

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.836-06:616.891]-07

Л. Г. Морозова<sup>1</sup>, Е. И. Рассказова<sup>2</sup>, С. И. Посохов<sup>1</sup>, Г. В. Ковров<sup>1</sup>

## РЕЖИМ СНА В РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ИНСОМНИЕЙ

<sup>1</sup>Отдел патологии вегетативной нервной системы Научно-исследовательского центра  
Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова;

<sup>2</sup>Московский государственный университет им. М. В. Ломоносова

*Исследована взаимосвязь режима сна и клиничко-психологического состояния в период бодрствования. Под наблюдением находились 90 больных с психофизиологическим синдромом, у 66 из которых была выявлена психофизиологическая инсомния. Методы исследования включали валидизированные тесты. Нарушения сна отмечены у 2/3 больных с психофизиологическим синдромом. Больные с нарушениями сна отмечают более выраженные жалобы на вегетативные расстройства и изменения в психоэмоциональной сфере.*

*У пациентов без расстройств сна психофизиологический синдром имеет слабую степень выраженности, а активность жалоб пациентов на плохой сон не связана с увеличением вегетативной дисфункции. У пациентов с инсомнией отмечается нарушение гигиены сна.*

**Ключевые слова:** инсомния, психофизиологическая инсомния, сон, бодрствование, дневник сна, психофизиологический синдром, экспертиза.

### SLEEP REGIMEN DURING REHABILITATION IN PATIENTS WITH INSOMNIA

L.G.Morozova, E.I.Rasskazova, S.I.Posokhov, G.V.Kovrov

*The correlation between sleep and clinic-psychological condition of people during wake has been proved. In 90 examined patients with psychophysiological syndrome, 66 have shown to have psychophysiological insomnia. Sleep disturbance has been diagnosed in 2/3 patients with psychophysiological syndrome. Patients with sleep disturbance have noticed more expressed on vegetative disturbances and changes in the psychoemotional sphere. In patients without sleep disturbance have low degree of expression and complaints on the bad sleep are not linked with the increase of vegetative dysfunction. In patients with insomnia sleep hygiene disturbance has been noticed.*

**Key words:** insomnia, psychophysiological insomnia, sleep, wake, sleep diary, psychovegetative syndrome, examination.

Актуальность исследования качества сна и бодрствования у больных с инсомнией определяется высокой распространенностью нарушений сна и вегетативных расстройств в популяции, а также их тесной взаимосвязью [1, 2]. В последней Международной классификации расстройств сна [13] инсомния определяется как проблема засыпания, поддержания сна с ночными или ранними пробуждениями в сочетании с отсутствием ощущения восстановления после сна и нарушением функционального состояния человека в дневное время. Понимание особенностей взаимосвязи жалоб на нарушение сна и ухудшение качества бодрствования позволяет углубить знание механизмов дезадаптации больных с психофизиологическим синдромом, отягощенным инсомнией [3]. Наиболее распространенной формой бессонницы является психофизиологическая инсомния, возникающая, как правило, на фоне стрессорных ситуаций; ее распространенность достигает 1—2% в популяции и 12—15% у пациентов [12], посещающих специалистов или обращающихся в специализированные сомнологические центры. Взаимосвязь клинических проявлений нарушений сна и функционирования в период бодрствования у больных с психофизиологической инсомнией остается не до конца изученной [9, 10, 12].

Целью настоящей работы было исследование взаимосвязи режима сна и клиничко-психологического состояния бодрствования у больных с психофизиологическим синдромом, отягощенным инсомнией.

