



Нарушения сна при психических расстройствах

А.В. Голенков

Адрес для переписки: Андрей Васильевич Голенков, golenkovav@inbox.ru

В обзорной статье обсуждаются нарушения сна при наиболее распространенных психических расстройствах (деменциях, шизофрении, депрессивных и тревожных состояниях, посттравматическом стрессовом расстройстве, неврозах). Приведен алгоритм диагностики первичных и вторичных (при психических расстройствах) инсомний. Описаны полисомнографические корреляты нарушений сна, которые в большинстве случаев неспецифичны, за исключением депрессивных состояний. Приведены рекомендации по лечению. Автор заключает, что нарушения сна являются предиктором хронического течения психических расстройств, свидетельствуют об их прогрессировании и нередко обусловлены негативными эффектами психофармакотерапии, несоблюдением гигиены сна или сопутствующей соматоневрологической патологией.

Ключевые слова: сон, нарушения сна, психические расстройства, деменция, шизофрения, депрессия, посттравматическое стрессовое расстройство, невроз

Введение

Нарушения сна являются весьма распространенной формой патологии [1–4]. Более 35% взрослого населения США имеют расстройства сна. От 14 до 20% страдают инсомнией, а примерно 10% –

гиперсомнией [5]. В Чувашии были исследованы особенности сна среди городского (67%) и сельского (43%) населения [1]. Среди респондентов были преимущественно женщины (69%). 20% опрошенных подтвердили

наличие у них нарушений сна «часто или постоянно», а 21%, по результатам анкетирования, имели высокий риск наличия нарушений сна. Среди лиц пожилого и старческого возраста на долю пациентов с нарушениями сна приходилось уже 32,9 и 37,4% соответственно (по данным анкетирования). Большинство людей с нарушением сна составили женщины (72%) и лица с преимущественно утренним хронотипом («жаворонки») (52,8%).

Нарушения сна могут быть не только самостоятельным состоянием, но и одним из симптомов других расстройств (психических или соматических), что в каждом конкретном случае определяется на основе клинической картины [6].

Согласно Международной классификации расстройств сна (2005) [3] выделяют первичные (на их долю приходится 10–25% всех случаев [4]) и вторичные инсомнии (вследствие психических расстройств). Алгоритм диагностики первичных и вторичных инсомний представлен на рисунке 1. Подчеркнем: для того чтобы



поставить диагноз первичной инсомнии, нужно последовательно исключить наличие тех или иных психических расстройств. По МКБ-10 [6], инсомния включает только те нарушения сна, при которых ведущими этиологическими факторами являются эмоциональные причины без идентифицированных в каких-либо рубриках физических нарушений (например, расстройств сна органической этиологии – G47). Помимо отдельной рубрики F51 «Расстройства сна неорганической природы», включающей восемь видов инсомний (табл. 1), нарушения сна входят в диагностические критерии других психических расстройств [6]:

- абстинентное состояние (синдром отмены), связанное с употреблением психоактивных веществ;
- абстинентное состояние с делирием (отсутствие сна или инверсия сна) (F10–19);
- снижение потребности во сне – гипомания/маниакальный эпизод (без психотических симптомов и с психотическими симптомами);
- нарушения сна – депрессивный эпизод (без психотических симптомов и с психотическими симптомами) (F30–39);
- кошмарные сновидения как симптом посттравматического стрессового расстройства;
- нарушения сна как симптом неврастения;
- деперсонализация (агнозия) сна как одно из проявлений синдрома деперсонализации – дереализации (F40–49).

По данным М. Ohayon, около 50% нарушений сна связано с психическими расстройствами [5, 7]. В сомнологии больше всего исследований особенностей нарушения сна проведено при таких психических расстройствах, как неврозы, тревожные расстройства, посттравматические психические расстройства, депрессивные состояния, шизофрения, нейродегенеративные (ослабляющие) заболевания [4, 8–11].

