

Хроническая бессонница в пожилом возрасте: современные подходы к диагностике и лечению

Мелёхин А.И.,

клинический психолог высшей квалификационной категории, Российский геронтологический научно-клинический центр РНИМУ им. Пирогова, Москва, Россия, clinmelehin@yandex.ru

В статье показано, что при лечении хронической бессонницы у гериатрических пациентов рекомендовано использовать поэтапное лечение и начинать с шагов, направленных на устранение соматических, средовых и психологических барьеров, влияющих на качество сна. Впервые описан алгоритм оценки расстройств сна в пожилом возрасте. Представлена специфика клинико-психологической оценки качества сна у гериатрического пациента. На основе ряда зарубежных исследований представлены доказательные по эффективности немедикаментозные подходы для лечения хронической бессонницы в позднем возрасте. В качестве первой линии терапии хронической бессонницы в пожилом возрасте рекомендовано использовать мультикомпонентную когнитивно-поведенческую психотерапию. Детализированы виды, формы и структурные компоненты когнитивно-поведенческой психотерапии хронической бессонницы в пожилом возрасте. Представлены практические трудности и рекомендации по назначению фармакотерапии для лечения хронической бессонницы в гериатрической практике.

Ключевые слова: расстройства сна, хроническая бессонница, острая бессонница, когнитивно-поведенческая психотерапия, медикаментозные подходы, немедикаментозные подходы, пожилой возраст, гериатрический пациент.

Для цитаты:

Мелёхин А.И. Хроническая бессонница в пожилом возрасте: современные подходы к диагностике и лечению [Электронный ресурс]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2018, vol. 7, no. 2, pp. 135–161. doi: 10.17759/psycljn.2018070210

For citation:

Melehin A.I. Chronic Insomnia in the Elderly: Current Approaches to Diagnosis and Treatment [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2018, vol. 7, no. 2, pp. 135–161. doi: 10.17759/psycljn.2018070210 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Хроническая бессонница позднего возраста (late life insomnia, geriatric insomnia) является одной из наиболее распространенных проблем в гериатрической практике [4; 20; 27; 33; 35].

Примерно 40-50% людей пожилого (55–74 лет) и старческого (75–90 лет) возраста предъявляют жалобы на пре-, интра- и постсомнические нарушения сна, которые наблюдаются у них более трех месяцев [5; 20; 37; 40]. Это говорит о наличии у этой возрастной группы пациентов большого *инсомнического потенциала* [5; 20]. Часто хроническая бессонница в позднем возрасте остается не распознанной и не вылеченной вовремя в связи с тем, что ее считают неизбежным следствием старения [44].

В пожилом возрасте в связи с наличием полиморбидности чаще говорят о вторичной («коморбидной») бессоннице, которая встречается в 50-80% случаев [4; 5; 20; 25; 27; 33]. Наличие хронической бессонницы сопровождается повышенной воспалительной активностью в организме, которая увеличивает риски развития ожирения, сердечно-сосудистых и нейродегенеративных заболеваний (болезнь Паркинсона, Альцгеймера), диабета 2 типа, падений и аффективного спектра расстройств [19]. Проблемы со сном у пожилых людей удваивают риск смертности от различных причин [9].

Бессонница в гериатрической практике – это чаще симптом, чем полноценный диагноз [20]. Согласно моделям 3-П бессонницы А. Спиелмена (3P Model of Insomnia) [11], гипервозбуждения Д. Риемана (hyperarousal model of insomnia) [36], когнитивно-поведенческим моделям А. Харвей и С. Морин (cognitive model of insomnia) [31], основной тактикой лечения хронической бессонницы в пожилом возрасте является минимизация или устранение соматических, средовых и психологических барьеров, влияющих на качество сна [40].

Однако при лечении хронической бессонницы в пожилом возрасте часто используется монотерапия с акцентом на медикаментозный подход, который направлен не на предрасполагающие и поддерживающие факторы, а на симптоматическое лечение («симптомы-якоря»), что приводит к низкой ремиссии и высокой частоте рецидивов с течением времени [17; 20; 27; 33; 40; 44].

В связи с этим **цель статьи** – ознакомить специалистов в области гериатрии и психологического здоровья с современными подходами к диагностике и с эффективными формами лечения хронической бессонницы в пожилом возрасте.

Клинико-психологическая оценка нарушений сна в пожилом возрасте

На рис. 1 представлен предложенный Кейсаки Сузуки и Масауки Миямото [40] экспресс-алгоритм диагностики расстройств сна в позднем возрасте. На основе приведенного алгоритма и ряда зарубежных руководств [11; 20; 24; 25; 27; 33; 35; 39; 44] опишем специфику клинико-психологической оценки качества сна в пожилом возрасте.

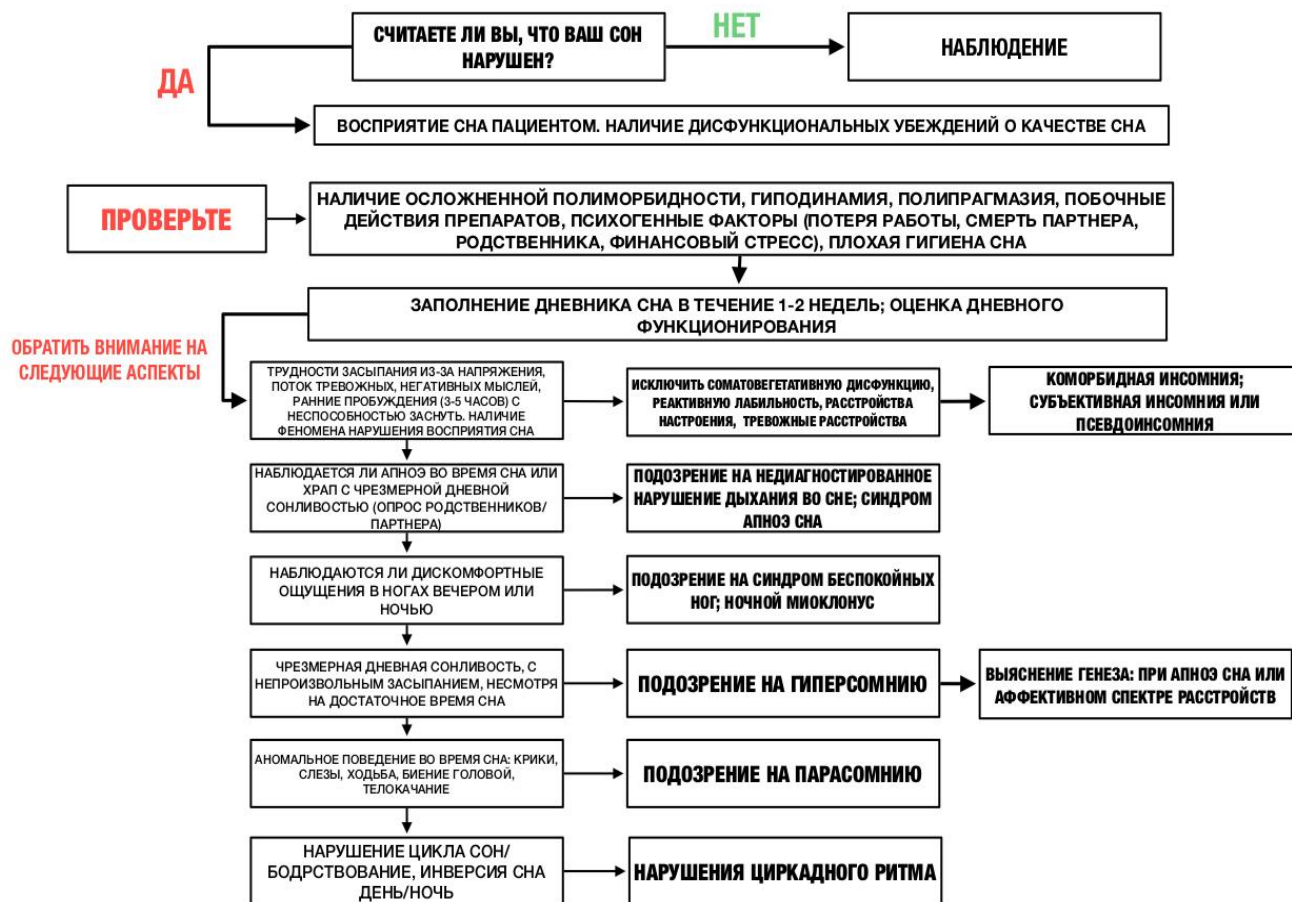


Рис. 1. Алгоритм оценки расстройств сна в пожилом возрасте
К. Сузуки и М. Миямото

I. Субъективное восприятие качества сна. Наличие страха сна (insomniaphobia)

- Жалобы на изменения сна с наличием выраженных изменений в дневном функционировании.