**Материал и методы.** Обследованы 90 больных, направленных из поликлиники на стационарное лечение в неврологическое отделение с диагнозом: синдром вегетативной дистонии (МКБ 10, G90.8). Больные предъявляли жалобы на головную боль (42%), головокружение несистемного характера (20%), ощущение сердцебиения (57%), общее беспокойство (35%), утомляемость (64%), общую слабость (48%) и др. В исследование не были включены больные с психическими заболеваниями, а также с тяжелыми соматическими и неврологическими расстройствами. Больные были консультированы психиатром, который среди обследованных не выявил больных с психическими заболеваниями. В дальнейшем обследованные были разделены на 3 группы. Критерием отбора в ту или иную группу служила субъективная оценка больными своего сна. Если пациент не предъявлял жалоб на плохой сон, его включали в 1-ю группу — группу сравнения. Группу сравнения составили 23 больных (9 женщин и 14 мужчин, средний возраст 44,4 года) с психофизиологическим синдромом легкой степени без нарушений сна. Если пациент не предъявлял активно жалоб на сон, но при целенаправленном расспросе отмечал нарушения сна, отвечающие критериям психофизиологической инсомнии, то его включали в группу неактивно жалующихся — 2-ю. В группу неактивно жалующихся вошло 33 больных (28 женщин и 5 мужчин, средний возраст 49,6 года). Если пациент предъявлял активно жалобы на нарушения сна, его включали в группу активно жалующихся — 3-ю. Эту группу составили 33 больных (27 женщин и 6 мужчин, средний возраст 48,6 года; табл. 1).

При обследовании использовали разработанный нами клинический опросник нарушений сна, включающий 33 вопроса, касающихся жалоб и анамнеза нарушений сна, методику для оценки самочувствия, активности настроения (САН) [5], анкету Индекс тяжести инсомнии (ISI) [5], опросник субъективных представлений пациента о влиянии нарушений сна на качество жизни (DBAS-16), госпитальную шкалу тревоги и депрессии [5], анкету

Таблица 1

## Сравнительная характеристика исследуемых групп

Показатель	Группа		
	1-я (группа сравнения)	2-я (неактивные жалобы)	3-я (активные жалобы)
Пол:			
женщины	9	28	27
мужчины	14	5	6
Возраст, годы	44,4	49,6	48,6
Боязнь не заснуть, %	5	18	49*
Нарушение засыпания, %	0	16	55*
Ночные пробуждения, %	0,5	1,7	1,92*
DBAS-16, баллы	38	81,2	100,5*
ISI, баллы	4,3	13,5	16,5*
СВД, баллы	19,5	42	39*
Тревога, баллы	6,0	10,1	8,8*
Депрессия, баллы	6,1	8,3	7,6 <sup>†</sup>
Снижение памяти, %	7	32	24*
Снижение внимания, %	7	60	62*
Самочувствие утром, баллы	4,7	3,9	4,1*
Активность утром, баллы	3,1	4,1	4,1*
Общее беспокойство, %	5	35	37*
Снижение энергии, %	19	47	62*
Вялость, %	5	29	34*
Сонливость, %	31,8	25	46 <sup>†</sup>
Головная боль, %	28	54	50
Утомляемость, %	39	81	75*
Сердцебиение, %	30	72	69

Примечание. \* —  $p < 0,05$ ; <sup>†</sup> —  $p < 0,1$ .

для оценки состояния вегетативной нервной системы [3], тест на память (запоминание 10 слов) [6], оценку внимания (корректируемую пробу) [6], дневник сна [11], который больные заполняли утром после сна в течение недели. Полученные данные были обработаны с помощью статистического пакета Statistica v. 5.5 с использованием описательной статистики, непараметрических методов сравнения, критерия Фишера и корреляционного анализа.

**Результаты и обсуждение.** Сравнительный анализ субъективных характеристик сна по 3 группам представлен в табл. 2.

У больных с инсомнией (2-я и 3-я группы) отмечено увеличение времени пребывания в постели и более раннее укладывание в постель, что свидетельствует о нарушении гигиены сна у этих пациентов. Они предъявляют жалобы на более длительное засыпание и большее количество ночных пробуждений, на основании чего можно предположить, что чем больше человек с нарушениями сна удовлетворен своим сном, тем меньше продолжительность засыпания и меньше количество ночных пробуждений, а также более стабилен сон от одного дня к другому.

Сравнение субъективной оценки сна и бодрствования у больных с инсомнией и из группы сравнения представлена в табл. 3.