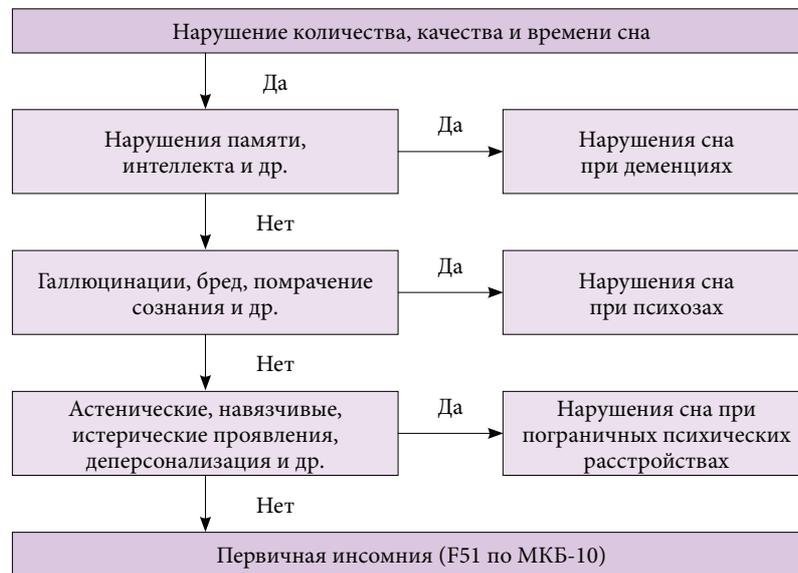


Рис. 1. Алгоритм диагностики нарушений сна при психических расстройствах

Нарушения сна при ослабляющих заболеваниях (деменциях)

Для деменции прежде всего характерны нарушения памяти, мышления, интеллекта вследствие органического поражения головного мозга. Диагноз ставится при условии, что продолжительность вышеназванных расстройств составляет не менее шести месяцев. Нарушения сна наблюдаются у 25% больных с легкой и умеренной степенью деменции и у 50% – с выраженной и тяжелой [4]. Предполагается, что при деменциях нарушения сна обусловлены поломкой биологических часов (дегенерация ядер Мейнерта, супрахиазмальных ядер гипоталамуса),

гормональными нарушениями, а также снижением уровня мелатонина в плазме крови и изменением ритма внутренней температуры тела.

Самой частой причиной деменции в пожилом возрасте является болезнь Альцгеймера [9], которая нередко сопровождается выраженной дремотой в течение всего дня, трудностями засыпания (невозможность уснуть), частыми ночными пробуждениями, слишком ранним пробуждением утром. На этом фоне могут возникать состояния спутанности сознания (делириозоподобные состояния) с ажитацией и ночным хождением. Среди других нарушений сна можно выделить синдром обструк-

Таблица 1. Расстройства сна неорганической природы (по МКБ-10)

Код	Нозология
F51.0	Бессонница неорганической этиологии
F51.1	Сонливость (гиперсомния) неорганической этиологии
F51.2	Расстройство режима сна и бодрствования неорганической этиологии
F51.3	Снохождение (сомнамбулизм)
F51.4	Ужасы во время сна (ночные ужасы)
F51.5	Кошмары
F51.8	Другие расстройства сна неорганической этиологии
F51.9	Расстройство сна неорганической этиологии неуточненное



тивного апноэ сна (встречается намного чаще, чем в общей популяции); уменьшение количества эпизодов быстрого сна в течение ночи; снижение количества быстрых движений глаз (у 1 из 15 больных); быстрый сон без атонии (встречается в три раза чаще, чем в популяции). Выраженность всех этих нарушений коррелирует с уровнем интеллектуально-мнестического снижения [4].

При других ослабляющих заболеваний имеются схожие нарушения сна. Так, при болезни Паркинсона частота нарушения сна увеличивается с прогрессированием деменции, пациенты могут страдать галлюцинациями (психозами) с нарушениями сна, особенно на фоне применения препаратов леводопы. При деменции с тельцами Леви 50% больных спят днем (инверсия сна). По данным полисомнографических исследований, у 73% больных снижена эффективность сна, 88% имеют патологический индекс дыхательных расстройств, 74% – периодические движения конечностей во сне без пробуждения. Эти изменения считаются относительно специфичными и иногда используются при дифференциальной диагностике. При сосудистой деменции нарушения сна обычно выражены в большей степени, чем при болезни Альцгеймера. Преобладает плохое качество сна, ночные пробуждения, нарушение цикла «сон –

бодрствование». Для болезни Гентингтона характерна инверсия сна. Кроме того, по данным полисомнографических исследований, увеличивается латенция сна, снижается его эффективность, регистрируются частые ночные пробуждения и периодические движения конечностей во сне [4].