- «Маскированные» жалобы, связанные с коморбидными факторами: соматическим и психологическим благополучием. Наличие *агнозии сна* или феномена *искаженного восприятия собственного сна*. Например, «не сплю уже давно... порядка 3 лет» (ж, 59¹), «уже месяц сплю по два-три часа, хотя ложусь рано» (ж, 66). *Феномен раннего пробуждения*.

- Неадаптивные дисфункциональные убеждения и иррациональные установки о собственном сне [1; 2; 3; 11; 28; 29]. Для их выявления можно использовать

¹ Пол: ж – женский; м – мужской; далее – хронологический возраст.

короткую шкалу дисфункциональных убеждений в отношении сна (DBAS-16, С.М. Morin). Выделяют следующие формы убеждений:

– долженствования: «поскольку я становлюсь старым, то должен заставлять себя ложиться спать раньше» (м, 64), «мне нужно спать как минимум 8 часов, чтобы чувствовать себя отдохнувшей и быть не разбитой на следующий день» (ж, 66), «я должен ночью спать; когда я не могу уснуть, я должен оставаться в кровати и продолжать пытаться уснуть» (м, 61);

– катастрофизации: «если у меня будет плохой сон, следующий день будет потерян» (ж, 57), «если у меня была плохая ночь, я должна поваляться в кровати подольше утром, чтобы попытаться восстановить силы» (ж, 59); «а вдруг если я буду соблюдать рекомендации, то все равно не засну» (ж, 58), «когда темнеет, я думаю, а вдруг я опять не засну сегодня» (ж, 61);

– непереносимость фрустрации: «я не вынесу еще одну ночь без сна» (ж, 67).

• *Субъективные причины нарушения сна:* жизненные события, стресс, неприятные ощущения в ногах/руках и др.

• *Формы избегающего поведения:* в кровати (длительное пребывание в кровати, рано ложиться); в течение дня (длительный дневной сон).

II. Оценка индивидуального паттерна сна пациента осуществляется с помощью следующих тактик.

• *Применение диагностических шкал оценки качества сна* [2; 9; 25; 27; 35; 40]:

– для оценки степени выраженности бессонницы – Питтсбургский индекс качества сна (PSQI), Индекс выраженности бессонницы (ISI), Анкета оценки субъективных характеристик сна Я.М. Левина, А.М. Вейна;

– для оценки дневной сонливости – Шкала дневной сонливости (ESS), Анкета оценки апноэ сна (STOP-Bang Questionnaire).

• *Мониторинг сна.* Заполнение дневника сна пациентом в течение 1-2 недель [9;11] продолжается в процессе лечения и в период наблюдения; заполнение осуществляется в бумажном формате (рис. 2) или с помощью мобильных приложений (например, *CBT-i Coach*) [23].

На основе заполненного дневника сна анализируются следующие показатели: время, требующееся для засыпания; количество пробуждений; общее время сна, проведенное в состоянии бодрствования после пробуждения в течение ночи; оценка эффективности сна и качество сна; время пребывания в кровати после пробуждения [32].



Рис. 2. Дневник сна гериатрического пациента

- *Использование протокола проведения интервью с пациентом и его близкими* Дж. Мартин и Т. Шотчат [25] (см. Приложение).

III. Оценка факторов риска развития нарушений сна осуществляется с помощью алгоритма, предложенного П. Кришанан и П. Хавраник [20] (рис. 3).

При оценке соматического статуса пожилого человека применяется индекс полиморбидности (CIRS-G) [20].

Проводятся дополнительные клинические исследования: клинический анализ крови; замеры глюкозы, гликированного гемоглобина; ферритина; креатинина, мочевины; С-реактивного белка; ТТГ, Т₃, Т₄; В12 и фолиевой кислоты; функциональные почечные пробы [20; 33; 35; 40]. Наличие симптомов депрессии и тревоги оценивается с помощью шкал GDS-30; GAD-7; PHQ-9 [9; 20; 35].

IV. Ответ на лечение. Отсутствие ответа на терапию наблюдается при снижении суммарного индекса по шкалам оценки качества сна <35-50%. Также при отсутствии данных, свидетельствующих о достижении положительной динамики [44].

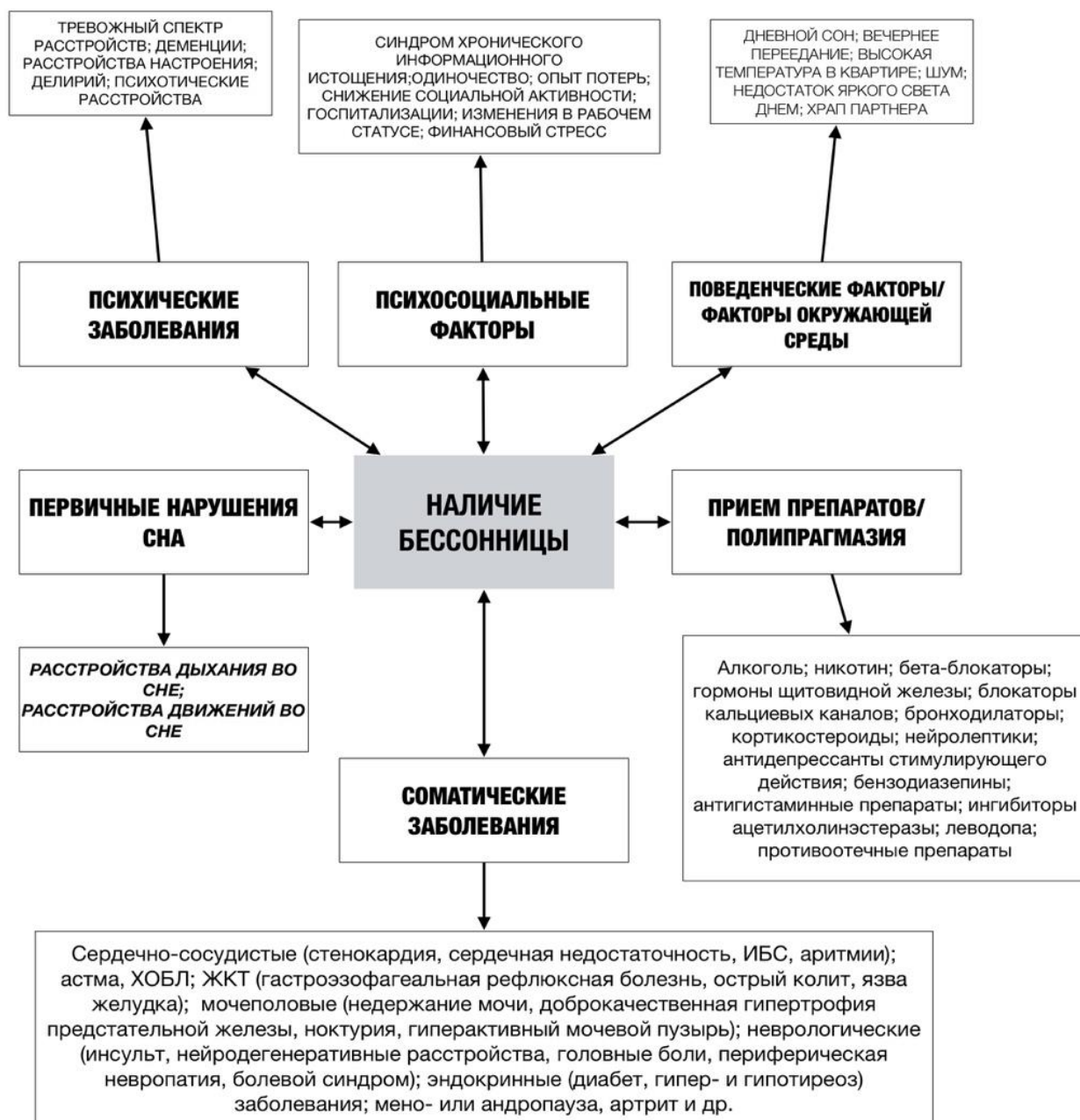


Рис. 3. Факторы, влияющие на качество сна в пожилом возрасте (по П. Кришанан и П. Хавраник)

Подходы к лечению хронической бессонницы в пожилом возрасте

Согласно зарубежным рекомендациям [9; 11; 18; 20; 24; 27; 33; 35], хроническая бессонница лечится с помощью фармакологической, психологической (psychological therapy, drug-free method) или комбинированной видов терапии.

В табл. 1 представлены оценки эффективности различных подходов к лечению хронической инсомнии у гериатрических пациентов [17].

