



Возможности коррекции инсомнии без применения снотворных препаратов

Е.А. Корабельникова

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

Лечение инсомнии включает как назначение фармакологических средств, так и использование немедикаментозных методов. Начинать медикаментозное лечение предпочтительнее с растительных снотворных и гомеопатических средств и препаратов мелатонина. Среди немедикаментозных методов наиболее эффективными признаны методы психотерапии и поведенческой психокоррекции.

Ключевые слова: инсомния, снотворные препараты, гигиена сна, психотерапия

Введение

Результаты многочисленных исследований, проводимых ВОЗ, свидетельствуют о постоянном увеличении количества людей, страдающих расстройствами сна. Среди разнообразных вариантов нарушений сна, безусловно, лидирует инсомния (бессонница). Нарушения сна для человека чреватy целым рядом проблем, которые приводят к снижению качества жизни. Нарастают эмоциональное напряжение, тревога, раздражительность, повышается стрессодоступность. У человека снижается уровень мотиваций: уменьшается потребность в общении, развлечениях, перестают радовать события и дела, прежде вызывавшие приятные эмоции.

Согласно Международной классификации расстройств сна (2005) [1], инсомния определяется как «повторяющиеся нарушения ини-

циации, продолжительности, консолидации или качества сна, служащие несмотря на наличие достаточного количества времени и условий для сна и проявляющиеся нарушениями дневной деятельности различного вида».

Клиническая феноменология инсомнии включает пресомнические, интрасомнические и постсомнические расстройства. Пресомнические нарушения – это трудности начала сна, и наиболее частой жалобой являются трудности засыпания; при длительном течении могут формироваться патологические ритуалы отхода ко сну, а также «боязнь постели» и страх «ненаступления сна». Интрасомнические расстройства включают частые ночные пробуждения, после которых пациент долго не может уснуть, и ощущение поверхностного сна. Постсомнические расстройства (расстрой-

ства, возникающие в ближайший период после пробуждения) – это проблема раннего утреннего пробуждения, сниженной работоспособности, ощущение «разбитости», неудовлетворенности сном.

В зависимости от этиологического фактора выделяют следующие варианты инсомнии: адаптационная, психофизиологическая, идиопатическая, псевдоинсомния, инсомния при психических расстройствах, инсомния при нарушении гигиены сна, инсомния при болезнях внутренних органов, инсомния при приеме лекарственных препаратов, детская поведенческая инсомния. В подавляющем большинстве случаев инсомния формируется вторично, на фоне болезней, стрессов, неблагоприятных обстоятельств.

В связи с вышесказанным лечение инсомнии включает два подхода: использование различных методов психотерапии или фармакологических средств. Первый является неспецифическим и может быть использован в лечении инсомнии любого характера. Вторым направлен на лечение конкретной нозологической формы инсомнии и устранение ее причин.

Медикаментозная терапия инсомнии

В настоящее время в лечении расстройств сна, несомненно, лидируют фармакологические методы.



Лекарства, стимулирующие сон, по частоте применения уступают лишь контрацептивным препаратам. Однако злоупотребление снотворными препаратами само по себе способствует развитию инсомнии. Медикаментозная терапия также может сопровождаться привыканием, зависимостью. Как и при других формах зависимости, пациенты в основном жалуются на снижение эффекта принимаемой дозы снотворного препарата наряду с развитием синдрома отмены при попытке прекращения приема, необходимость постоянного увеличения дозы препарата при длительном приеме. Кроме того, среди нежелательных явлений можно отметить негативное влияние на течение синдрома апноэ во сне (для большинства препаратов), соматические осложнения (аллергия, воздействие на желудочно-кишечный тракт и др.). В течение 2,5 лет наблюдений было установлено, что злоупотребление снотворными препаратами сопровождается увеличением смертности в 4,6 раза [2]. Альтернативой приему сильнодействующих снотворных препаратов может быть использование лекарственных средств других фармакологических групп, обладающих в том числе снотворным эффектом. К таким препаратам относятся, в частности, производные доксиламина. Механизм действия этих препаратов состоит в том, что они действуют одновременно на М-холинэргические рецепторы и на H₁-гистаминовые рецепторы в центральной нервной системе. Особенностью их действия является отсутствие прямого влияния на сомногенные структуры, оно осуществляется на уровне систем регуляции бодрствования путем угнетения их активности [3]. Другим вариантом может быть применение антидепрессантов. По данным исследований, седативные антидепрессанты у пациентов с депрессией и бессонницей улучшают сон [4]. Достаточно часто антидепрессанты, назначаемые в низких дозах, используются как снотворные у пациентов, не страдающих клинически выраженной

депрессией. Преимущество такой терапии заключается в том, что применение антидепрессантов не вызывает привыкания и физической зависимости.

