарного времени сна, но не более четырех с половиной часов, в результате чего происходит сокращение латентного периода наступления сна и числа ночных пробуждений. Данная техника максимально усиливает потребность во сне, ассоциацию

между временем сна и временем, проводимым в постели, нивелирует тенденцию к раннему пробуждению [11, 20]. Показано, что терапия ограничением сна вызывает уменьшение времени засыпания с 48 до 19 минут [19] и является одним из самых эффективных методов лечения инсомнии, даже когда используется как единственный метод психотерапии [8]. Однако этот метод должен применяться с осторожностью у пациентов с эпилепсией, нарушением межполушарных взаимоотношений и парасомниями (например, при снохождении), так как может усугубить эти расстройства. Во избежание дневной сонливости время пребывания в постели ночью не должно быть менее пяти часов [21].

Наиболее эффективным в поведенческой терапии инсомний считается метод контроля стимуляции (стимул – регуляция) [19, 22, 23]. Его цель – научить пациента быстро засыпать в определенное время и поддерживать сон в течение ночи. Пациентам не рекомендуется ложиться спать до появления сонливости. Их обучают ассоциировать спальную комнату (или спальное место при ее отсутствии) только со сном и сексом. В постели не следует читать, смотреть телевизор, слушать информационные программы, обдумывать итоги дня и планировать дела на будущее и т.д. Если сон не наступил в течение 20 минут, пациенту рекомендуют встать и заняться спокойными делами до наступления сонливости. Если попытка заснуть оказывается безуспешной, процедуру повторяют. Вставать желательно в одно и то же время, включая выходные (вопреки желанию выспаться). Не рекомендуется спать днем. Метод контроля стимуляции способствует сокращению времени засыпания в среднем с 64 до 34 минут. Препятствием для использования этого метода является ограниченная подвижность пациента, слабость и риск падений [24]. Наступлению сна иногда препятствует выраженная тревога его ожидания. При этом можно применять такой метод психотерапии,

как парадоксальная интенция [23]. Данный метод психотерапии направлен на исчезновение страха не заснуть. Парадокс заключается в том, что чем меньше человек фиксирует внимание на трудности засыпания, тем больше вероятность естественного наступления сна. Этот метод лечения был предложен V.E. Frankl. Психотерапевт предлагал пациенту сделать то, что противоречит здравому смыслу. Больному дается установка, что организм, защищая себя, способен делать все наоборот, например, оставаться в бодрствующем состоянии так долго, как только возможно. Другими словами, усиленные попытки заснуть, возникающие под влиянием страха не заснуть, должны быть заменены парадоксальной интенцией не спать вообще.

Поведенческая терапия может стать ведущим методом немедикаментозного лечения инсомнии не только у взрослых, но и у детей грудного и раннего возраста [25]. Изучение литературы показывает, что наиболее эффективным является комплексное воздействие всех методик когнитивно-поведенческой терапии. Комплексный подход (особенно в острой стадии инсомнии) делает медикаментозное лечение более эффективным и обеспечивает устойчивость эффектов когнитивно-поведенческой терапии [26–29].

Методы саморегуляции

Определенных результатов в лечении инсомнии можно достичь, используя разнообразные методы саморегуляции, помогающие переключиться с состояния бодрствования. К ним относятся релаксационный тренинг (особенно эффективен при невозможности расслабиться и множественных соматических жалобах), успокаивающие упражнения (потягивание, самомассаж и др.), упражнения на воображение (например, полезно представить лицо спящего человека, каким должно быть собственное лицо при засыпании: спокойным, расслабленным, бесстрастным).

психиатрия



Релаксационные методы

Релаксационная терапия базируется на предположении о том, что пациент с инсомнией отличается высоким уровнем физиологического и когнитивного возбуждения в течение дня и ночи [19, 30], в то время как прогрессирующая мышечная релаксация, аутогенная тренировка направлены на уменьшение соматического возбуждения. Тренировка воображения, медитация и другие техники способствуют нивелированию когнитивного возбуждения (тревоги, навязчивых или скачущих мыслей) [31, 32]. После обучения этим приемам пациенты могут применять их самостоятельно [19].