Таблица 1

**Рекомендации по лечению хронической инсомнии в пожилом возрасте
(по П. Харсору и Дж. Кессманн)**

Подход	Содержание	Оценка эффективности
Немедикаментозный подход	Использовать в качестве первой линии выбора алгоритм комплексной когнитивно-поведенческой терапии хронической инсомнии (cognitive behavioral therapy for insomnia) с включением протокола усиления осознанности (mindfulness-based therapy for insomnia)	A – директивное, доказательное лечение, пациент-ориентированный подход
	Изолированное применение короткой поведенческой терапии (brief behavioral therapy)	B – не директивно, ограниченная (селективная) эффективность, частичный пациент-ориентированный подход
	Поведенческое изменение образа жизни (физическая активность, питание). Светотерапия. Альтернативная медицина (иглоукалывание, фитотерапия)	B – не директивно, ограниченная (селективная) эффективность, частичный пациент-ориентированный подход
Комбинированный подход	Комбинированная терапия с использованием и когнитивно-поведенческой и фармакотерапии	B – не директивно, ограниченная (селективная) эффективность, частичный пациент-ориентированный подход
Медикаментозный подход	Фармакотерапия с акцентом на низкие стартовые дозировки и краткосрочный курс (<4 недели): <ul style="list-style-type: none"> • бензодиазепиновые гипнотики (BDZs) ультракороткого (triazolam, temazepam) или кратковременного (etizolam, brotizolam) действия; • Z-гипнотики (non-BDZs): zolpidem, zopiclone, Zaleplon, eszopiclone; • антидепрессанты (doxepin; trazodone); • аминокислоты (L-tryptophan, L-theanine); • агонисты мелатониновых рецепторов (ramelteon); • агонисты рецепторов орексина (suvorexant) 	C – болезнь-ориентированный подход с доказательным эффектом, но рисками побочных эффектов и рецидива

Из рис. 4 видно, что при лечении хронической бессонницы рекомендовано использовать пошаговое лечение (decision-making approach) [20; 24].



Рис. 4. Алгоритм лечения хронической бессонницы в пожилом возрасте

Согласно клиническим зарубежным исследованиям [11; 18; 20; 24; 33; 35; 40], рекомендуется использовать в качестве первой линии терапии хронической бессонницы немедикаментозные подходы – когнитивно-поведенческую психотерапию (КПП), т.к. она носит неинвазивную форму, опирается на пациент-ориентированный подход и превосходит фармакотерапию (eszopiclone, temazepam) в плане безопасности, долгосрочной, устойчивой ремиссии (от 6 месяцев). Улучшает показатели сна: время, требующееся для засыпания (до 8-10 мин); количество пробуждений (1-2); общее время сна, проведенное в состоянии бодрствования после пробуждения в течение ночи (до 9-10 мин); эффективность и качество сна [1–3; 7; 8; 12; 22; 28; 30; 32; 38; 43]. Однако КПП является трудоемким процессом для пожилого пациента, уступает фармакотерапии в плане достижения быстрого улучшения. Требуется минимум 2 недели психотерапии [20].

Медикаментозный подход рекомендуется применять в тех случаях, когда хроническая бессонница значительно нарушает качество жизни пожилого человека, и немедикаментозные подходы оказались недостаточно эффективными из-за наличия имеющихся барьеров [20; 25; 27; 33; 37; 44]. Применение медикаментозного подхода в гериатрической практике сопровождается рядом практических трудностей. Например, безопасный подбор препарата; контроль дозировки и длительность терапии, а также контроль побочных эффектов (каждую неделю) для минимизации развития зависимости, синдрома «отмены» [5; 9; 11; 17; 20; 25; 40].

Рассмотрим современные формы КПП хронической бессонницы, применяемые в зарубежной гериатрической практике.

Краткая поведенческая психотерапия («первая волна») бессонницы

Этот вид психотерапии направлен на изменение дисфункционального поведения, приводящего к нарушению сна [41].

Поведенческий алгоритм контроля побуждений (stimulus control therapy) направлен на установление поведенческой связи между сном и кроватью с быстрым наступлением сна [7; 11]. На основе данных дневника сна для пациента составляются рекомендации [1; 11; 14; 38]:

– не нужно заранее определять время отхода ко сну. Ложиться спать, когда испытываете ощущение сонливости;

– если легли в кровать в состоянии сонливости и не можете заснуть в течение 15-20 минут, нужно встать с кровати, не фокусироваться на часах, не смотреть на мобильный телефон, а заняться монотонной деятельностью. Почувствовав сонливость, вернуться в кровать. Повторять эти действия при необходимости в течение ночи;

– выбор фиксированного времени утреннего пробуждения независимо от количества часов сна.

Длительность формирования поведенческой связи в среднем 2-4 недели [11].

Ограничение пребывания в постели без сна (bedtime restriction therapy) направлено на увеличение гомеостатического желания спать. Регулирование цикла сон-бодрствование путем ограничения количества времени, проведенного в кровати без сна. Ограничивая количество времени в постели без сна, пациент избегает компенсаторных форм поведения, увеличивающих бессонницу. На основании данных дневника сна [1; 11; 14]:

– вычисляется среднее общее время сна за неделю;

– ограничивается время пребывания в кровати до общего времени сна + 30 минут в течение 7 дней. Не меньше 5,5 часов. Минимальное время пребывания в кровати за ночь – 4-5 часов;

– если эффективность сна $\geq 85-90\%$, то увеличивается время пребывания в кровати на 15-30 минут;

– если эффективность сна $< 80\%$, то уменьшается время пребывания в кровати на 15-30 минут.

Терапия проводится 3-4 недели, в начале у пациента может наблюдаться дневная сонливость, о чем следует его предупредить, а также отслеживать это состояние с помощью шкалы дневной сонливости (ESS) [11].

Сжатие сна (sleep compression). На основе разницы между временем пребывания в кровати и общим временем сна на протяжении недели. Например:

пациент (ж, 72), время пребывания в кровати (6,9 ч) – общее время сна (4,7 ч) = 2,2 ч (132 мин). Эти 132 минут делим на 5 недель терапии = 26 минут. Каждую неделю время пребывания в кровати снижается на 26 мин [7; 11; 25].

Интенсивное переобучение сна (intensive sleep retraining) – это краткосрочное поведенческое лечение, направленное на реорганизацию условий сна за односуточный период. Пациенту разрешают спать в течение коротких промежутков времени (до 3-4 минут), прежде чем он будет разбужен. Таким образом, в течение целой ночи у пациента увеличивается желание спать. Формируется быстрое наступление сна (<5 мин) [35].

Парадоксальная интенция (paradoxical intention therapy). При наличии сонливости пациенту дается инструкция отказаться от попытки лечь в кровать и уснуть в течение определенного времени, рекомендованного специалистом [2; 14; 20].

Когнитивно-поведенческая психотерапия («вторая волна») бессонницы

Этот терапевтический этап направлен на выявление и изменение дисфункциональных физиологических, эмоциональных и когнитивных факторов, приводящих к нарушению сна [41]. Структура КПП хронической бессонницы для гериатрических пациентов включает в себя следующие компоненты [2; 7; 11; 12; 14; 30; 32; 38; 42; 44].

Мониторинг качества сна. С помощью дневника сна выявляется индивидуальная модель сна пациента, а также отслеживается прогресс терапии.

Психообразование о сне и его изменениях. Пациента знакомят с нормальными и аномальными возрастными изменениями во сне. С предрасполагающими (нейротизм, эмоциональная реактивность, дезадаптационный перфекционизм, склонность к «чувствительному» сну), провоцирующими (острый стресс, госпитализация, гиподинамия, перенесенная операция) и поддерживающими (чрезмерное пребывание в кровати, дневной сон, побочные эффекты от препаратов, когнитивное и эмоциональное возбуждение) факторами развития бессонницы.

На основе модели факторов бессонницы А. Спилмена [11] составляется персональная модель трех групп факторов, влияющих на качество сна пациента. Проводится оценка целей пациента по лечению, и обсуждается реалистичность этих целей с учетом жизненных обстоятельств.

Гигиена сна. Уменьшить дезадаптивные привычки, которые мешают оптимальному качеству сна. С использованием дидактического и сократического подходов специалист и пациент рассматривают каждый пункт из гигиены сна [34] (табл. 2).

На основе индивидуальной модели сна пациента определяются приоритетные гигиенические практики оптимизации сна, и составляется индивидуальный поведенческий план [34].