Иногда для лечения инсомнии используют ноотропные препараты, оказывающие седативное действие, например, фенибут в педиатрической практике.

В последние годы большой интерес проявляется к возможностям мелатонина, образно называемого «витамином сна», «Дракула-гормоном». Являясь гормоном шишковидной железы, он участвует в поддержании нормального циркадианного ритма у человека. Применение синтетических аналогов мелатонина позволяет получать снотворный и ресинхронизирующий эффект путем воздействия на центральный регулятор биологических ритмов – супрахиазмальные ядра. Препараты мелатонина являются достаточно эффективными и безопасными снотворными средствами, которые могут быть рекомендованы во всех случаях нарушений сна у больных любого возраста и с любой сопутствующей патологией без каких-либо видимых негативных последствий и с высокой степенью переносимости [5].

Значительную нишу на фармацевтическом рынке занимают гомеопатические препараты и травяные сборы для лечения нарушений сна. Фитопрепараты со снотворным действием, популярные в Европе и Азии, представлены большим количеством различных торговых названий. В Германии, например, продается более 100 различных лекарств, сделанных из корня валерианы.

Одним из примеров средства безрецептурного отпуска с доказанным положительным воздействием на сон является эликсир Клостерфрәу Мелисана («М.К.М. Клостерфрәу Фертрибс ГмбХ», Германия). Препарат представляет собой водно-спиртовой раствор эфирных масел, экстрагированных методом водно-паровой дистилляции из 13 лекарственных растений, одним из которых является мелисса (лимонная мята).

В 2006 г. на базе Московского городского сомнологического центра было проведено открытое несравнительное исследование эффективности и безопасности препарата Клостерфрәу Мелисана у 45 пациентов молодого и среднего возраста, страдающих инсомнией [6]. Согласно инструкции по применению, 15 мл препарата разводились в 30 мл воды и принимались за 15 минут до сна, курс лечения составил 14 дней. На фоне приема препарата Клостерфрәу Мелисана у пациентов сон улучшился как по данным опросников (уменьшилось время засыпания, увеличилась продолжительность сна, улучшилось его качество), так и по результатам объективного исследования – полисомнографии (увеличилась представленность дельта-сна и быстрого сна). Результаты анкетных данных, касающихся наличия сонливости и синдрома апноэ во сне, продемонстрировали отсутствие эффекта последствия препарата.

Немедикаментозные методы лечения инсомнии

Важным и необходимым условием эффективности любого терапевтического вмешательства при расстройствах сна является соблюдение правил гигиены сна [7]. По данным Е.И. Рассказовой [8], гигиена сна у пациентов с инсомнией нарушена в 72,2% случаев. Гигиена сна предусматривает следующие правила: спать на широкой твердой кровати, иметь удобный матрас с ровной поверхностью, использовать более темные тона постельного белья, надевать удобную одежду для сна. Тяжелую или обильную пищу можно употреблять не позже чем за 2 ч до сна. В послеобеденное время следует минимизировать количество выпиваемой жидкости, чтобы уменьшить частоту ночных просыпаний для опорожнения мочевого пузыря. Ежедневные физические нагрузки важны для поддержания здорового сна, однако за 4–5 ч до сна следует избегать длительных (1,5 часа) или интенсивных физических нагрузок. В спальне необходимо поддер-

Неврология



живать оптимально комфортный режим температуры и влажности, регулировать степень интенсивности шума. Желательно, чтобы голова во время сна была открытой, в то время как ноги – тепло укрытыми. Соблюдение правил гигиены сна само по себе способно улучшить сон [9]. Однако чаще всего методика обучения гигиене сна для повышения эффективности немедикаментозной терапии с успехом применяется в сочетании с другими техниками когнитивно-поведенческой психотерапии [10].