В ряде случаев сон может нарушаться при приеме холинотропных препаратов (ингибиторы холинэстеразы и др.), которые широко назначаются пациентам с деменцией в максимально переносимых дозах на длительный срок.

Лечение нарушений сна при деменциях начинается с нормализации гигиены сна (запрет на сон днем, повышение физической активности, исключение кофеина и алкоголя), выявления и лечения сомато-неврологических заболеваний (прежде всего проявляющихся болевым синдромом). Из медикаментозных препаратов используются тразодон или хлоралгидрат (включая таблетки), небольшие дозы атипичных нейролептиков (рисперидон, кветиапин, оланзапин) или тимостабилизаторов (карбамазепин). Эти же препараты показаны при ночной ажитации и хождении. Применение бензодиазепинов, других групп гипнотиков, нейролептиков с седативным действием нежелательно, поскольку они ухудшают когнитивные расстройства и вызывают (усиливают) дневную сонливость.

При циркадианных нарушениях сна и бодрствования целесообразно использовать препараты мелатонина, а в ряде случаев эффективной бывает фототерапия. При синдроме беспокойных ног назначают дофаминергические препараты (прамипексол, бромкриптин). Однако они могут вызывать инсомнию и психотические нарушения. При чрезмерной дневной сонливости показаны низкие дозы психостимуляторов (адамантилбромфениламин) короткими курсами [4, 12, 13].

Нарушения сна при шизофрении (психозах)

Шизофрения является типичным представителем группы психозов

(составляет 52,4% в диагностической структуре этого контингента больных [9]). Клиническая картина этого психического расстройства характеризуется значительным полиморфизмом, выраженными и стойкими нарушениями сна. С развитием (обострением) психотических расстройств в первую очередь затрудняется засыпание, пациент часто пробуждается, уменьшается общее время сна. В ремиссии также нередко наблюдается инверсия сна (сон днем и невозможность уснуть ночью), которая коррелирует с жалобами на его качество (неугомонность и ажитация, гипнагогические галлюцинации и ночные кошмары). Субъективное качество сна связано со снижением качества жизни и выбором неадекватных копинг-стратегий.

Резидуальные инсомнии наблюдаются в 16–30% случаев на фоне психофармакотерапии, что обусловлено нарушением гигиены сна больными шизофренией. Для этих больных также характерны случаи раннего утреннего пробуждения и нарушения сна, связанные с движениями во сне (в два раза чаще, чем в общей популяции). Нарушения дыхания во сне встречаются у 17–48% больных вследствие развития ожирения на фоне лечения и изменения привычного образа жизни.

Антипсихотики первого поколения вызывают побочные двигательные нарушения у 13–14% больных. Нередко нарушения сна развиваются на фоне постпсихотической депрессии. Гиперсомния является частым (24–31%) побочным эффектом психофармакотерапии шизофрении. Парасомнии (сомнамбулизм) у больных шизофренией могут провоцироваться приемом препаратов лития в сочетании с нейролептиками [4].

Полисомнографическая картина для этой формы психических расстройств неспецифична.

Лечение нарушения сна при шизофрении опирается на дифференцированные и рациональные подходы к выбору психотропных средств (нейролептиков). Диагноз

Около 50% нарушений сна связано с психическими расстройствами.

В большей степени изучены особенности нарушения сна при таких психических расстройствах, как неврозы, тревожные расстройства, посттравматические психические расстройства, депрессивные состояния, шизофрения, нейродегенеративные (ослабляющие) заболевания.



шизофрении нужно дифференцировать с нарколепсией, которая может манифестировать с выраженными галлюцинаторных проявлений.