Метод биологической обратной связи. Изучение метода биологической обратной связи показало, что человек может контролировать функции своего организма, если ему дать о них информацию. Пациенту легче расслабиться, если он отслеживает изменение физиологических параметров своего состояния (уровень мышечного напряжения, температуру кожи, сердечный ритм, артериальное давление и т.д.) с помощью звука или компьютерного графика. Благодаря этому больные понимают, что они сами могут контролировать физиологические процессы.

Один из вариантов обратной связи – аппаратный метод лечения инсомнии – энцефалофония (музыка мозга) основан на преобразовании электроэнцефалограммы головного мозга в музыку по специальному алгоритму, аудиокассету с записью пациент должен слушать перед сном [20, 33]. Регистрация полиграммы сна до и после 15-дневного курса лечения показала позитивное влияние музыки мозга, сопоставимое по эффективности с современными снотворными препаратами.

Другие методы коррекции расстройств сна

В комплекс терапии расстройств сна часто включают прослушивание лечебной музыки и природные шумы. Есть много ис-

следований, доказывающих, что при лечении инсомнии хороший эффект дают разные виды музыкотерапии [34, 35]. Говоря о методах акустического воздействия, уместно добавить, что монотонный шум дождя, морского прибоя, водопада, шорохи леса, пение птиц обладают успокаивающим действием и способствуют засыпанию.

В комплексной терапии инсомнии активно применяется ароматерапия [36–38]. Это могут быть массаж с эфирными маслами, ингаляции, ванны, подушки с травами, листьями и соцветиями (папоротник мужской, хвоя сосны, шишки хмеля, мята, герань, душица, лепестки розы, лаванда, розмарин).

При инсомнии различного генеза полезен точечный массаж и иглоукальвание. Воздействуя на определенные точки на теле человека, можно активировать процессы саморегуляции организма, а значит, улучшить качество сна.

Вне зависимости от выбранного метода лечения инсомнии пациента необходимо предупредить о длительности терапии. Это позволит уменьшить фрустрацию и сохранить мотивацию в тех случаях (обычно при стойких многолетних инсомниях), когда наблюдается замедленный эффект лечения.

Лекарственная терапия инсомнии

Как показывает практика, использование психотерапии без сопутствующей фармакотерапии приводит к стойкому улучшению практически всех параметров ночного сна, а положительный результат прослеживался разными исследователями в период до трех лет [19, 31, 39]. После проведения когнитивно-поведенческой терапии общее время сна чаще всего увеличивалось не сразу, а в отдаленной перспективе. Есть данные о том, что пациентам не требовался прием снотворных препаратов по крайней мере в течение одного года после курса психотерапии [39]. Эффективность же

фармакотерапии в отношении инсомнии оказалась менее стойкой. Например, число пробуждений после начала сна стало возвращаться к исходным значениям уже через три месяца после прекращения медикаментозного лечения [30]. Данные литературы свидетельствуют: наиболее эффективным является использование разных методик патогенетической и симптоматической психотерапии [19, 31, 32, 39], а также психотерапии в комплексе с лекарственной терапией [30, 40, 41]. Показано, что такой подход (особенно в острой стадии инсомнии) повышает эффект медикаментозной терапии и обеспечивает устойчивость результатов психотерапии [42].

Мероприятия психотерапии предполагают наличие высокой мотивации у пациентов. Периодический прием лекарств может ослабить готовность к совместной работе, так как пациент считает, что с помощью снотворных он способен повлиять, по крайней мере на короткое время, на свой сон. Это особенно актуально для пациентов, длительно получавших снотворные препараты. В этой связи при последовательном проведении немедикаментозных мероприятий таким пациентам рекомендуется продолжить прием лекарств, особенно на начальном этапе. Позже можно будет постепенно от них отказаться.