Для нормального сна чрезвычайно важен световой режим цикла «сон – бодрствование». В дневные часы рекомендуется больше находиться на ярком свете, поскольку это стимулирует механизмы бодрствования и благоприятно сказывается на последующем сне. В утренние часы, когда секреция мелатонина продолжается, световой поток позволяет ее блокировать, что благотворно влияет не только на уровень бодрствования, но и на эмоциональное состояние человека. Данный эффект света положен в основу фототерапии с использованием белого света высокой интенсивности (10 000 люкс) для лечения нарушений сна. При засыпании свет, напротив, становится существенной помехой. Для решения данной проблемы рекомендуется повесить плотные шторы или использовать наглазники. При необходимости вставать по ночам нежелательно включать яркий свет, который может существенно увеличить время засыпания.

Другая потенциальная проблема – звуки в спальне. Один из способов решения проблемы – создание так называемого белого шума, имеющего мягкий шелестящий тон и заглушающего случайные звуки. Генератором белого шума может выступить кондиционер, вентилятор, постоянно звучащая запись со звуками прибоя, ветра, дождя. Белый шум, монотонный и неизменный, удерживает слух в состоянии концентрации на постоянных, однообразных, несложных звуках и не вызовет пробуждения,

в отличие от работающего телевизора или радио.

Непосредственно перед сном эффективны водные процедуры. Выбор температуры воды индивидуален. Считается, что изменение температуры тела после приема ванны (повышение и последующее снижение) способствует ускорению наступления фазы сна в циркадианном ритме «сон – бодрствование». Эффективны ванны с веществами, обладающими успокаивающим эффектом: хвоей, морской солью, специальной пеной для ванн и т.д.

Еще одним методом комплексной терапии инсомнии является ароматерапия [11], которая применяется в виде массажа с эфирными маслами, а также ингаляций, испарений и ароматических ванн, снотворных травяных подушек (папоротник мужской, хвоя сосны, шишки хмеля, мята, герань, душица, лепестки розы, лаванда, розмарин). Определенный эффект при инсомниях различного генеза дают точечный массаж и иглоукалывание. Использование этих методов основано на представлениях древневосточных медиков о наличии на теле человека определенных точек, воздействуя на которые можно активировать системы саморегуляции организма.

Среди нефармакологических методов терапии инсомнии, безусловно, лидируют различные методы психотерапии и поведенческой психокоррекции. Проведенные исследования показали, что психотерапия улучшает сон так же эффективно, как и лекарственные препараты [12, 13]. При этом действие лекарств в отношении сна нередко прекращается почти сразу по окончании лечения, в то время как результаты нормализации режима сна сохраняются и в дальнейшем [14]. Кроме того, психотерапия не вызывает привыкания или побочных эффектов, что часто наблюдается при использовании снотворных препаратов.

Нередко расстройства сна в такой степени доминируют среди других симптомов основного заболевания и настолько мучительно переживаются больным, что требуют сроч-

ного и прицельного вмешательства. В данном случае длительно существующие расстройства сами по себе становятся самостоятельной психогенией. Это обуславливает значимость как психотерапии, ориентированной на выявление и разрешение психологического конфликта, так и лечения, направленного на улучшение самого сна как ведущей проблемы.

Необходимым этапом в терапии расстройств сна являются мероприятия по выявлению возможных причин развития нарушений сна, которые включают в себя не только систему диагностических процедур, но и активную работу самого пациента по выяснению и осознанию психологических факторов, вызывающих или усугубляющих нарушения сна. Последнее осуществляется чаще всего с помощью ведения дневника, который заполняется ежедневно и включает в себя не только субъективное впечатление о сне, но и журнал дневной активности (подробное описание дневных событий, физических и эмоциональных факторов). Записи в дневнике анализируются совместно пациентом и терапевтом, что помогает выявить и при возможности устранить воздействие на сон неблагоприятных факторов. Среди психотерапевтических методов, эффективных в лечении инсомнии как актуального синдрома, наиболее часто применяются следующие стратегии: рациональная, поведенческая и когнитивная психотерапия, методы саморегуляции, метод биологической обратной связи, релаксационные методы.