Таблица 2

Шаблон гигиены сна для гериатрических пациентов

Рубрика	Рекомендации
В течение дня	Увеличьте дневную физическую активность. Избегайте чрезмерной физической активности за 3 часа до сна. Умеренная физическая активность облегчает начало сна и делает сон более глубоким
	Установите регулярный режим приема пищи (дробное питание), работы, отдыха. Получайте в течение дня яркий солнечный свет
	Избегайте длительного дневного сна. Бодрствование в течение дня поможет вам заснуть ночью. Прибегайте к короткому дневному сну (от 30–60 минут до 2-3 часов)
В течение вечера	Сократите прием продуктов, содержащих кофеин. Даже чрезмерное употребление кофеина в начале дня (более 2 чашек кофе) может привести к нарушениям сна в форме трудностей засыпания, частые ночные пробуждения, поверхностный сон
	Избегайте прием алкоголя, особенно вечером. Хотя прием алкоголя при напряжении помогает заснуть легко, он вызывает частые ночные пробуждения
	Старайтесь не курить перед сном и ночью, когда есть проблемы со сном
	Используйте ритуалы успокоения. Тусклое освещение. Акцент на монотонную деятельность
	Не переносите проблемы и тревогу в кровать. Состояние тревоги влияет на трудности с засыпанием и вызывает поверхностный сон
	Убедитесь, что Ваша спальня комфорта, в ней минимизированы яркий свет и шум
	Убедитесь, что в спальне комфортная температура ночью. Чрезмерное тепло или холод вызывают нарушения сна
Сон	Разработка ритуала отхода ко сну (теплая ванна/душ). Выполняйте эту процедуру каждый день
	Приучите себя использовать кровать только для сна и сексуальной активности. Это поможет выработать у Вас условный рефлекс: вижу кровать – это место где я сплю. Не читайте, долго не смотрите телевизор, телефон, не работайте в кровати. Выключайте телевизор перед тем, как заснуть
	Не заставляйте себя засыпать. Вместо этого включите свет, встаньте с кровати, займитесь не стимулирующей, а монотонной деятельностью. Например, прочтите книгу. Вернитесь в кровать только тогда, когда почувствуете сонливость
	Не фиксируйтесь на часах, когда легли в кровать. Наблюдая за временем на часах, Вы можете усилить у себя тревогу, гнев, разочарование, что приведет к большому нарушению сна
Утро	Вставайте в одно и то же время каждый день, 7 дней в неделю. Сразу как прозвенел будильник. Регулярное, стабильное пробуждение по утрам способствует к регулярному времени начала сна и помогает урегулировать Ваши внутренние «биологические» часы

Контроль напряжения. Снижение физического и когнитивного возбуждения перед сном. Выделяют следующие формы [2; 7; 12–14; 19; 38; 44]:

– активные формы: прогрессирующая мышечная релаксация Э. Джекобсона. Диафрагмальное дыхание. Осознанное дыхание. Для минимизации тревожных мыслей используются внимание-центрированные процедуры. Например, техника снятия напряжения через образы.

– подход «тело–разум» (mind-body approach): йога и тай-чи;

– пассивные формы. Техника когнитивной смены фокуса, заключающаяся в прослушивании перед сном аудиокниг (не более 90-120 минут), а также аудиозаписей аутотренинга с включением прогрессирующей мышечной релаксации и техник расслабления.

Время для беспокойства (worry time). Формируется ограниченный во времени период в течение дня, посвященный исключительно суе и тревожным мыслям [14].

Когнитивная реструктуризация негативных мыслей, связанных со сном. Применяется адаптированный протокол ABCD [11] (табл. 3)

Таблица 3

Примеры заполнения протокола формирования альтернативных интерпретаций ситуаций ABCD

А	В	С	Д	
Ситуация	Автоматическая мысль	Реакция на ситуацию	Альтернативная автоматическая мысль	Альтернативная реакция
- Какая ситуация привела к возникновению переживаний, связанных со сном?	- О чем Вы могли подумать в этот момент, что вызвало именно такую реакцию, а не другую? - Насколько подобная мысль соответствует реальности? (где 0% – совершенно не соответствует и 100% – абсолютная правда)	- Что Вы почувствовали в этот момент? - Оцените интенсивность этой эмоции (0-10 баллов) - Что Вы делали в этот момент?	Что самое страшное может случиться? Каковы шансы, что это действительно произойдет? Что может помочь думать, что этого не произойдет (0–100%)?	- Что Вы почувствовали сейчас, думая таким образом? - Оцените интенсивность этой эмоции (0-10 баллов)

А	В	С	D	
Проснулась в 1 часа ночи и не могу заснуть (ж, 59)	Сколько можно уже. А вдруг я завтра не смогу работать и буду вся разбитая в течение дня. Надоело (90%)	Тревога (8 баллов), смотрела на часы и ворочалась, вставала в туалет	Нет смысла так остро реагировать. Часто даже после плохой ночи, я могу переделать много дел (67%)	Тревога (3 балла). Не буду смотреть на часы. Встану с кровати. Спокойное дыхание
Представила, когда придет муж. Мы спим в одной комнате, и он будет храпеть, и я всю ночь не буду спать (ж, 63)	Я буду плохо спать или не спать вовсе и буду неработоспособной (90%)	Тревога (8 баллов). Напряжение в руках и спине	Да, мой муж может храпеть, но это не катастрофа. Я могу воспользоваться берушами, уйти в другую комнату, если мне будет совсем дискомфортно. Сон не всегда равен высокой или хорошей работоспособности	Тревога (2 баллов). Узнаю про беруши. Буду практиковать техники по минимизации навязчивых, дискомфортных мыслей, связанных со сном

Применяется протокол выявления несоответствия между ожиданиями и фактами [11]:

– составляется список событий (5-10), которые, по мнению пациента, приводят к нарушению сна (1 столбец). События ранжируются от самого катастрофического до менее. Например, «Посещала свою маму, которой 82 года» (ж, 67);

– степень убежденности (от 0 до 100%) пациента в том, что каждое из выделенных событий приводит к «плохой» ночи (2 столбец). Например, 90%.

– как часто пациент наблюдает нарушения сна, сколько лет страдает от них (3 столбец). Например, 800 раз в течение 3 лет;

– как часто по факту после катастрофического события возникает «плохая» ночь (4 столбец). Например, 500 раз в течение 3 лет;

– степень несоответствия между ожиданиями (3 столбец) и фактическим результатом (4 столбец). Например, 720/500 раз.

Минимизация множественных тревожных сновидений и кошмаров.
Применяется образно-репетиционная терапия (Image rehearsal therapy) [6], которая

направлена на развитие у пациента чувства контроля над тревожными сновидениями через экспозицию и через трансформацию угрожающих изображений. Применяется когнитивная реструктуризация исходной темы и сюжетной линии, окончания или любой части сна на более благоприятный/нейтральный исход. С пациентом проводится образная репетиция переписанного сценария, чтобы он мог когнитивно сдвинуть нежелательное содержание, когда сон повторяется. Для контроля напряжения используется методика градиента экспозиции (self-exposure therapy) [6]. Пациента просят составить иерархический список тревожно-провоцирующих тем сновидений. Затем пациенту дается домашнее задание самостоятельно перемещаться и представлять темы в списке, начиная с самой низкой тревожной ситуации, пока страх/тревога не уменьшится.

Поведенческая активация. Усиление физической активности до 30-40 минут 3-4 раза в неделю в форме аэробных упражнений на воздухе, быстрой ходьбы, бега с умеренной интенсивностью [9; 11; 17; 20; 35; 44].

Прекращение приема препаратов. Преодоление синдрома отмены. На основе ряда исследований [23; 25; 27; 30; 38; 39] нами был сформирован следующий поведенческий алгоритм (рис. 5).



Рис. 5. Алгоритм прекращения приема препаратов и преодоление синдрома отмены

- **Противорецидивный план** [11]:

- выделяются ситуации повышенного риска возникновения нарушений сна;
- выделяются ранние негативные признаки, которые за собой наблюдает пациент со стороны своих поведения, мыслей, эмоций;

– составляется поведенческий план по предотвращению дисфункционального паттерна поведения.

Когнитивно-поведенческая психотерапия хронической бессонницы подразделяется на следующие формы:

– *Полная очная форма индивидуальной или групповой формы* (от 4 до 9, 2 раза в неделю от 45 до 60 минут) [2; 7; 12; 22; 38; 43]. Протоколы: Ч. Морина, К. Эспи [18], У. Пигеона [32]. Ремиссия: от 3 месяцев до 2 лет.

– *Краткосрочная индивидуальная или групповая форма КПП* от 2 до 4 сессий (45-60 минут) [10; 38; 42; 43] и в форме 1 сессии 45-60 минут (brief «one-shot» intervention) с использованием брошюр самопомощи [8]. Ремиссия: от 3 до 6 месяцев.

– *Телемедицина. Онлайн-интернет формы КПП* (d/eCBT-I, Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy) [17]. Посредством телефона, скайп-консультации. Использование онлайн-курсов («Как улучшить сон» Р.В. Бузунова), интерактивных приложений. Например, SHUTi, Sleepio (6 еженедельных сессий по 20 минут) и CBT-i Coatch [11; 21–23; 38; 42; 44]. Ремиссия: от 6 месяцев.

Когнитивно-поведенческая психотерапия («третья» волна) бессонницы

Этот этап предназначен для смещения акцента с результат-ориентированного (действия по снижению стресса) на процесс-ориентированный (я обратил(а) внимание, я почерпнул(а), я могу использовать) подход. Направлен на усиление осознанности и метауровневое управление мыслями/убеждениями [41].

– *Терапия принятия и ответственности* (acceptance and commitment therapy for insomnia) направлена на формирование гибкой, отстраненной позиции по отношению к негативным мыслям. Эти мысли следует принимать и воспринимать как «когнитивный мусор», делая осознанный акцент на настоящем моменте [31; 35].