Начинать медикаментозное лечение предпочтительнее с растительных снотворных и гомеопатических препаратов, так называемых безрецептурных средств. Данные препараты являются средствами выбора у детей, при наличии психофизиологической инсомнии и псевдоинсомнии, а также инсомнии, связанной с нарушением гигиены сна, когда назначение снотворных препаратов неоправданно и даже противопоказано. Указанные средства умеренно эффективны в отношении других форм инсомнии, создают наименьшие проблемы для принимающих их пациентов и легко могут быть отменены в дальнейшем.



В Европе и Азии популярны различные фитопрепараты для сна. Примером средства безрецептурного отпуска с доказанным положительным воздействием на сон является эликсир Клостерфрау МЕЛИСАНА®. Этот природный препарат на основе трав уже около 200 лет производится немецкой компанией «Клостерфрау» по старинным монастырским рецептам. Эликсир Клостерфрау МЕЛИСАНА® в Германии есть в каждой домашней аптечке. Эликсир отличается уникальным составом и технологией изготовления. Препарат представляет собой водно-спиртовой раствор эфирных масел, экстрагированных методом водно-паровой дистилляции, мелиссы (лимонной мяты) и 12 лекарственных растений. Мелисса лекарственная издавна используется для стимуляции интеллекта и улучшения памяти, обладает противотревожным, спазмолитическим, успокаивающим действием, горький

апельсин мягко успокаивает при нервных расстройствах и улучшает сон, а мускатный орех снимает повышенную возбудимость. Кроме того, в состав эликсира входят эфирные масла имбиря, гвоздичного дерева, кардамона и других лекарственных растений, известных своими целебными свойствами не одну тысячу лет.

В 2006 г. на базе Московского городского сомнологического центра было проведено открытое несравнительное исследование эффективности и безопасности препарата. В нем участвовали 45 пациентов молодого и среднего возраста с инсомнией [25]. На фоне приема эликсира Клостерфрау МЕЛИСАНА® в течение 14 дней качество сна улучшилось. По данным опросников, уменьшилось время засыпания, увеличилась продолжительность сна, улучшилось его качество, а результаты объективного исследования – полисомнографии показали увеличе-

ние представленности дельта-сна и быстрого сна. Данные опросников сонливости и скрининга апноэ во сне подтвердили отсутствие эффекта последствия препарата. Рекомендованная схема назначения препарата Клостерфрау МЕЛИСАНА® – 15 мл, разведенных в 30 мл воды, принимать за 15 минут до сна, курс лечения – 14 дней.

Заключение

Следует еще раз подчеркнуть, что приоритетным путем лечения инсомнии является использование нелекарственных методов, среди которых ведущее место занимает психотерапия. Однако больным, для которых важна быстрота наступления эффекта, пациентам с вторичной инсомнией, адаптивной инсомнией лучше сразу начинать лекарственное лечение, стараясь использовать достаточно эффективные и максимально безопасные препараты. *