Прежде всего следует отметить возможности рациональной психотерапии. Необходимо обсудить роль сна в жизнедеятельности человека, понять механизмы обеспечения сна, объяснить больному непреднамеренное преувеличение им степени и значимости расстройств сна (если это имеет место быть), отсутствие в нарушениях сна фатальной угрозы для их жизни, а также обозначить перспективы лечения. Пациент должен получить реалистические представления о необходимой продолжительности



сна и допущении возможности того, что утомляемость в течение дня не обязательно является следствием расстройств сна.

Когнитивная терапия способствует формированию правильного отношения к имеющимся расстройствам сна, коррекции произвольных и иррациональных мыслей и выводов, замене «катастрофизирующих» мыслей на более спокойные [13]. Классическими когнитивными ошибками, совершаемыми пациентами, страдающими расстройствами сна, являются следующие:

1. «Чем дольше я буду лежать в постели, тем больше мне удастся спать и тем лучше будет мое самочувствие».
2. «Если мне не удастся заснуть, надо просто хорошенько постараться».
3. «Нет ничего хуже бессонницы. Это испортит мне завтрашний день, и вся моя жизнь пойдет насамарку».

В когнитивной модели инсомнии к факторам хронификации относятся страх «не уснуть», навязчивые мысли перед сном и дисфункциональные убеждения в отношении сна [15]. Согласно A.G. Harvey (2005), острая инсомния связана с жизненными стрессами, субхроническая – с тревогой по поводу сна, а хроническая инсомния поддерживается за счет процессов избирательного внимания, искаженного восприятия нарушения функционирования в течение дня и самоограничительного поведения. Больные инсомнией склонны обращать внимание на все то, что несет угрозу сну и приводит к формированию «порочного круга» тревоги (рис.) [16]. Больному с инсомнией могут помочь скорректировать нарушения сна следующие рекомендации [17]:

- быть реалистичным в своих ожиданиях по улучшению сна;
- не связывать с инсомнией все неблагоприятные явления в период дневной активности;
- никогда не стараться уснуть;
- никогда не придавать слишком большое значение сну;
- не паниковать после ночи с на-



«Порочный круг» тревоги как механизм хронификации инсомнии: невозможность контролировать свой сон приводит к нарастанию тревоги и повышенному вниманию ко всему, что связано со сном

Рис. Когнитивная модель инсомнии A.G. Harvey*

* Адаптировано по [16].

- развить в себе толерантность к проявлениям инсомнии.

Хороший эффект дает также психотерапевтическая отработка в дневное время возникающих перед сном неприятных мыслей и воспоминаний, планов на следующий день, затрудняющих засыпание [18].

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 поговорка: «Сон – птица, сидящая на ладони. Если стараться его схватить, он улетает». Принято считать, что метафоры усваиваются на бессознательном уровне, минуя рациональ-

ную переработку информации, и поэтому представляют собой разновидность косвенной формы внушения.

Неотъемлемым элементом терапии инсомнии являются поведенческие приемы психотерапевтической коррекции (табл.). Перед сном следует избегать возбуждающей активности, споров. Состояние эмоционального напряжения в период, предшествующий сну, замедляет процесс засыпания и ухудшает качество сна. Облегчить процесс перехода от сна к бодрствованию можно с помощью ритуала, то есть стандартного, неизменного по времени и последовательности набора действий, предшествующих сну (прогулка, водные процедуры, прослушивание спокойной музыки, молитва, пожелания друг другу «спокойной ночи» и др.). Этот ежедневный процесс позволяет цело-



Таблица. Методы поведенческой психотерапии

Метод	Инструкции
Ритуал	Каждый день перед сном совершайте одни и те же действия в одной и той же последовательности
Ведение дневника	1. Ежедневно записывайте свое впечатление о сне 2. Ежедневно подробно описывайте дневные события
Контроль стимуляции	1. Ложитесь спать только тогда, когда ощущаете сонливость 2. Используйте постель только для сна и интимной близости 3. Если Вы не в состоянии заснуть в течение 15–20 мин, то идите в другую комнату и займитесь спокойными видами деятельности. Возвращайтесь обратно в спальню, только когда почувствуете сонливость. Повторяйте при необходимости 4. Установите регулярное время утреннего пробуждения вне зависимости от длительности сна 5. Избегайте дневного сна
Ограничение сна	1. Сократите время пребывания в постели до предполагаемого (в начале не более 5 ч) 2. Ежедневно увеличивайте время нахождения в постели на 15 мин, если ощущаемая эффективность сна составляет 90% и более
Метод «парадоксальной интенции»	Старайтесь не засыпать так долго, как только сможете
Упражнения на воображение	Представьте себя спящим, вообразите, каким должно быть собственное лицо при засыпании: спокойным, расслабленным, бесстрастным