Оказалось, что круг жалоб у больных с инсомнией определяется проблемами, связанными как со сном, так и с бодрствованием. Несмотря на то что вегетативная дисфункция у больных во 2-й и 3-й группах не различалась, в 3-й группе достоверно реже отмечались жалобы на эпизоды покраснения лица (только у 28%) и побледнение кистей рук (у 22%). В дальнейшем использовали корреляционный анализ для выявления взаимосвязей нарушений сна и бодрствования у больных с инсомнией отдельно во 2-й и 3-й группах.

Корреляционный анализ данных 2-й группы представлен в табл. 4.

Корреляционная связь между показателями дневника сна и качества жизни в группе хорошо спящих испытуемых — ХСИ (менее 10 баллов по индексу тяжести инсомнии) и в группе испытуемых с нарушением сна — ИНС (10 баллов и более по индексу тяжести инсомнии) соответственно представлена в табл. 5 и 6.

В табл. 7 и 8 указаны корреляции стандартных отклонений (как показателя стабильности/нестабильности) показателей дневника сна и методик оценки психологических факторов сна и качества жизни в группах ХСИ и ИНС соответственно.

Интересно, что в группе ХСИ показатели дневника сна не связаны с индексом тяжести сна и их дисперсией, тогда как в группе ИНС они практически повторяют друг друга (многие показатели корреляции превышают 0,7) и тесно связаны со стабильностью показателей сна в течение 7 дней. С одной стороны, это может быть вызвано меньшим разбросом данных в группе ХСИ. С другой стороны, можно предположить, что в группе ХСИ реже расценивают ситуативное ухудшение сна и

Таблица 2

## Субъективные характеристики сна (по дневникам сна) у больных с инсомнией и без нее

Показатель	Группа		
	1-я (группа сравнения)	2-я (неактивные жалобы)	3-я (активные жалобы)
Время подъема утром	7 ч 25 мин <sup>†</sup>	7 ч 30 мин <sup>†</sup>	7 ч 55 мин
Общее время сна	7,64 (7 ч 40 мин)	7,83 (7 ч 50 мин)	8,14 (8 ч 13 мин)
Эффективность сна	92,8**	90,3	88,9
Субъективное качество сна	4,91*	3,64**	2,91
Субъективная длительность засыпания	10,2*	22,2	26,6
Количество ночных пробуждений	0,57*	2,27	2,64
Средняя длительность засыпания после ночных пробуждений	4,26*	20,4	20,1
Время, проведенное в постели	8 ч 17 мин <sup>†</sup>	9 ч 00 мин**	9 ч 15 мин*

Примечание. \* —  $p < 0,05$  (между 1-й и 2-й и 1-й и 3-й группой), \*\* —  $p < 0,05$  (между 2-й и 3-й группой); <sup>†</sup> —  $p < 0,1$ .

Таблица 3

**Сравнительная характеристика больных с инсомнией и без нее**

Показатель	Группа	
	1-я (группа сравнения)	2-я и 3-я (с инсомнией)
Пол, %:		
женщины	38	90
мужчины	62	10*
Возраст, годы	44,4	48,6
Боязнь не заснуть, %	5	49*
Нарушение засыпания, %	0	55*
Поверхностный сон, %	5	28*
Ночные пробуждения, %	0,5	8*
DBAS-16, баллы	38	100* (норма меньше 80)
ISI, баллы	4,3	16,4*
Бодрствование		
СВД, баллы	19,5	39,6*
Тревога, баллы	6,0	8,8*
Самочувствие вечером, баллы	4,8	4,0*
Активность утром, баллы	4,1	2,9*
Настроение вечером, баллы	4,8	4,1*
Активность вечером, баллы	3,1	4,1*
Общее беспокойство, %	5	37*
Снижение концентрации и внимания, %	7	62*
Снижение энергии, %	24	62
Вялость, %	5	34*
Утомляемость вечером, %	84	25*
Сонливость, %	31,8	45,6

Примечание. \* —  $p < 0,05$ .