Нарушения сна при депрессиях

Депрессия является второй по частоте встречаемости после тревожных расстройств психической патологией. Депрессией в течение жизни страдает 16,2% населения, в течение последнего года – 6,6% [4]; женщины – примерно в два раза чаще мужчин [9]. Выделяют легкие, умеренно выраженные и тяжелые депрессивные расстройства (эпизоды), а также биполярные аффективные расстройства и рекуррентные депрессивные расстройства. Развитие нарушения сна весьма характерно для депрессивных состояний (50%). Считается, что связь нарушения сна с депрессией весьма сильная. Так, длительно не леченная депрессия вызывает нарушения сна, а последние в свою очередь – депрессивное состояние. В клинике только 1–2,1% депрессивных больных не предъявляют жалоб на плохой сон [4, 8]. Нарушения сна могут быть не только первым симптомом депрессии, но и нередко предиктором хронического течения этого психического расстройства (при увеличении или сокращении сна на три и более часа). Нарушения сна как резидуальные расстройства сохраняются у 44% больных с выраженной (тяжелой) депрессией.

Нарушения сна при депрессии включают трудности засыпания, частые ночные пробуждения, раннее утреннее пробуждение, сон, не приносящий отдыха, частые, кошмарные (тревожные) сновидения. Инсомния, гиперсомния или оба этих нарушения наблюдаются у 75% больных с выраженной (тяжелой) депрессией [4].

Полисомнографические находки при депрессии считаются довольно специфичными:

- увеличение времени засыпания;
- увеличение времени бодрствования в период сна;
- уменьшение общей продолжительности сна;

- дефицит медленного сна;
- уменьшение его продолжительности;
- уменьшение доли медленного сна в общей продолжительности сна;
- редукция латентности быстрого сна;
- увеличение продолжительности его первого периода;
- увеличение числа быстрых движений глаз;
- увеличение удельного веса быстрого сна;
- увеличение доли быстрого сна в общем времени сна.

В качестве первой линии терапии при депрессиях выступают антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) (флуоксетин, пароксетин, сертралин и др.) – они безопасны и имеют минимум побочных эффектов в сравнении с трициклическими антидепрессантами и ингибиторами моноаминоксидазы. Однако иногда они сами могут вызывать нарушения сна. В таких случаях показаны тразодон, трициклические антидепрессанты – при неэффективности СИОЗС и при наличии алгических синдромов (головная боль). Ингибиторы моноаминоксидазы применяют при гиперсомнии, повышении аппетита. При резистентных депрессивных состояниях могут быть использованы электросудорожная терапия, антипсихотики (второе поколение нейролептиков, таких как рисперидон, оланзапин, кветиапин и др.), тимостабилизаторы (карбамазепин). В ряде случаев эффективно одновременное назначение антидепрессантов и современных гипнотиков (зопиклон, золпидем) или лоразепама [12]. Нефармакологическое лечение нарушения сна включает психотерапию (когнитивную и интерперсональную), фототерапию (при сезонных депрессиях), депривацию сна (частичную и тотальную).

Нарушения сна при тревожно-фобических расстройствах

Тревожно-фобические расстройства – самая распространенная

Для лечения нарушений сна при предболезненных расстройствах психического здоровья можно рекомендовать блокатор H_1 -подтипа гистаминовых рецепторов доксиламин (Донормил), который оказывает седативное и снотворное действие. Донормил улучшает качество сна, увеличивает его продолжительность, не нарушает физиологическую структуру сна.

форма психической патологии. Этими психическими расстройствами страдают 28,8% взрослого населения, 18% переносят их в течение года [4]. Как правило, тревожно-фобические расстройства наблюдаются у женщин, дебютируя либо в подростковом возрасте, либо в 20 с небольшим лет. Две трети больных тревожно-фобическими расстройствами сообщают об умеренных или тяжелых нарушениях сна, среди которых преобладают трудности засыпания, ночные пробуждения с паническими атаками, сон без отдыха. Нарушения сна часто сочетаются с делириозными состояниями, ажитацией и ночными блужданиями. Нарушения сна и депривация сна могут утяжелять состояние, приводить к учащению панических атак [4]. При проведении полисомнографии наблюдаются снижение эффективности сна и его продолжительности, эпизоды «паралича сна». У 50% больных панические атаки сопровождаются частыми пробуждениями, которые обычно происходят во второй и третьей стадиях сна, расстройства сна при панических атаках могут сопровождаться неприятными сновидениями [4]. Среди патогенетических механизмов развития нарушений сна при тревожно-фобических расстройствах выделяют нарушение работы биологических часов супрахиазмальных