Литература

1. Hajak G. Insomnia in primary care // Sleep. 2000. Vol. 23. Suppl. 3. P. 54–63.
2. International classification of sleep disorders: Diagnostic and coding manual. 2nd ed. Westchester, Illinois: American Academy of Sleep Medicine, 2005.
3. Вейн А.М. Сон. Тайны и парадоксы. М.: Эйдос медиа, 2003.
4. Левин Я.И. Инсомния: современные диагностические и лечебные подходы / под ред. Я.И. Левина. М.: Медпрактика-М, 2005.
5. Романов А.И., Решетняк В.К. Сон и его нарушения: монография / под ред. С.П. Миронова. М.: Слово, 2003.
6. Kryger M.H., Roth T., Dement W.C. Principles and practice of sleep medicine. 4th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2005.
7. Silber M.H. Clinical practice. Chronic insomnia // N. Engl. J. Med. 2005. Vol. 353. № 8. P. 803–810.
8. Smith M.T., Neubauer D.N. Cognitive behavior therapy for chronic insomnia // Clin. Cornestone. 2003. Vol. 5. № 3. P. 28–40.
9. Рассказова Е.И. Стратегии поведения и объективное качество сна при инсомнии // Тезисы докладов VI Всероссийской конференции с международным участием «Актуальные проблемы сомнологии». СПб.: Аграф, 2008. С. 78.
10. Lichstein K.L., Wilson N.M., Johnson C.T. Psychological treatment of secondary insomnia // Psychol. Aging. 2000. Vol. 15. № 2. P. 232–240.
11. Friedman L., Benson K., Noda A. et al. An actigraphic comparison of sleep restriction and sleep hygiene treatments for insomnia in older adults // J. Geriatr. Psychiatry Neurol. 2000. Vol. 13. № 1. P. 17–27.
12. Ковров Г.В. Рецепт от бессонницы. М.: С-инструментс, 2004.
13. Хаури П., Лунде Ш. Как победить бессонницу. М.: Мир, 1995.
14. Morin C.M., Bastien C., Guay B. et al. Randomized clinical trial of supervised tapering and cognitive behavior therapy to facilitate benzodiazepine discontinuation in older adults with chronic insomnia // Am. J. Psychiatry. 2004. Vol. 161. P. 332–342.
15. Harvey K.J., Espie C.A. Development and preliminary validation of the Glasgow Content of Thoughts Inventory (GCTI): a new measure for the assessment of pre-sleep cognitive activity // Br. J. Clin. Psychol. 2004. Vol. 43. Pt. 4. P. 409–420.
16. Morin C.M. Insomnia: psychological assessment and management. New York: Guilford Press, 1993.
17. Harvey A.G., Payne S. The management of unwanted pre-sleep thoughts in insomnia: distraction with imagery versus general distraction // Behav. Res. Ther. 2002. Vol. 40. № 3. P. 267–277.
18. Harsora P., Kessmann J. Nonpharmacologic management of chronic insomnia // Am. Family Physician. 2009. Vol. 79. № 2. P. 125–139.
19. Morin C.M., Hauri P.J., Espie C.A. et al. Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. An. Am. Acad. of Sleep Medicine review // Sleep. 1999. Vol. 22. № 8. P. 1134–1156.
20. Perlis M.L., Jungquist C., Smith M.T. et al. Cognitive behavioral treatment of insomnia. A session-by-session