Таблица 4

**Корреляционный анализ показателей во 2-й группе (неактивно жалующиеся)**

Показатель	Возраст	Длительность инсомнии	Количество пробуждений	DBAS-16	ISI	СВД	Тревожность	Депрессивность	Корректирующая проба	Память	Самочувствие	Активность
Возраст	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Длительность инсомнии	0,09	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Количество пробуждений	0,37	0,48**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
DBAS-16	0,11	0,08	0,19	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ISI	-0,03	0,19	0,04	0,30	—	—	—	—	—	—	—	—
СВД	-0,13	-0,04	-0,05	-0,11	0,23	—	—	—	—	—	—	—
Тревожность	-0,02	-0,05	0,29	-0,16	0,37	0,64**	—	—	—	—	—	—
Депрессивность	-0,01	0,30	0,07	0	0,05	-0,19	0,16	—	—	—	—	—
Корректирующая проба	0,05	-0,15	-0,15	-0,25	0	-0,43**	-0,21	-0,08	—	—	—	—
Память	-0,02	0,11	0,07	-0,17	-0,34	-0,52**	-0,36	0,06	0,13	—	—	—
Самочувствие	0,33	-0,34	0,19	-0,17	-0,26	-0,46*	-0,32	-0,32	0,47**	0,49**	—	—
Активность	-0,62*	0,10	-0,36*	-0,10	0,26	0,40*	0,20	0,006	-0,17	-0,24	-0,70**	—

Примечание. \* —  $p < 0,1$ ; \*\* —  $p < 0,05$ .

его нестабильность как нарушение сна, что подтверждается данными о склонности больных с инсомнией к преувеличению ситуативных ухудшений сна [5, 11].

В группе ХСИ выраженность дисфункциональных убеждений связана с продолжительностью макси-

мальной длительности пробуждений и эффективностью сна (отрицательно), но не связана с колебаниями параметров сна за 7 дней. Тем не менее выраженность дисфункциональных убеждений у человека связана с особенностями его сна, что косвенно подтверждает

Таблица 5

**Корреляция показателей дневника сна с психологическими факторами сна в группе ХСИ**

Показатель	Время засыпания	Количество ночных пробуждений	Максимальное время бодрствования при пробуждении	Общее время сна	Время, проведенное в постели	Эффективность сна
Индекс тяжести инсомнии	0,2246	0,0005	0,2297	-0,2226	-0,1419	-0,2347
Шкала дисфункциональных убеждений	0,2884	0,1470	0,4450*	0,1244	0,2848	-0,4028*
Депрессивность	0,0516	0,0053	0,1680	-0,3363@	-0,2922	-0,1113
Тревожность	0,3622@	0,0082	0,1613	-0,4641*	-0,2967	-0,4913*
Руминации перед сном	0,3569@	0,3113	0,4102*	0,2659	0,4012*	-0,3338@
Качество жизни						
здоровье	-0,2609	0,1608	-0,1400	0,2871	0,1710	0,3132
переживания	-0,1997	0,1430	-0,5323**	0,3027	0,1976	0,2955
досуг	-0,0824	0,0083	-0,2881	0,1162	0,0483	0,1679
общение	0,1855	0,0798	-0,4910*	0,1847	0,2251	-0,1186
Счастье	-0,2691	0,1095	-0,4297*	0,1466	0,0246	0,3296@

Примечание. Здесь и в табл. 6—8: @ —  $p < 0,1$ ; \* —  $p < 0,05$ ; \*\* —  $p < 0,01$ .