Таблица 2. Нарушения сна при неврозах*

Нарушения сна	Неврастения, %	Истерический невроз, %	Невроз навязчивых состояний, %	Депрессивный невроз, %
Трудности засыпания	62,5	46,1	50,0	57,1
Пробуждения ночью	50,0	61,5	25,0	14,3
Поверхностный сон	31,1	30,8	–	71,4
Кошмарные сновидения	37,5	61,5	100,0	57,1
Затрудненное утреннее пробуждение	43,8	30,8	25,0	71,4
Отсутствие отдыха после сна	18,7	15,4	25,0	57,1
Дневная сонливость	43,8	38,5	75,0	14,3
Парасомнии	6,2	53,8	50,0	–
Ночные страхи	–	15,4	75,0	–
Боязнь не уснуть	12,5	38,5	100,0	–

* Адаптировано по [14].

ядер гипоталамуса и продукции мелатонина уже в ранних преклинических стадиях этого расстройства.

Для лечения нарушений сна при тревожно-фобических расстройствах используются трициклические антидепрессанты. Терапия направлена на купирование панических атак (во время сна и в бодрствовании после пробуждения), устранение вторичных страхов, включая «боязнь сна». Из лекарственных средств рекомендовано использование селективных и двойных ингибиторов обратного захвата серотонина (флуоксетин, пароксетин, сертралин и др.), а в ряде случаев – трициклических антидепрессантов и ингибиторов моноаминоксидазы. Данная терапия особенно эффективна при панических атаках (при наличии агорафобии и без таковой). Весьма эффективны могут быть бензодиазепины (алпразолам, клоназепам), бета-адреноблокаторы (пропранолол), антигистаминные препараты. Имеются сведения, что гипнотик зопиклон не только улучшает сон,

но может купировать тревожно-фобические расстройства в течение всего дня. Нередко для коррекции нарушения сна при этих расстройствах с успехом используется когнитивно-поведенческая психотерапия [4].

Нарушения сна при посттравматических психических расстройствах

Согласно МКБ-10 посттравматические психические расстройства представляют собой отставленную или затяжную реакцию на стрессовое событие, угрожающее психической или физической целостности личности и приводящее к постоянному психологическому дистрессу и резкому изменению социального статуса и окружения. Наиболее часто это психическое расстройство наблюдается у ветеранов боевых действий, причем нарушения сна являются одним из важных его признаков. Многие пациенты предъявляют жалобы на низкое качество сна (сон, не приносящий восстановления, бодрости), затрудненное засыпание, частые

пробуждения, сокращение общего времени сна, повышенную двигательную активность во сне, патологические вегетативные и активационные проявления во сне. Патогномичными нарушениями сна при посттравматических психических расстройствах являются повторные кошмарные и тревожные сновидения, которые человек часто вспоминает после пробуждения.

Характерными нейрофизиологическими признаками нарушения сна при посттравматических психических расстройствах являются фрагментация быстрого сна, увеличение его плотности, повышенное число ЭЭГ-активаций, увеличение времени бодрствования в период сна.

Коррекция нарушений сна при посттравматических психических расстройствах у ветеранов боевых действий включает психотерапию (когнитивно-поведенческую, фиксированную на травме, групповую), физиотерапию (электросон), медикаментозное лечение (антидепрессанты, нейролептики и их сочетания, с минимальными побочными эффектами, особенно в отношении архитектуры сна) и терапию с помощью биологической обратной связи. Для достижения эффекта рекомендуется сочетать указанные методы [10].

Нарушения сна при неврозах

Невротические расстройства в структуре пограничных психических расстройств составляют 26,4%, уступая по частоте только непсихотическим органическим психическим расстройствам [9]. В свою очередь нарушения сна могут наблюдаться у 95% больных с неврозами [14]. Согласно концепции Б.Д. Карвасарского невроз – это психогенное (конфликтное) психическое расстройство, которое возникает в результате нарушения особенно значимых жизненных отношений человека. Диагностика неврозов правомерна, если определяются следующие факторы (А.М. Вейн): 1) наличие психотравмирующей ситуации;



2) наличие невротических особенностей личности и недостаточность психологической защиты;
3) выявление характерного типа невротического конфликта;
4) выявление невротических симптомов, характеризующихся большой динамичностью и связанных с уровнем напряжения психологического конфликта. Указанные причины психических расстройств довольно подробно обсуждаются в национальном руководстве по психиатрии (2009) [9].