– *Терапия усиления осознанности* (mindfulness-based therapy for insomnia) направлена на изменение реакций на стресс путем снижения «автопилота», на обучение целенаправленной осознанности, принятие настоящего состояния. Включает в себя усиление осознанных привычек, дыхательные техники, сканирование тела, осознанную медитацию и движения. Проводится 8 индивидуальных сеансов (45-60) в течение 8 недель. Снижает риск рецидива в течение 3-6 месяцев [11; 13; 15; 26; 31; 38; 41]. В связи с тем что данная терапия основывается на буддийской философии при ее применении мы заметили, что со стороны пожилого человека могут наблюдаться религиозные барьеры.

– *Метакогнитивная терапия* (metacognitive therapies for insomnia) направлена на изменение не только первичных, но и вторичных (метакогнитивных) негативных мыслей, связанных с изменением сна и его негативным влиянием на качество жизни [31] (рис. 6).

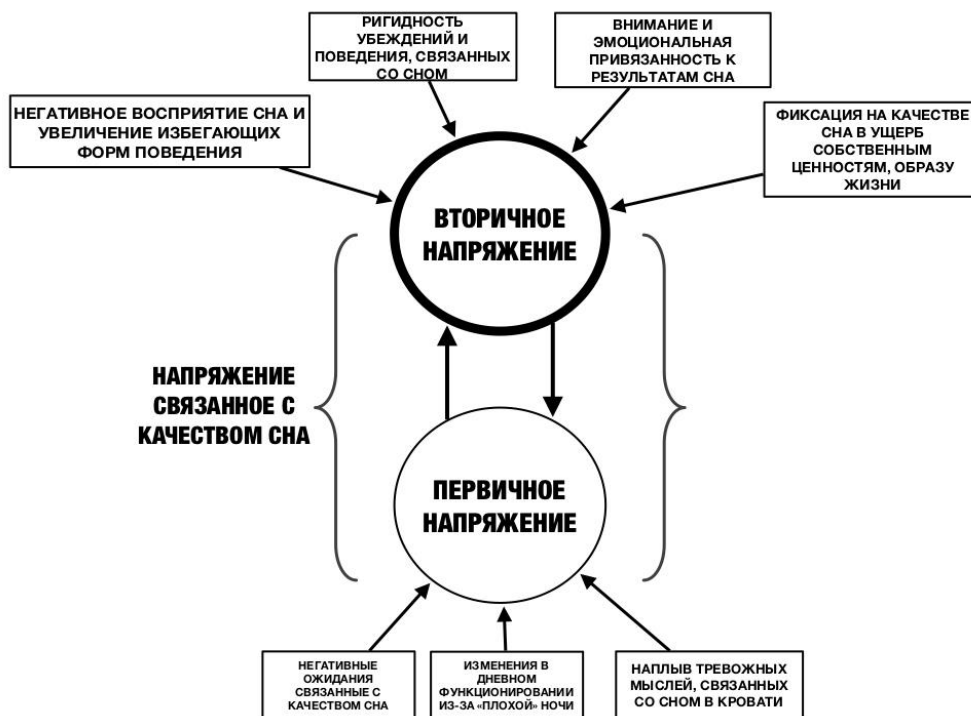


Рис. 6. Метакогнитивная модель инсомнии Дж. Онга, С. Алмер, Р. Манбер

Это достигается с помощью следующих стратегий [31; 41].

I. *Усиление у пациента метакогнитивного мониторинга, познания или осведомленности (metacognitive awareness) об актуальной проблеме.* Пациента обучают технике «судья–адвокат», т.е. при оценке качества сна направляется фокус внимания на объективные альтернативные факты («адвокат») о сне и его влиянии на дневное функционирование.

II. *Метакогнитивный сдвиг с негативных мыслей и убеждений (metacognitive shifting)* делает акцент на перемещении фокуса внимания с «отношения/оценки к...» (узкий фокус) на «содержание» (широкий фокус). Происходит формирование «сдвига» в отношении пациента к мыслям о собственном сне (степень важности, значение, ценность сна). Это позволяет быть менее уязвимым к воздействию переживаний, связанных с качеством сна.

III. *Формирование новой метакогнитивной позиции по отношению к проблеме.* Переход к новой позиции осуществляется с помощью ряда принципов.

- Принцип баланса: управление оценками пациента о привлекательности и неприязненном отношении ко сну.
- Принцип гибкости: усиление у пациента состояния любознательности, открытости, принятия широкого спектра когнитивных и эмоциональных феноменов. Применяется техника «глаза новичка» с акцентом подходить к вопросу сна без предубеждений, прошлого опыта и негативных ожиданий от будущего [31].

- Принцип невозмутимости делает акцент на отсутствии оценочных негативных суждений по отношению ко сну и на усилении спокойствия и хладнокровия (нет привязанности к исходам сна).

- Принцип приверженности личным ценностям. У пациентов с хронической бессонницей наблюдается смещение фокуса ценностей на контроль за качеством сна. Применяется техника жизненного компаса (life compass), которая направлена на усиление установки совершать действия, служащие заявленным ценностям пациента [31]. Выявляются ценности пациента в контексте различных сфер его жизни. Как только ценности определены, они связываются с дезадаптивным поведением. Происходит вовлечение в действия, а не избегание этих действий даже в контексте негативных мыслей и эмоций.

Выводы

При лечении хронической бессонницы у гериатрического пациента рекомендовано использовать пошаговое лечение и начинать с шагов, направленных на выявление и устранение соматических, средовых и психологических барьеров, влияющих на качество сна.

Клинико-психологическая качества сна в пожилом возрасте включает в себя: субъективное восприятие качества сна; оценку индивидуального паттерна сна; факторов риска развития нарушений сна; анализ ответа на лечение.

При лечении хронической бессонницы в пожилом возрасте часто используется монотерапия с акцентом на медикаментозный подход, направленный не на предрасполагающие и поддерживающие факторы, а на симптоматическое лечение, что приводит к краткосрочной ремиссии и высокой частоте рецидивов.

При назначении фармакотерапии при лечении хронической бессонницы необходимо учитывать практические трудности: безопасный подбор препарата; контроль дозировки и длительность терапии; контроль побочных эффектов (оценка каждую неделю) для минимизации развития зависимости, синдрома отмены.

В качестве первой линии терапии хронической бессонницы в пожилом возрасте рекомендовано использовать очную полную (4-9 сессий) или краткосрочную (2-4 сессии) формы мультикомпонентной когнитивно-поведенческой психотерапии (КПП). Также применять телемедицину, т.е. онлайн-интернет формы КПП или использовать интерактивные приложения по улучшению качества сна. При острой бессоннице рекомендовано применять не только фармакотерапию, но и короткую однократную сессию КПП с использованием брошюр самопомощи.

Мультикомпонентная КПП хронической бессонницы в гериатрической практике включает в себя: мониторинг качества сна; психообразование о сне и его изменениях; усиление гигиены сна; обучение управлению напряжением; когнитивную реструктуризацию негативных мыслей, связанных со сном; обучение минимизации множественных тревожных сновидений и кошмаров; усиление

поведенческой активности; прекращение приема препаратов, преодоление синдрома отмены; разработку противорецидивного плана.

Начинают появляться исследования по эффективности применения КПП хронической бессонницы «третьей волны» (терапия усиления осознанности, метакогнитивная терапия, терапия принятия и ответственности) в гериатрической практике. Это направление смещает акцент с результат-ориентированного на процесс-ориентированный подход. Она направлена на усиление осознанности и метауровневое управление мыслями/убеждениями, связанными с качеством сна.

Литература

1. Мелехин А.И. Эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии в поздних возрастах // XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы» / под ред. Н.Г. Незнанова. СПб.: Альта Астра, 2015. С. 709–710.

2. Мелехин А.И. Когнитивно-поведенческая психотерапия расстройства сна в пожилом и старческом возрасте // Консультативная психология и психотерапия. 2015. Т. 23. № 1. С. 84–103.

3. Мелехин А.И. Эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии при лечении расстройства сна (СВТ-I) у гериатрических пациентов // Сборник тезисов X Всероссийской научно-практической конференции Актуальные проблемы сомнологии / Под ред. М.Г. Полуэктова, К.Н. Стрыгина. М., 2016. С. 74–75.

4. Полуэктов М.Г. Диагностика и лечение расстройств сна. М.: МЕДпресс-информ, 2016, 256 с.

5. Полуэктов М.Г., Стрыгин К.Н. Расстройства сна в пожилом возрасте [Электронный ресурс] // Медицинский совет. 2014. № 5. URL: <http://www.med-sovet.pro/jour/article/view/572> (дата обращения: 20.03.2018). doi: 10.21518/2079-701X-2014-5-74-81

6. Aurora R.N., Zak R.S., Auerbach S.H. Best practice guide for the treatment of nightmare disorder in adults // J Clin Sleep Med. 2010. Vol. 6. № 4. P. 389–401. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2919672/> (дата обращения: 20.03.2018).