Таблица 6

**Корреляция показателей дневника сна с психологическими факторами сна в группе ИНС**

Показатель	Время засыпания	Количество ночных пробуждений	Максимальное время бодрствования при пробуждении	Общее время сна	Время, проведенное в постели	Эффективность сна
Индекс тяжести инсомнии	0,7895**	0,3165	0,7448**	-0,5043	0,0092	-0,7734**
Шкала дисфункциональных убеждений	0,5563*	-0,1182	0,2923	-0,7220**	-0,4599*	-0,6192**
Депрессивность	0,5996**	0,1573	0,4275@	-0,3788	0,0016	-0,5751**
Тревожность	0,0096	0,3284	0,1604	0,0121	0,3021	-0,2728
Руминации перед сном	0,5917**	0,4769*	0,6424**	-0,3350	0,2048	-0,6922**
Качество жизни						
здоровье	-0,5678**	0,2195	-0,2282	0,3880@	0,1354	0,4689**
переживания	-0,3807@	-0,0729	-0,0581	0,0241	-0,1392	0,1504
досуг	-0,3344	0,0810	-0,0230	0,5787**	0,4852*	0,3752@
общение	-0,5480*	-0,2978	-0,3374	0,1041	-0,1756	0,3404
Счастье	-0,3421	-0,1839	-0,4742*	0,4090@	-0,0273	0,6484**

гипотезу о роли принятых в культуре убеждений в структуре сна, по меньшей мере субъективного [7]. В группе ИНС дисфункциональные убеждения положительно коррелируют с общей длительностью засыпания и отрицательно — с общим временем сна, временем, проведенным в постели, и эффективностью сна, а также с колебаниями длительности засыпания и эффективности сна и с уменьшением колебаний времени, проведенного в постели. В целом при нарушениях сна дисфункциональные убеждения не только больше выражены, но и более тесно связаны с различными параметрами сна и их колебаниями.

В рамках продолжающейся дискуссии о роли депрессии и тревоги в генезе и хронификации инсомнии [4] мы подтвердили полученные ранее результаты, согласно которым многие показатели ухудшения и нестабильности субъективного сна в группе ИНС значимо связаны с депрессивностью, но не с тревожностью. В группе ХСИ результаты оказались обратными: депрессивность была негативно связана только с общим временем сна (на уровне тенденции,  $p < 0,1$ ), тогда как тревожность оказалась негативно связана

как с общим временем, так и с эффективностью сна ( $p < 0,05$ ) и (на уровне тенденции) со временем засыпания ( $p < 0,1$ ), а также с несколькими характеристиками нестабильности параметров субъективного сна. В связи с этими данными нам кажется немаловажным пересмотреть роль тревожности и депрессивности в зависимости от механизма их связи с нарушениями сна: при начале инсомнии депрессия может быть как дополнительным фактором, так и прямым следствием инсомнии, тогда как в норме непосредственное влияние на генез заболевания может оказывать тревожность. Переживания, мысли перед сном, которые принято рассматривать в литературе как показатель тревоги либо когнитивного возбуждения, тесно связаны с нарушениями различных параметров субъективного сна как в группе ХСИ, так и в группе ИНС, причем в последнем случае корреляции выше. Помимо этого, в группе ИНС мысли перед сном тесно связаны с разбросом показателей субъективного сна.

В целом психологические факторы хронификации сна связаны с показателями субъективного сна как в группе ХСИ, так и (с более высокими корреля-

Таблица 7

**Корреляция стандартных отклонений показателей дневника сна с психологическими факторами сна в группе ХСИ**

Показатель	Время засыпания	Количество ночных пробуждений	Максимальное время бодрствования при пробуждении	Общее время сна	Время, проведенное в постели	Эффективность сна
Индекс тяжести инсомнии	0,2906	-0,0755	0,1795	0,0446	-0,0391	0,2364
Шкала дисфункциональных убеждений	0,2503	-0,0936	0,4113*	-0,0093	-0,1720	0,2603
Депрессивность	0,0571	-0,0358	0,1496	0,1336	0,0217	0,2369
Тревожность	0,4080*	0,0947	0,1805	0,3529@	0,0643	0,5594**
Руминации перед сном	0,2904	-0,0063	0,4328*	0,1916	0,0589	0,3651@
Качество жизни						
здоровье	-0,2667	0,2623	-0,1301	0,2800	0,4666*	-0,2933
переживания	-0,2015	0,4020*	-0,4763*	0,0532	0,2706	-0,2860
досуг	-0,1250	0,2429	-0,2182	-0,4883*	-0,4800*	-0,2843
общение	0,1344	0,1857	-0,4430*	-0,0852	-0,1216	0,0160
Счастье	-0,2339	0,4051*	-0,4034*	-0,1829	-0,0419	-0,3825@