- guide. New York: Springer Science and Business Media, Inc, 2005.
21. Morin C.M. Psychological and behavioral treatments for primary insomnia // Principles and practice of sleep medicine / ed. by M.H. Kryger, T. Roth, W.C. Dement. 4th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2005. Part II. Sect. 9. Ch. 61. P. 726–737.
 22. Spielman A.J., Saskin P., Thorpy M.J. Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed // Sleep. 1987. Vol. 10. № 1. P. 45–56.
 23. Chesson A.L. Jr., Anderson W.M., Littner M. et al. Practice parameters for the nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. An. Am. Acad. of Sleep Medicine report. Standards of Practice Committee of the American Academy of Sleep Medicine // Sleep. 1999. Vol. 22. № 8. P. 1128–1133.
 24. Smith M.T., Perlis M.L. Who is a candidate for cognitive-behavioral therapy for insomnia // Health Psychol. 2006. Vol. 25. № 1. P. 15–19.
 25. Левин Я.И., Тхостов А.Ш., Рассказова Е.И. Клинико-психологические факторы эффективности лечения больных инсомнией препаратом Клостерфрау Мелисана // Эффективная фармакотерапия. Неврология и психиатрия. 2011. № 5. С. 28–32.
 26. Коробельникова Е.А. Детский сон: Зеркало развития ребенка. М.: Владос, 2008.
 27. Полуэктов М.Г., Радченко О.А., Троицкая Н.Б. Эффективность применения метода поведенческой терапии детских инсомний // Тезисы докладов VI Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы сомнологии». СПб.: Аграф, 2008. С. 74.
 28. Пэнтли Э. Как уложить ребенка спать без слез. Минск: Попурри, 2007.
 29. Серз У. Как уложить ребенка спать. Ночные заботы родителей. М.: Институт психотерапии и клинической психологии, 2004.
 30. Morin C.M., Espie C.A. Insomnia: a clinical guide to assessment and treatment. New York: Kluwer Academic/Plenum, 2003.
 31. Backhaus J., Hohagen F., Voderholzer U. et al. Long-term effectiveness of a short-term cognitive-behavioral group treatment for primary insomnia // Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 2001. Vol. 251. № 1. P. 35–41.
 32. Edinger J.D., Wohlgenuth W.K., Radtke R.A. et al. Cognitive behavioral therapy for treatment of chronic primary insomnia: a randomized controlled trial // JAMA. 2001. Vol. 285. № 14. P. 1856–1864.
 33. Левин Я.И., Даллакян И.Г., Гаврилов Д.Г. «Музыка мозга» – новый нефармакологический метод лечения больных инсомнией, тревогой, депрессией // Тезисы докладов I Международного конгресса «Музыкотерапия и восстановительная медицина в XXI веке». М., 2000. С. 60–61.
 34. Gagner-Tjellesen D., Yurkovich E.E., Gragert M. Use of music therapy and other ITNIs in acute care // J. Psychosoc. Nurs. Ment. Health Serv. 2001. Vol. 39. № 10. P. 26–37.
 35. Wigram T., Pederson I.N., Bonde L.O. A comprehensive guide to music therapy: theory, clinical practice, research and training. London: Jessica Kingsley, 2002.
 36. Buckle J. Clinical Aromatherapy. 2nd ed. London: Elsevier Limited, 2004.
 37. Bykov A.T., Malyarenko T.N., Malyarenko Y.E. et al. Conscious and unconscious sensory inflows allow effectively control the various functions of human organism // Spanish J. Psychol. 2006. Vol. 9. № 2. P. 201–218.
 38. Hudson R. The valey of lavender for rest and activity in the elderly patient // Complement. Ther. Med. 1996. Vol. 4. № 1. P. 52–57.
 39. Espie C.A., Inglis S.J., Tessier S. et al. The clinical effectiveness of cognitive behavioral therapy for chronic insomnia. Implementation and evaluation of a sleep clinic in general medical practice // Behav. Res. Ther. 2001. Vol. 39. № 1. P. 45–60.
 40. Baillargeon L., Landreville P., Verreault R. et al. Discontinuation of benzodiazepines among older insomniac adults treated though cognitive-behavioral therapy combined with tapering: a randomized trial // CMAJ. 2003. Vol. 169. № 10. P. 1015–1020.
 41. Morin C.M., Colecchi C., Stone J. et al. Behavioral and pharmacologic therapies for late-life insomnia: a randomized controlled trial // JAMA. 1999. Vol. 281. № 11. P. 991–999.
 42. Rosen R.C., Lewin D.S., Goldberg L. et al. Psychophysiological insomnia: Combined effects of pharmacotherapy and relaxation-based treatments // Sleep Med. 2000. Vol. 1. № 4. P. 279–288.

психиатрия

Psychotherapy of insomnia: the role of somnologist and psychotherapist

Ye.A. Korabelnikova

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

Contact person: Yelena Aleksandrovna Korabelnikova, e_korabel@mail.ru

In patients with sleep disorders, non-pharmacological methods of treatment (particularly psychotherapy and behavioral psychocorrection) are actively used. Sleep hygiene is a prerequisite for successful application of any therapeutic method. The author emphasizes the efficacy of combination treatment involving psychotherapy and drug therapy. This approach (especially in acute insomnia) improves medication effects and extends the results of psychotherapy. For the initial therapy, herbal hypnotics and homeopathic preparations are recommended, e.g. herbal elixir Klosterfrau Melisana.

Key words: insomnia, psychotherapy, behavioral psychocorrection, sleep hygiene, herbal preparations