веку успокоиться, почувствовать себя комфортно, делает более свободным и естественным процесс перехода от бодрствования ко сну. В 1990-е гг. R.R. Bootzin разработал ряд приемов поведенческой регуляции, эффективных для терапии расстройств сна, получивших название метода контроля стимуляции, цель которого – помочь человеку с инсомнией научиться быстро засыпать в определенное время и поддерживать сон после засыпания в течение ночи [19]. Этот метод является эффективным при инсомнии, даже если применяется в качестве монотерапии [17, 19]. В соответствии с правилами применения этой методики не рекомендуется ложиться спать до появления сонливости. Пациентов 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 по радио, обдумывать итоги дня

и планировать дела на будущее и т.п. Это необходимо для создания и закрепления ассоциации между постелью и сном. Если сон не наступил в течение 20 минут, пациенту рекомендуют встать и заняться спокойными делами до наступления сонливости. Если попытка заснуть и на сей раз оказывается безуспешной, процедуру следует повторить. Просыпаться желательно в одно и то же время, даже вопреки желанию «отоспаться» в выходные. Не рекомендуется спать днем. Показано, что использование метода контроля стимуляции способствует сокращению времени засыпания в среднем с 64 до 34 минут. Препятствиями для проведения обучения этой методике лечения инсомнии являются ограниченная подвижность пациента, слабость и риск падений. Близок к вышеописанному метод терапии путем ограничения сна. Суть метода заключается в ограничении суммарного времени пребывания в постели (но не менее

5 часов). Больному разрешается оставаться в кровати только то количество времени, которое, по его мнению, он спит, плюс 15 минут. Например, больной полагает, что время сна за ночь составляет 5 часов, это означает, что ему можно находиться в кровати только 5 часов и 15 минут. Затем, если пациент ощущает, что 90% времени пребывания в постели он спал, то раз в неделю он может добавить еще 15 минут к этому времени. В результате сокращается латентный период наступления сна и число ночных пробуждений. Данная техника максимально усиливает потребность в сне, ассоциацию между временем сна и временем, проводимым в постели, уменьшает тенденцию к раннему утреннему пробуждению [10]. Терапия путем ограничения сна уменьшает время засыпания с 48 до 19 минут [17] и является одним из эффективных методов лечения инсомнии [20]. Однако этот вид поведенческой терапии должен применяться с осторожностью у пациентов с эпилепсией, нарушением межполушарных взаимоотношений и с парасомниями (например, при снохождении), так как может усугубить эти расстройства.

Парадоксальная интенция – еще один метод психотерапии [21], направленный на исчезновение у пациента страха «не заснуть». Стремление заснуть сопровождается усиленным вниманием к тому, удастся это сделать или нет, что препятствует наступлению сна. Данный эффект по сути парадоксален: чем меньше человек фиксируется на трудности засыпания, тем выше вероятность нормального наступления сна. Обозначенный базовый механизм лежит в основе метода «парадоксальной интенции», разработанного немецким психотерапевтом V.E. Frankl. Суть метода состоит в том, что психотерапевт предлагает пациенту делать то, что противоречит здравому смыслу. Метод основывается на идее, что организм, охраняя себя, способен делать все наоборот. Так, пациенту даются рекомендации оставаться в бодрствующем состоянии так долго, как



только возможно. Другими словами, усиленные попытки заснуть, возникающие под влиянием страха ожидания отсутствия сна, 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 [12, 22].

По данным литературы, наиболее эффективным является комплексное воздействие всех методик когнитивно-поведенческой терапии. Показано, что такой комплексный подход, особенно в острой фазе инсомнии, приводит к ускорению эффекта медикаментозной терапии и обеспечивает устойчивость лечебных эффектов [23].

Широко распространены и эффективны в лечении инсомнии разнообразные приемы саморегуляции, влияющие на сон посредством изменения предшествующего 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. К примеру, полезно представить лицо спящего человека, вообразить, каким должно быть собственное лицо при засыпании: спокойным, расслабленным, бесстрастным.