Таблица 8

**Корреляция стандартных отклонений показателей дневника сна с психологическими факторами сна в группе ИНС**

Показатель	Время засыпания	Количество ночных пробуждений	Максимальное время бодрствования при пробуждении	Общее время сна	Время, проведенное в постели	Эффективность сна
Индекс тяжести инсомнии	0,7756**	0,1774	0,6360**	0,2313	-0,0728	0,6967**
Шкала дисфункциональных убеждений	0,6373**	0,1145	0,3324	-0,1193	-0,4925*	0,6358**
Депрессивность	0,6825**	0,1068	0,4110@	0,0789	-0,1055	0,6475**
Тревожность	0,0125	0,0653	-0,0032	-0,1111	0,0742	-0,0129
Руминации перед сном	0,4836*	0,0856	0,5739**	0,0235	-0,0274	0,5324*
Качество жизни						
здоровье	-0,5706**	0,1953	-0,2692	-0,2787	-0,0393	-0,4785*
переживания	-0,3784@	-0,1003	-0,1071	0,0625	0,0381	-0,1832
досуг	-0,3053	-0,1305	-0,0001	0,0572	0,2569	-0,3650
общение	-0,3589	-0,1432	-0,2407	-0,3441	-0,3174	-0,2655
Счастье	-0,2977	0,0734	-0,4093@	-0,0634	-0,0613	-0,3925@

циями) в группе ИНС. К дополнительным возможностям методики относится оценка изменчивости различных параметров сна в течение определенного периода времени, которая также связана с психологическими факторами ухудшения сна, в первую очередь в группе ИНС.

В группе ХСИ качество жизни в сфере общения и переживаний, а также общий показатель счастья как удовлетворенности жизнью отрицательно коррелируют с продолжительностью бодрствования при ночных пробуждениях, что, по всей видимости, отражает основную причину нарушения поддержания сна у испытуемых без жалоб: трудности межличностного общения и эмоциональные переживания. Тот же паттерн результатов получен в отношении стандартных отклонений максимального времени бодрствования и количества ночных пробуждений: их разнообразие связано с удовлетворенностью в сфере эмоциональных переживаний и общим ощущением счастья. Интересно, что удовлетворенность досугом связана со стабилизацией общего времени сна и времени,

проведенного в постели. По всей видимости, в этих случаях наблюдаются стабилизация графика сон—бодрствование и соблюдение гигиены сна, хотя эта гипотеза требует дальнейших исследований. Другие результаты получены в группе ИНС.

Удовлетворенность здоровьем у них связана с более скорым засыпанием ( $p < 0,05$ ), общим временем сна (на уровне тенденции,  $p < 0,1$ ), эффективностью сна ( $p < 0,05$ ), удовлетворенность досугом — с общим временем сна, временем, проведенным в постели ( $p < 0,05$ ), и эффективностью сна (на уровне тенденции,  $p < 0,1$ ). Чем больше человек с нарушениями сна удовлетворен здоровьем, тем меньше выражены колебания в продолжительности засыпания и эффективности сна ( $p < 0,05$ ). Качество жизни в сфере общения связано только со временем засыпания ( $p < 0,05$ ). Уровень субъективного счастья отрицательно связан с максимальной продолжительностью бодрствования при ночных пробуждениях ( $p < 0,05$ ), положительно — с эффективностью сна ( $p < 0,05$ ) и общим временем сна (на уровне тенденции,  $p < 0,05$ ).

В целом качество жизни и удовлетворенность жизнью в группе ИНС тесно связаны с различными показателями сна. При этом, если в группе ХСИ с фрагментацией сна связаны эмоциональные переживания и неудовлетворенность в сфере общения, то в группе ИНС неудовлетворенность досугом и здоровьем также тесно связана с нарушениями сна, причем не по типу фрагментации, а по типу увеличения латентного периода сна (продолжительности засыпания). Интересно, что, хотя удовлетворенность здоровьем и досугом в группе ИНС тесно связана с субъективным сном, чего не наблюдается в группе ХСИ (где эти параметры связаны с переживаниями и общением), сам по себе показатель качества жизни в разных сферах не различается у испытуемых обеих групп. Вполне возможно, что ИНС объясняют свои нарушения сна ухудшением здоровья и досуга, тогда как ХСИ — более ситуативными и контролируруемыми переменными — переживаниями.