7. Belanger L., et al. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Older Adults // Cognitive and Behavioral Practice. 2012. Vol. 19. № 1. P. 101–115. doi: 10.1016/j.cbpra.2010.10.003

8. Boullin P., Ellwood C., Ellis J.G. Group vs. Individual Treatment for Acute Insomnia: A Pilot Study Evaluating a “One-Shot” Treatment Strategy [Электронный ресурс] // Brain Sciences. 2017. Vol. 7. № 1. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5297290/> (дата обращения: 20.03.2018). doi: 10.3390/brainsci7010001

9. *Brewster G.S., Riegel B., Gehrman P.R.* Insomnia in the Older Adult. // *Sleep Med Clin.* 2018. Vol. 13. № 1. P 13-19. doi: 10.1016/j.jsmc.2017.09.002.
10. *Buysse D.J., Germain A., Moul D.E.* Efficacy of brief behavioral treatment for chronic insomnia in older adults // *Arch Intern Med.* 2011. Vol. 171. № 10. P. 887–895. doi: 10.1001/archinternmed.2010.535.
11. *Clinical Handbook of Insomnia.* 3rd Edition. P. Hrayr (ed.). Chicago: Springer. 2017. 292 p.
12. *Creti L., Libman E.* Effectiveness of Cognitive-Behavioral Insomnia Treatment in a Community Sample of Older Individuals: More Questions than Conclusions // *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings.* 2005. Vol. 12. № 2. P. 153–164 doi: 10.1007/s10880-005-3275-8
13. *Cunninghama J.E., et al.* Cognitive Behavioural Therapy for Insomnia (CBT-I) to treat depression: A systematic review// *Journal of Psychosomatic Research.* 2018. Vol. 106. P. 1–12. doi: 10.1016/j.jpsychores.2017.12.012
14. *Fiorentino L., Martin J.L.* Awake at 4 AM: treatment of insomnia with early morning awakenings among older adults // *J Clin Psychol.* 2010. Vol. 66. № 11. P. 1161–1174. doi: 10.1002/jclp.20734.
15. *Gong H., Ni C.X., Liu Y.Z.* Mindfulness meditation for insomnia: A meta-analysis of randomized controlled trials // *J Psychosom Res.* 2016. Vol. 89. P. 1–6. doi: 10.1016/j.jpsychores.2016.07.016
16. *Guided Internet-Based Treatments in Psychiatry.* N Lindefors, G. Andersson (eds.). Stockholm: Springer, 2016, 244 p.
17. *Harsora P., Kessmann J.* Nonpharmacologic management of chronic insomnia // *Am Fam Physician.* 2009. Vol. 79. № 2. P. 125–130.
18. *Insomnia. A Clinical Guide to Assessment and Treatment.* C.M. Morin, C.A. Espie (eds.). New York: Springer, 2004. 190 p.
19. *Irwin M.R., Olmstead R., Carrillo C.* Cognitive behavioral therapy vs. Tai Chi for late life insomnia and inflammatory risk: a randomized controlled comparative efficacy trial // *Sleep.* 2014. Vol. 37. № 9. P. 1543–1552. doi: 10.5665/sleep.4008
20. *Krishnan P., Hawranik P.* Diagnosis and management of geriatric insomnia: a guide for nurse practitioners. // *J Am Acad Nurse Pract.* 2008. 20. Vol. 12. P. 590-9. doi: 10.1111/j.1745-7599.2008.00366.x
21. *Kuhn E., Weiss B.J., Taylor K.L.* CBT-I Coach: A Description and Clinician Perceptions of a Mobile App for Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia // *J Clin Sleep Med.* 2016. Vol. 12. № 4. P. 597–606. doi: 10.5664/jcsm.5700

22. Kyle S.D., Hurry M.E. Effects of digital Cognitive Behavioural Therapy for Insomnia on cognitive function: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2017. Vol. 18. № 1. P. 281–290 doi: 10.1186/s13063-017-2012-6
23. Luik A.I., Kyle S.D., Espie C.A. Digital Cognitive Behavioral Therapy (dCBT) for Insomnia: a State-of-the-Science Review // *Current Sleep Medicine Reports*. 2017. Vol. 3. № 2. P. 48–56. doi:10.1007/s40675-017-0065-4
24. Management of Chronic Insomnia [Электронный ресурс]. Ontario, Toronto: Centre for Effective Practice. 2017. URL: https://thewellhealth.ca/wp-content/uploads/2017/01/20170116_Insomnia_FINAL.pdf (дата обращения: 20.03.2018).
25. Martin J., Shochat T., Ancoli-Israel S. Assessment and treatment of sleep disturbances in older adults // *Clin Psychol Rev*. 2000. Vol. 20. № 6. P. 783–805. doi: 10.1016/S0272-7358(99)00063-X
26. Mathur S., Sharma M.P., Bharath S. Mindfulness-based cognitive therapy in patients with late-life depression: A case series // *International Journal of Yoga*. 2016. Vol. 9. № 2. P. 168–172. doi: 10.4103/0973-6131.183711
27. McCrae C.S., et al. Treatment of Late-life Insomnia // *Sleep Medicine Clinics*. 2009. Vol. 4. № 4. P. 593–604. doi: 10.1016/j.jsmc.2009.07.006
28. Newman C. Using REBT in the Treatment of Restless Leg Syndrome: A Case-Study // *J Rat-Emo Cognitive-Behav Ther*. 2014. Vol. 32. P. 139–149. doi: 10.1007/s10942-013-0174-z
29. Ogundele A., Ighoroje M. Insomnia and Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep among Elderly Persons in Abeokuta, Nigeria // *International Journal of Clinical Psychiatry*. 2017. Vol. 5. № 2. P. 25–31 doi:10.5923/j.ijcp.20170502.01
30. Ong J., Suh S. Utilizing Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia to Facilitate Discontinuation of Sleep Medication in Chronic Insomnia Patients // *Sleep Med Res*. 2012. Vol. 3. № 1. P. 1–6 doi: doi.org/10.17241/smr.2012.3.1.1
31. Ong J., Ulmer C.S., Manber R. Improving sleep with mindfulness and acceptance: a metacognitive model of insomnia // *Behav Res Ther*. 2012. Vol. 50. № 11. P. 651–660. doi: 10.1016/j.brat.2012.08.001
32. Pigeon W.R. Treatment of adult insomnia with cognitive-behavioral therapy // *J Clin Psychol*. 2010. Vol. 66. № 11. P. 1148–1160. doi: 10.1002/jclp.20737
33. Qaseem A., Kansagara D., Forciea M.A. Management of Chronic Insomnia Disorder in Adults: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians // *Ann Intern Med*. 2016. Vol. 165. P. 125–133. doi: 10.7326/M15-2175
34. Riemann D. Sleep hygiene, insomnia and mental health // *J Sleep Res*. 2018. Vol. 27. № 1. P. 3. doi:10.1111/jsr.12661

35. *Riemann D., Baglioni C., Bassetti C.* European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia // *J Sleep Res.* 2017. Vol. 26. № 6. P. 675–700. doi: 10.1111/jsr.12594
36. *Riemann D., Spiegelhalder K., Feige B.* The hyperarousal model of insomnia: a review of the concept and its evidence // *Sleep Med Rev.* 2010. Vol. 14. № 1. P. 19–31. doi: 10.1016/j.smrv.2009.04.002
37. *Rodriguez J.C., Dzierzewski J. M., Alessi C.A.* Sleep Problems in the Elderly // *The Medical Clinics of North America.* 2015. Vol. 99. № 2. P. 431–439. doi: 10.1016/j.mcna.2014.11.013
38. *Rybarczyk B., Lund H.G.* Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Older Adults: Background, Evidence, and Overview of Treatment Protocol // *Clinical Gerontologist.* 2013. Vol. 36. № 1. P. 70–93. doi.org/10.1080/07317115.2012.731478
39. *Sateia M.J., Buysse D.J., Krystal A.D.* Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Treatment of Chronic Insomnia in Adults: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline // *J Clin Sleep Med.* 2017. Vol. 13. № 2. P. 307–349. doi: 10.5664/jcsm.6470
40. *Suzuki, K., Miyamoto M., Hirata K.* Sleep disorders in the elderly: Diagnosis and management // *Journal of General and Family Medicine.* 2017. Vol.18. № 2. P. 61–71. doi: 10.1002/jgf2.27
41. *Taylor H.L., Hailes H.P., Ong J.* Third-Wave Therapies for Insomnia // *Curr Sleep Medicine Rep.* 2015. Vol. 1. № 3. P. 166–176 doi: 10.1007/s40675-015-0020-1
42. *Trauer J.M., Qian M.Y., Doyle J.S.* Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Insomnia: A Systematic Review and Meta-analysis // *Ann Intern Med.* 2015. Vol. 163. № 3. P. 191–204. doi: 10.7326/M14-2841
43. *Vitiello M.V., Rybarczyk B., Von Korff M.* Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia Improves Sleep and Decreases Pain in Older Adults with Co-Morbid Insomnia and Osteoarthritis // *Journal of Clinical Sleep Medicine.* 2009. Vol. 5. № 4. P. 355–362.
44. *Wennberg A.M., Canham S.L., Smith M.T.* Optimizing Sleep in Older Adults: Treating Insomnia // *Maturitas.* 2013. Vol. 76. № 3. P. 247–252 doi: 10.1016/j.maturitas.2013.05.007.