По данным В.Я. Семке, нарушения сна возникают на любом этапе течения психических расстройств. В 40% случаев преобладает одновременное развитие нарушения сна с другими симптомами психических расстройств, в 46,9% – наблюдается так называемая вторичная инсомния (без психических расстройств), а 13,1% случаев приходится на первичную инсомнию [14].

Ведущими нарушениями сна (> 50% случаев) при невращении являются трудности засыпания и пробуждения ночью; истерическом неврозе – кошмарные сновидения, пробуждения ночью и парасомнии; неврозе навязчивых состояний – боязнь не уснуть, кошмарные сновидения, ночные страхи, дневная сонливость; депрессивном неврозе – поверхностный сон, затрудненное утреннее пробуждение, трудности засыпания, кошмарные сновидения, отсутствие чувства отдыха после сна (табл. 2).

Нарушениям сна при неврозах в 68,9% случаев свой-

ственна стабильная динамика с волнообразным типом течения, в 13,3% – прогредиентное и в 17,8% – ремиттирующее течение. В генезе нарушений сна наиболее значимыми являются межличностные конфликты, стрессы, психоэмоциональные нагрузки, а также психастенические и истерические черты характера, при этом страдают лица с преимущественным вечерним хронотипом («совы») (41,5%) [14].

Для коррекции нарушений сна при психических расстройствах невротического характера используют транквилизаторы, антидепрессанты и психотерапию, которые являются основными методами лечения неврозов. При выборе гипнотика необходимо учитывать хронотип больного [12].

Нарушения сна как побочный эффект психофармакотерапии

Известно, что психотропные препараты могут не только улучшать, но и нарушать сон. В таблице 3 приведена распространенность этих нарушений. Новое поколение психотропных средств вызывает значительно меньше побочных нарушений, нежели классические («старые») препараты. Однако почти все они в той или иной степени разнонаправленно изменяют архитектуру сна, увеличивая или уменьшая его продолжительность, время бодрствования в период сна, представленность различных стадий сна, время засыпания, соотношение медленного/быстрого сна и др. Эти обстоятельства необходимо учитывать при лечении нарушения сна и по-

возможности контролировать структуру сна (гипнограмму) с помощью полисомнографии.

Кроме пограничных психических расстройств наблюдается большая группа так называемых предболезненных нарушений психического здоровья, для которых характерны эпизодические и кратковременные нарушения сна длительностью от одной до трех недель [5, 12]. Это в первую очередь реакции (кратковременный ответ на какую-либо ситуацию или внешнее воздействие [15]), нозогении (психические расстройства, возникающие вследствие осознания угрозы для существования, исходящей от соматического заболевания как такового [13]) и соматогении (психические расстройства, возникающие при заболеваниях внутренних органов в результате непосредственного воздействия соматической вредности на центральную нервную систему [13]), реакции на госпитализацию в стационар или выписку из стационара. Для лечения нарушений сна при этих предболезненных расстройствах психического здоровья, по нашему мнению, весьма подходит блокатор H₁-подтипа гистаминовых рецепторов доксиламин (Донормил). Он оказывает седативное и снотворное действие. Период полувыведения препарата составляет 10 часов. Рекомендуется принимать одну таблетку за 15–30 минут до сна. Препарат назначается, как правило, на два-пять дней. Препарат может применяться во время беремен-

Таблица 3. Нарушения сна, возникающие на фоне психофармакотерапии, и их частота*

Нарушения сна	Нейролептики	Антидепрессанты	Транквилизаторы	Нормотимики
Инсомнии	4–30%	2–25%	–	0–10%
Расстройства дыхания во сне	17–48%	–	+	+
Гиперсомнии	12–52%	5–49%	+	5–27%
Расстройства движений во сне	Большинство препаратов	–	–	–
Парасомнии	В сочетании с другими группами психотропных средств, особенно солями лития и нейролептиками			

* Адаптировано по [4].