### Заключение

Нарушения сна, рассматриваемые в рамках психофизиологической инсомнии, отмечены у  $\frac{2}{3}$  больных с психовегетативным синдромом (2-я и 3-я группы). У пациентов, не имеющих расстройств сна, психовегетативный синдром имеет слабую степень выраженности, а активность жалоб на плохой сон не связана с увеличением вегетативной дисфункции. Режим сна у больных с инсомнией характеризуется увеличением времени пребывания в постели и более ранним укладыванием в постель, что свидетельствует о нарушении гигиены сна у больных с инсомнией. Психологические особенности обследованных находятся в тесной взаимосвязи с особенностями режима сна, что необходимо учитывать при постановке диагноза и подборе терапии. В реабилитации больных с инсомнией особенно необходима организация правильной гигиены сна.

Исследование поддержано грантом РГНФ 110601051а.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика: Руководство для врачей / Под ред. В. Л. Голубева. — М., 2010. — С. 60—61.
2. Вейн А. М., Колобов С. В., Ковров Г. В., Посохов С. И. Нарушения ночного сна, вегетативные и депрессивные расстройства у стационарных больных // *Врач*. — 2004. — № 6. — С. 40—41.
3. Ковров Г. В., Вейн А. М. Стресс и сон у человека. — М., 2004.
4. Левин Я. И. (ред.). Инсомния: современные диагностические и лечебные подходы. — М., 2005.
5. Рассказова Е. И. Нарушения психологической саморегуляции при невротической инсомнии: Дис. ... канд. психол. наук. — М., 2008.
6. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике (Практ. руководство). — М., 2004. — С. 50—54, 152—156.
7. Тхостов А. III. Психология телесности. — М., 2002.
8. Goel N., Rao H., Durmer J. S., Dinges D. F. Neurocognitive consequences of sleep deprivation // *Semin. Neurol.* — 2009. — Vol. 29, N 4. — P. 320—393.
9. Haimov I., Hanuka E., Horowitz Y. Chronic insomnia and cognitive functioning among older adults // *Behav. Sleep Med.* — 2008. — Vol. 6, N 1. — P. 32—54.
10. Li R. H., Wing Y. K., Ho S. C., Fong S. Y. Gender differences in insomnia—a study in the Hong Kong Chinese population // *J. Psychosom. Res.* — 2002. — Vol. 53, N 1. — P. 601—609.
11. Morin C. M. *Insomnia: Psychological Assessment and Management*. — New York, 1993.
12. Roberts R. E., Ramsay R. C., Ger Chen I. Impact of insomnia on future functioning of adolescents // *J. Psychosom. Res.* — 2002. — Vol. 53, N 1. — P. 561—569.
13. *The International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual*. — 2<sup>nd</sup> Ed. — Westchestet IL, 2005.

Поступила 06.12.11

### Сведения об авторах:

Морозова Л. Г., врач-невролог Центральной клинической больницы № 6 ОАО «РЖД», аспирант Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова; Рассказова Е. И., канд. психол. наук, доц. каф. нейро- и патопсихологии фак. психологии Московского государственного университета им. М. В. Ломоносова; Посохов С. И., канд. мед. наук, науч. сотр. отд. патологии вегетативной нервной системы НИЦ Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова; Ковров Г. В., д-р мед. наук, проф., вед. науч. сотр. отд. патологии вегетативной нервной системы НИЦ Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова.

### Для контактов:

Морозова Любовь Григорьевна, 109388, Москва, ул. Шоссейная, 43. Телефон: 8-916-401-35-36, e-mail:lumo2010@mail.ru.