Протокол стандартизированного интервью оценки бессонницы у гериатрического пациента

Оценка качества сна гериатрического пациента

ФИО пациента _____
Возраст _____ Рабочий статус _____ Семейный статус _____

Картина сна

Время до сна	Сон	Дневное функционирование
<input type="checkbox"/> Освещение	<input type="checkbox"/> Длительность засыпания _____	<input type="checkbox"/> Способность управлять автомобилем
<input type="checkbox"/> Обстановка в спальне	<input type="checkbox"/> Количество пробуждений _____	<input type="checkbox"/> Катаплексия
<input type="checkbox"/> Симптомы беспокойных ног	<input type="checkbox"/> Причины пробуждения _____	<input type="checkbox"/> Засыпаете когда смотрите телевизор или читаете (после обеда)
<input type="checkbox"/> Болевой синдром	<input type="checkbox"/> Ночные и ранние пробуждения	<input type="checkbox"/> Изменения в концентрации внимания и памяти
<input type="checkbox"/> Нервно-психическое напряжение	<input type="checkbox"/> Ноктурия	<input type="checkbox"/> Наличие дневной сна
<input type="checkbox"/> Ритуал отхода ко сну	<input type="checkbox"/> Боль, сердцебиение, затруднение дыхания, изжога	<input type="checkbox"/> Ощущение несвежести
	<input type="checkbox"/> Тревожные сновидения, кошмары	
	<input type="checkbox"/> Беспокойные ноги	
	<input type="checkbox"/> Храп партнера	

Картина по дневнику сна (1-2 недели)

Время требующееся для засыпания _____ (SOL); количество пробуждений _____ ;
общее время сна проведенное в состоянии бодрствования после пробуждения в течении ночи _____ (WASO);
общее время сна _____ (TST); эффективность сна _____ (SE); качество сна _____ (SQ);
время пребывания в кровати _____ (TIB)

REST

R – восстанавливающий сон? E – чрезмерная дневная сонливость, усталость?
S – храп? T – Общее время ночного сна

Оценка качества сна и психического состояния пациента

PSQI= _____ ESS= _____ GDS-15= _____

Социальные факторы

Деятельность	Физическая активность	Привычки
<input type="checkbox"/> Смена рабочего статуса	<input type="checkbox"/> Прогулки, бег	<input type="checkbox"/> Кофеин
<input type="checkbox"/> Работа по сменам	<input type="checkbox"/> Фитнесс, спорт	<input type="checkbox"/> Курение
<input type="checkbox"/> Частые командировки	<input type="checkbox"/> Йога, тай-чи	<input type="checkbox"/> Алкоголь
<input type="checkbox"/> Отсутствие выходных	<input type="checkbox"/> Другое _____	<input type="checkbox"/> Другое _____

Прием лекарств. Наличие полипрагмазии

<input type="checkbox"/> Адреномиметики	<input type="checkbox"/> Гипотензивные	<input type="checkbox"/> Снотворные	<input type="checkbox"/> Теофиллин
<input type="checkbox"/> Антибиотики	<input type="checkbox"/> Противоотечные	<input type="checkbox"/> Леводоба	<input type="checkbox"/> Гормоны щитовидной железы
<input type="checkbox"/> Антikonвульсанты	<input type="checkbox"/> Диуретики	<input type="checkbox"/> Бронходилататоры	<input type="checkbox"/> ИХЭ
<input type="checkbox"/> Антидепрессанты	<input type="checkbox"/> Глюкокортикоиды	<input type="checkbox"/> Стимуляторы	<input type="checkbox"/> Антигистаминные
		<input type="checkbox"/> Другие _____	

Соматический статус. Полиморбидность

<input type="checkbox"/> Ревматоидные заболевания	<input type="checkbox"/> Мено-, андропауза	<input type="checkbox"/> Недержание мочи, ноктурия
<input type="checkbox"/> Стенокардия, ИБС, аритмии	<input type="checkbox"/> Гипе-, гипотериоз	<input type="checkbox"/> Болевой синдром
<input type="checkbox"/> Астма, ХОБЛ	<input type="checkbox"/> ГЭРБ	<input type="checkbox"/> Нейродегенеративные расстройства
<input type="checkbox"/> Перенесенный инсульт. ДЭ	<input type="checkbox"/> СРК	<input type="checkbox"/> Аденома простаты
	<input type="checkbox"/> Другое _____	

Клиническое интервью

Когда у Вас начались проблемы со сном? _____
Когда Вы легли в кровать есть ли у Вас сонливость? _____
Бывают ли у Вас периоды хорошего сна? _____
Сколько плохих ночей у Вас в неделю в месяц? _____
Что Вы делаете если не спитесь? _____
Что Вы делаете для улучшения сна? _____
Влияет ли погода, время года, менструальный цикл на сон? _____
Как часто Вы смотрите на часы лежа в кровати? _____
Что из того что Вы делаете улучшает сон? _____
Какой интервал по времени у Вас между ужином и сном? _____
Если у Вас была плохая ночь, Вы остаетесь в кровати дольше на следующий день? _____
Есть ли у Вас состояние напряжения, тревога перед сном? _____
Меняется ли Ваш сон в выходной, праздники? _____

Chronic Insomnia in the Elderly: Current Approaches to Diagnosis and Treatment

Melehin A.I.,

Clinical psychologist of the highest qualification category of the Russian gerontological scientific clinical center, Russian national research medical University them. Pirogov, Moscow, Russia, clinmelehin@yandex.ru

The article shows that in the treatment of chronic insomnia in geriatric patients, it is recommended to use a step-by-step treatment and start with steps aimed at the elimination of somatic, environmental and psychological barriers which affect the quality of sleep. An algorithm for the evaluation of sleep disorders at a later age firstly described. The specifics of the clinical and psychological evaluation of the quality of sleep in geriatric patients presented. Evidence on the effectiveness of pharmacological and non-pharmacological approaches for the treatment of chronic insomnia at a later age presented on the basis of a number of foreign studies. It is recommended to use multicomponent cognitive-behavioral psychotherapy as a first-line treatment of chronic insomnia at a later age. Types, forms and structural components of cognitive-behavioral therapy of chronic insomnia in the elderly are detailed. Practical difficulties and recommendations for the use of medical approach in the treatment of sleep disorders in the elderly are also presented. .

Keywords: sleep disorder, chronic insomnia, acute insomnia, cognitive behavioral therapy, pharmacological approaches non-pharmacological approaches

References

1. Melehin A.I. Effektivnost' kognitivno-povedencheskoj psihoterapii v pozdних vozrastah [The effectiveness of cognitive-behavioral psychotherapy in later ages]. *XVI S'ezd psihiatrov Rossii. Vserossijskaya nauchno-prakticheskaya konferenciya «Psihiatriya na etapah reform: problemy i perspektivy»*. pod red. N.G. Neznanova [XVI Congress of Russian psychiatrists. All-Russian scientific-practical conference "Psychiatry at the stages of reforms: problems and prospects"]. Saint-Petersburg: Al'ta Astra, 2015. pp. 709–710.
2. Melehin A.I. Kognitivno-povedencheskaya psihoterapiya rasstrojstva sna v pozhilom i starcheskom vozraste [Cognitive-behavioral psychotherapy sleep disorders in elderly].

Konsul'tativnaya psihologiya i psihoterapiya [Consultative psychology and psychotherapy], 2015, vol. 23, no. 1, pp. 84–103.

3. Melehin A.I. Effektivnost' kognitivno-povedencheskoj psihoterapii pri lechenii rasstrojstva sna (CBT-I) u geriatricheskix pacientov [The effectiveness of cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of sleep disorders (CBT-I) in geriatric patients]. In M.G. Poluektova, K.N. Strygina (Eds.) *Sbornik tezisev X Vserossijskoj nauchno-praktičeskoj konferencii Aktual'nye problemy somnologii. [Proceedings of the X All-Russian Scientific and Practical Conference Actual problems of somnology]*. Moscow, 2016, pp. 74–75.

4. Poluektov M.G. Diagnostika i lečenie rasstrojstv sna. [Diagnosis and treatment of sleep disorders]. Moscow: MEDpress-inform, 2016, 256 p.