ности (инструкция по медицинскому применению препарата Донормил). Огромным преимуществом Донормила является отсутствие формирования зависимости и синдрома отмены при длительном применении [16]. Донормил улучшает качество сна, увеличивает его продолжительность, не нарушает физиологическую структуру сна [16].

Заключение

Таким образом, проведенный обзор литературы демонстрирует актуальность изучения нарушения сна при психических расстройствах. Сомнологи в первую очередь должны рассматривать психические расстройства как ведущую причину нарушения сна. При психофармакотерапии психических расстройств серьез-

ной проблемой становятся стойко сохраняющиеся нарушения сна даже на фоне достижения ремиссии. Эти нарушения могут быть следствием нерациональной терапии психических расстройств, а также проявлением резидуальной симптоматики, способствующей хронизации психического состояния и снижению качества жизни больных. *

Литература

1. Голенков А.В., Полуэктов М.Г. Распространенность нарушений сна у жителей Чувашии (данные сплошного анкетного опроса) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2011. № 6. С. 64–67.
2. Голенков А.В., Полуэктов М.Г. Особенности и нарушения сна в пожилом и старческом возрасте // Клиническая геронтология. 2012. № 7–8. С. 8–13.
3. Сомнология и медицина сна. Избранные лекции / под ред. Я.И. Левина, М.Г. Полуэктова. М.: Медфорум, 2013.
4. Principles and practice of sleep medicine / ed. by M.H. Kryger, T. Roth, W.C. Dement. 5th ed. St. Louis: Saunders, 2010.
5. Ohayon M.M. Observation of the natural evolution of insomnia in the American general population cohort // Sleep Med. Clin. 2009. Vol. 4. № 1. P. 87–92.
6. Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. М.: Триада-Х, 1999.
7. Ohayon M.M., Reynolds C.F. 3rd. Epidemiological and clinical relevance of insomnia diagnosis algorithms according to the DSM-IV and the International Classification of Sleep Disorders // Sleep Med. 2009. Vol. 10. № 9. P. 952–960.
8. Голенков А.В., Полуэктов М.Г., Орлов Ф.В. Связь нарушений сна с депрессией и тревогой у лиц пожилого возраста // Психическое здоровье. 2012. № 8. С. 30–33.
9. Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
10. Пудиков И.В. Нарушения сна у ветеранов боевых действий при посттравматическом стрессовом расстройстве: диагностика и лечение. Информационно-методическое пособие. Самара: БМВ и К, 2013.
11. Sleep disorders // Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4th ed. Washington: APA, 2000. P. 597–661.
12. Аведисова А.С. Терапия расстройств сна. Современные подходы к назначению гипнотиков. 3-е изд. М.: МИА, 2008.
13. Психические расстройства в клинической практике / под ред. А.Б. Смулевича. М.: МЕДпресс-информ, 2011.
14. Семке В.Я. Сомнология – новое направление в превентивной психиатрии // Превентивная психиатрия. Томск: Изд-во Томского ун-та, 1999. С. 255–265.
15. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. 6-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2008.
16. Schadeck B., Chelly M., Amsellem D. et al. Comparative efficacy of doxylamine (15 mg) and zolpidem (10 mg) for the treatment of common insomnia. A placebo-controlled study // Semaine Des Hopitaux. 1996. Vol. 72. № 13–14. P. 428–439.

Sleep disturbances in mental disorders

A.V. Golenkov

I.N. Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary

Contact person: Andrey Vasilyevich Golenkov, golenkovav@inbox.ru

In this article sleep disturbances in most common mental illnesses (dementias, schizophrenia, depression, anxiety, posttraumatic stress disorder) are discussed. Author proposes algorithm of diagnosis for the primary and secondary (in structure of mental disorders) insomnias. Polysomnographic correlates of disordered sleep in most cases are nonspecific, except depression. Treatment recommendation are discussed. Author conclude that sleep disorders could be predictors of chronic course of mental diseases, argue to its progression and sometimes occur due to side effects of psychopharmacotherapy, sleep hygiene neglect or concomitant medical pathology.

Key words: sleep, sleep disturbance, mental disorders, dementia, schizophrenia, depression, posttraumatic stress disorder, neurosis