Релаксационная терапия базируется на предположении, что для пациента с инсомнией характерен высокий уровень физиологического и когнитивного возбуждения в течение дня и ночи [17]. Среди различных релаксационных техник прогрессирующая мышечная релаксация, аутогенная тренировка направлены на уменьшение соматического возбуждения, а тренировка воображения, медитация и другие техники способствуют нивелированию когнитивного возбуждения в виде тревоги, навязчивых или «скачущих» мыслей [24]. После профессиональной инструкции и регулярной практики большинство этих техник могут применяться самим пациентом [17].

Изучение метода биологической обратной связи показало, что человек может контролировать функции своего организма, если ему предоставить информацию об их текущем состоянии. Пациенту значительно легче расслабиться, наблюдая за регистрацией физиологических параметров своего состояния с помощью определенного тонального звука или компьютерного графика, изменения которого отражают уровень мышечного напряжения, температуру кожи, сердечный ритм, артериальное давление и т.д. У него формируется представление о возможности собственного контроля над физиологическими процессами.

Новый эффективный метод лечения инсомнии «музыка мозга» (энцефалофония) основан на преобразовании электроэнцефалограммы в музыку по специальному алгоритму и представляет собой вариант метода биологической обратной связи [25]. Полученный звуковой файл пациент прослушивает перед сном. Регистрация полиграммы сна до и после 15-дневного курса лечения показало позитивное влияние «музыки мозга» как с точки зрения субъективных ощущений, так и по результатам объективных исследований, сопоставимое по эффективности с действием современных снотворных препаратов.

В комплекс терапии расстройств сна часто включается индивидуально подобранная лечебная музыка и природные шумы. Имеется множество доказательств, что при лечении инсомнии хороший эффект дают различные виды музыкотерапии [26]. Говоря о методах акустического воздействия, уместно добавить, что монотонный шум дождя, морского прибоя, водопада, шорохи леса, пение птиц обладают успокаивающим действием и способствуют засыпанию.

Для того чтобы уменьшить фрустрацию и сохранить мотивацию в случаях замедленного эффекта терапии (обычно при стойкой многолетней инсомнии), пациента необходимо предупредить о том, что терапия инсомнии – это длительный процесс. Однако большинство

пациентов отмечают быстрый позитивный результат.

Заключение

Таким образом, лечение должно назначаться индивидуально в зависимости от природы и тяжести симптомов, а начинать его следует после того, как все возможные причины нарушений сна выявлены и по возможности устранены. Степень значимости этиотропных (влияние на причину нарушений сна) или симптоматических (влияние непосредственно на сон) методов воздействия определяется не только относительной степенью выраженности расстройств сна по отношению к другим синдромам, но и вариантом инсомнии.

Приоритетным в лечении инсомнии следует считать использование безлекарственных методов. К медикаментозной терапии следует обращаться в случае неэффективности нефармакологической коррекции. Начинать медикаментозное лечение предпочтительнее с растительных снотворных и гомеопатических средств и препаратов мелатонина. Эти лекарственные средства являются препаратами выбора для детей, при психофизиологической инсомнии и псевдоинсомнии, а также инсомнии при нарушении гигиены сна, когда назначение снотворных препаратов не представляется оправданным и даже противопоказано. Они умеренно эффективны в отношении других форм инсомнии, создают наименьшие проблемы для принимающих их пациентов и легко могут быть отменены в дальнейшем.

Начинать сразу с медикаментозного лечения следует при вторичных инсомниях, адаптационной инсомнии и в случаях, когда важна быстрота наступления эффекта. Для длительного применения в качестве снотворных средств без риска развития привыкания и зависимости рекомендованы антидепрессанты с седативным эффектом и препараты мелатонина. При хронической инсомнии следует выбирать нелекарственные методы лечения, среди которых ведущими являются различные формы психотерапии. *