5. Poluektov M.G., Strygin K.N. Rasstrojstva sna v pozhilom vozraste [Sleep disorders in old age]. *Medicinskij sovet [Medical advice]*, 2014, no. 5. URL: <http://www.med-sovet.pro/jour/article/view/572>. doi: 10.21518/2079-701X-2014-5-74-81

6. Aurora R.N., Zak R.S., Auerbach S.H. Best practice guide for the treatment of nightmare disorder in adults. *J Clin Sleep Med*, 2010, vol. 6, no. 4, pp. 389–401. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2919672/>

7. Belanger L., et al. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Older Adults. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2012, vol. 19, no. 1, pp. 101–115. doi: 10.1016/j.cbpra.2010.10.003

8. Boullin P., Ellwood C., Ellis J.G. Group vs. Individual Treatment for Acute Insomnia: A Pilot Study Evaluating a “One-Shot” Treatment Strategy. *Brain Sciences*, 2017, vol. 7, no. 1. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5297290/>. doi: 10.3390/brainsci7010001

9. Brewster G.S., Riegel B., Gehrman P.R. Insomnia in the Older Adult. *Sleep Med Clin*, 2018, vol. 13, no. 1, pp. 13–19. doi: 10.1016/j.jsmc.2017.09.002.

10. Buysse D.J., Germain A., Moul D.E. Efficacy of brief behavioral treatment for chronic insomnia in older adults. *Arch Intern Med.*, 2011, vol. 171, no. 10, pp. 887–895. doi: 10.1001/archinternmed.2010.535.

11. *Clinical Handbook of Insomnia Third Edition*. P. Hrayr (ed.). Chicago: Springer. 2017. 292 p.

12. Creti L., Libman E. Effectiveness of Cognitive-Behavioral Insomnia Treatment in a Community Sample of Older Individuals: More Questions than Conclusions. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 2005, vol. 12, no. 2, pp. 153–164 doi: 10.1007/s10880-005-3275-8

13. Cunninghama J.E., et al. Cognitive Behavioural Therapy for Insomnia (CBT-I) to treat depression: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 2018, vol. 106, pp. 1–12. doi: 10.1016/j.jpsychores.2017.12.012

14. Fiorentino L., Martin J.L. Awake at 4 AM: treatment of insomnia with early morning awakenings among older adults. *J Clin Psychol*, 2010, vol. 66, no. 11, pp. 1161–1174. doi: 10.1002/jclp.20734.
15. Gong H., Ni C.X., Liu Y.Z. Mindfulness meditation for insomnia: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Psychosom Res*, 2016, vol. 89, no. 1–6. doi: 10.1016/j.jpsychores.2016.07.016
16. Guided Internet-Based Treatments in Psychiatry. N. Lindefors, G. Andersson (eds.). Stockholm: Springer, 2016, 244 p.
17. Harsora P., Kessmann J. Nonpharmacologic management of chronic insomnia. *Am Fam Physician*, 2009, vol. 79, no. 2, pp. 125–130.
18. Insomnia. A Clinical Guide to Assessment and Treatment. C.M. Morin, C.A. Espie (eds.). New York: Springer, 2004. 190 p.
19. Irwin M.R., Olmstead R., Carrillo C. Cognitive behavioral therapy vs. Tai Chi for late life insomnia and inflammatory risk: a randomized controlled comparative efficacy trial. *Sleep*, 2014, vol. 37, no. 9, pp. 1543–1552. doi: 10.5665/sleep.4008
20. Krishnan P., Hawranik P. Diagnosis and management of geriatric insomnia: a guide for nurse practitioners. *J Am Acad Nurse Pract*, 2008, vol. 12, no. 20, pp. 590–599. doi: 10.1111/j.1745-7599.2008.00366.x
21. Kuhn E., Weiss B.J., Taylor K.L. CBT-I Coach: A Description and Clinician Perceptions of a Mobile App for Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia. *J Clin Sleep Med*, 2016, vol. 12, no. 4, pp. 597–606. doi: 10.5664/jcsm.5700
22. Kyle S.D., Hurry M.E. Effects of digital Cognitive Behavioural Therapy for Insomnia on cognitive function: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 2017, Vol. 18, no 1, pp. 281–290 doi: 10.1186/s13063-017-2012-6
23. Luik A.I., Kyle S.D., Espie C.A. Digital Cognitive Behavioral Therapy (dCBT) for Insomnia: a State-of-the-Science Review. *Current Sleep Medicine Reports*, 2017, vol. 3, no. 2, pp. 48–56. doi:10.1007/s40675-017-0065-4
24. Management of Chronic Insomnia. Ontario, Toronto: Centre for Effective Practice. 2017. URL: https://thewellhealth.ca/wp-content/uploads/2017/01/20170116_Insomnia_FINAL.pdf
25. Martin J., Shochat T., Ancoli-Israel S. Assessment and treatment of sleep disturbances in older adults. *Clin Psychol Rev*, 2000, vol. 20, no. 6, pp. 783–805. doi: 10.1016/S0272-7358(99)00063-X
26. Mathur S., Sharma M.P., Bharath S. Mindfulness-based cognitive therapy in patients with late-life depression: A case series. *International Journal of Yoga*, 2016, vol. 9, no. 2, pp. 168–172. doi: 10.4103/0973-6131.183711

27. McCrae C.S., et al. Treatment of Late-life Insomnia. *Sleep Medicine Clinics*, 2009, vol. 4, no. 4, pp. 593–604. doi: 10.1016/j.jsmc.2009.07.006
28. Newman C. Using REBT in the Treatment of Restless Leg Syndrome: A Case-Study. *J Rat-Emo Cognitive-Behav Ther*, 2014. vol. 32, pp. 139–149. doi: 10.1007/s10942-013-0174-z
29. Ogundele A., Ighoroje M. Insomnia and Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep among Elderly Persons in Abeokuta, Nigeria. *International Journal of Clinical Psychiatry*, 2017, vol. 5, no. 2, pp. 25–31 doi:10.5923/j.ijcp.20170502.01
30. Ong J., Suh S. Utilizing Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia to Facilitate Discontinuation of Sleep Medication in Chronic Insomnia Patients. *Sleep Med Res*, 2012, vol. 3, no. 1, pp. 1–6 doi: doi.org/10.17241/smr.2012.3.1.1
31. Ong J., Ulmer C.S., Manber R. Improving sleep with mindfulness and acceptance: a metacognitive model of insomnia. *Behav Res Ther*, 2012, vol. 50, no. 11, pp. 651–660. doi: 10.1016/j.brat.2012.08.001
32. Pigeon W.R. Treatment of adult insomnia with cognitive-behavioral therapy. *J Clin Psychol*, 2010, vol. 66, no. 11, pp. 1148–1160. doi: 10.1002/jclp.20737
33. Qaseem A., Kansagara D., Forcica M.A. Management of Chronic Insomnia Disorder in Adults: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*, 2016, vol. 165, pp. 125–133. doi: 10.7326/M15-2175
34. Riemann D. Sleep hygiene, insomnia and mental health. *J Sleep Res*, 2018, vol. 27, no. 1, pp. 3. doi:10.1111/jsr.12661
35. Riemann D., Baglioni C., Bassetti C. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res*, 2017, vol. 26, no. 6, pp. 675–700. doi: 10.1111/jsr.12594
36. Riemann D., Spiegelhalder K., Feige B. The hyperarousal model of insomnia: a review of the concept and its evidence. *Sleep Med Rev*, 2010, vol. 14, no. 1, pp. 19–31. doi: 10.1016/j.smr.2009.04.002
37. Rodriguez J.C., Dzierzewski J. M., Alessi C.A. Sleep Problems in the Elderly. *The Medical Clinics of North America*, 2015, vol. 99, no. 2, pp. 431–439. doi: 10.1016/j.mcna.2014.11.013
38. Rybarczyk B., Lund H.G. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Older Adults: Background, Evidence, and Overview of Treatment Protocol. *Clinical Gerontologist*, 2013, vol. 36, no. 1, pp. 70–93. doi.org/10.1080/07317115.2012.731478
39. Sateia M.J., Buysse D.J., Krystal A.D. Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Treatment of Chronic Insomnia in Adults: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. *J Clin Sleep Med*, 2017, vol. 13, no. 2, pp. 307–349. doi: 10.5664/jcsm.6470

40. Suzuki, K., Miyamoto M., Hirata K. Sleep disorders in the elderly: Diagnosis and management. *Journal of General and Family Medicine*, 2017, vol. 18, no. 2, pp. 61–71. doi: 10.1002/jgf2.27
41. Taylor H.L., Hailes H.P., Ong J. Third-Wave Therapies for Insomnia. *Curr Sleep Medicine Rep*, 2015, vol. 1, no. 3, pp. 166–176 doi: 10.1007/s40675-015-0020-1
42. Trauer J.M., Qian M.Y., Doyle J.S. Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Insomnia: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Intern Med*, 2015, vol. 163, no. 3, pp. 191–204. doi: 10.7326/M14-2841
43. Vitiello M.V., Rybarczyk B., Von Korff M. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia Improves Sleep and Decreases Pain in Older Adults with Co-Morbid Insomnia and Osteoarthritis. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 2009, vol. 5, no. 4, pp. 355–362.
44. Wennberg A.M., Canham S.L., Smith M.T. Optimizing Sleep in Older Adults: Treating Insomnia. *Maturitas*, 2013, vol.76, no. 3, pp. 247–252 doi: 10.1016/j.maturitas.2013.05.007.