Литература

1. International classification of sleep disorders: Diagnostic and coding manual. 2nd ed. Westchester, Illinois: American Academy of Sleep Medicine, 2005. 298 p.
2. Kripke D.F., Garfinkel L., Wingard D.L. et al. Mortality associated with sleep duration and insomnia // Arch. Gen. Psychiatry. 2002. Vol. 59. № 2. P. 131–136.
3. Hausser-Hauw C., Fleury B., Scheck F. et al. Effect on sleep architecture and residual effect of a dose of 15 mg of Doxylamine in healthy volunteers // Sep. Hop. Paris. 1995. Vol. 71. № 23–24. P. 742–750.
4. Mendelson W.B. A review of the evidence for the efficacy and safety of trazodone in insomnia // J. Clin. Psychiatry. 2005. Vol. 66. № 4. P. 469–476.
5. Olde-Rikkert M.C., Rigaudo A.S. Melatonin in elderly patients with insomnia: a systematic review // Z. Gerontol. Geriatr. 2001. Vol. 34. № 6. P. 491–497.
6. Левин Я.И., Тхостов А.И. и др. Клинико-психологические факторы эффективности лечения больных инсомнией препаратом Клостерфран Мелисан // Эффективная фармакотерапия. Неврология и психиатрия. 2011. № 5. С. 28–32.
7. Stepanski E.J., Wyatt J.K. Use of sleep hygiene in the treatment of insomnia // Sleep Med. Rev. 2003. Vol. 7. № 3. P. 215–225.
8. 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.
9. Lichstein K.L., Wilson N.M., Johnson C.T. Psychological treatment of secondary insomnia // Psychol. Aging. 2000. Vol. 15. № 2. P. 232–240.
10. 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.
11. Buckle J. Clinical Aromatherapy. 2nd ed. London: Elsevier Limited, 2004. 416 p.
12. Корабельникова Е.А. Детский сон. М.: Владос, 2008. 424 с.
13. Harsora P., Kessmann J. Nonpharmacologic management of chronic insomnia // Am. Family Physician. 2009. Vol. 79. № 2. P. 125–130.
14. Morin C.M., Bastien C., Guay B. et al. Randomized clinical trial of supervised tapering cognitive behavior therapy to facilitate benzodiazepine discontinuation in older adults with chronic // Am. J. Psychiatry. 2004. Vol. 161. № 2. 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. Principles and Practice of Sleep Medicine / Ed. by M. Kryger, T. Ross, W. Dement. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2005. P. 718.
17. Morin C.M., Hauri P.J., Espie C.A. et al. Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. An American Academy of Sleep Medicine review // Sleep. 1999. Vol. 22. № 8. P. 1134–1156.
18. Harvey A.G., Payne S. The management of unwanted pre-sleep thoughts: distraction with imagery versus general distraction // Behav. Res. Ther. 2002. Vol. 40. № 3. P. 267–277.
19. Bootzin R.R., Epstein D., Wood J.M. et al. Stimulus control treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed sleep // Case studies in insomnia / Ed. by P.J. Hauri. N.Y.: Plenum Medical Book, 1991. P. 9–28.
20. Smith M.T., Neubauer D.N. Cognitive behavior therapy for chronic insomnia // Clin. Cornerstone. 2003. Vol. 5. № 3. P. 28–40.
21. Корабельникова Е.А. Да здравствует бессонница! М., 2009. 24 с.
22. Полуэктов М.Г., Радченко О.А., Троицкая Н.Б. Эффективность применения метода поведенческой терапии детских инсомний // Тезисы докладов VI Всероссийской конференции с международным участием «Актуальные проблемы сомнологии». СПб.: Аграф, 2008. С. 74.
23. Rosen R.C., Lewin D.S., Goldberg L., Woolfolk R.L. Psychophysiological insomnia: combined effects of pharmacotherapy and relaxation-based treatments // Sleep Med. 2000. Vol. 1. № 4. P. 279–288.
24. Edinger J.D., Wohlgemuth 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.
25. 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.
26. Wigram T., Pederson I.N., Bonde L.O. A comprehensive guide to music therapy: theory, clinical practice, research and training. London: Jessica Kingsley, 2002. 381 p.

Non-pharmacologic treatment of insomnia

Ye.A. Korabelnikova

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

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

Management of insomnia includes pharmacotherapy and non-pharmacologic methods of treatment. At the start of pharmacotherapy herbal hypnotics, homeopathic medicine and melatonin preparations are preferred. Among non-pharmacologic methods psychotherapy and behavioral psychocorrection are considered most effective.

Key words: insomnia, hypnotics, sleep hygiene, psychotherapy