

# ГЛАВА 1

## Определение бессонницы

В начале 1980-х годов, когда движение в медицине сна только начинало набирать обороты, вероятно, не было более популярного лозунга, чем “бессонница — симптом, а не расстройство”. Очевидно, что такое положение было принято, поскольку искренне считалось, что полисомнографическое исследование сна было призвано выявить все исходные патологии, вызывающие “симптомы” не только бессонницы, но и усталости и сонливости. После исследований в области медицины сна, проводившихся в течение более двух последующих десятилетий, было любопытно обнаружить, что “все новое — это хорошо забытое старое”. Бессонницу снова стали считать отдельной нозологической формой. Ниже приведены сначала три основных определения бессонницы, а затем обсуждаются вопросы, касающиеся ее хронического характера, частоты и серьезности. Эти сведения предоставляются для того, чтобы читатель смог, во-первых, получить твердое основание того, как определяется бессонница, а, во-вторых, оценить ряд трудностей, связанных с диагностическим подходом к такому нарушению, как бессонница.

### Три самых распространенных определения бессонницы

#### *Бессонница*

Всемирная организация здравоохранения определяет бессонницу как нарушение засыпания и/или поддержания сна или же жалобу на сон, не восстанавливающий силы и происходящий, по крайней мере, три ночи в неделю и связанный с расстройством или нарушением функций в дневное время суток [6].

## *Первичная бессонница*

Термин “первичная бессонница”, принятый в номенклатуре диагностики (DSM-IV) Американской психиатрической ассоциации [7], употребляется для того, чтобы отличать бессонницу, которая считается отдельной диагностической формой, от той бессонницы, которая является симптомом исходного медицинского и/или психического состояния. Американская психиатрическая ассоциация определяет критерии продолжительности такой бессонницы в течение одного месяца и оговаривает, что диагноз должен быть поставлен, когда преобладает жалоба на трудности засыпания или поддержания сна или же такого сна, который не восстанавливает силы. Так или иначе, жалоба должна быть связана со значительным нарушением функций или расстройством в дневное время и не должна быть результатом других медицинских и психических расстройств или нарушений сна.

## *Психофизиологическая бессонница*

По нозологии Американской академии медицины сна (исправленной Международной классификации нарушений сна (International Classification of Sleep Disorders-Revised — ICSD-R), [8]) первичная бессонница называется “психофизиологической бессонницей”. Определение бессонницы по классификации ICSD-R более тесно связано с этиологическими основами данного расстройства. Преимущество описания данного расстройства подобным термином заключается в том, что оно обозначает, каким образом бессонница начинается и сохраняется. Психофизиологическая бессонница описывается как “нарушение соматизированного напряжения и приобретение ассоциаций, препятствующих нормальному сну, что в итоге приводит к жалобе на бессонницу и связанному с ней снижению функционирования во время бодрствования” [8]. “Соматизированное напряжение” означает возникающие у пациента субъективные ощущения или объективные показатели соматического перевозбуждения при попытке заснуть. Соматическое возбуждение характеризуется повышением активности периферийной нервной системы, которое обычно выражается в виде увеличения мышечного напряжения, учащения сердцебиения, потоотделения и т.д. А “приобретение ассоциаций, препятствующих нормальному сну” означает характер возбуждения перед сном, которое

в классическом случае возникает в обстановке спальни, где навязчивые невольные мысли перед сном, скачущие мысли, руминация (т.е. переживания и размышления) нередко воспринимаются как явные признаки предсонного возбуждения.

Любопытно, что ни одна из областей нозологии не охватывает прежние описательные клинические характеристики бессонницы как начальной, средней и конечной. В частности, *начальная бессонница* (иначе называемая *инициальной инсомнией* или *нарушением засыпания*) описывает состояние пациента, когда ему трудно заснуть. *Средняя бессонница* (иначе называемая *бессонницей поддержания сна* или *нарушением посреди сна*) описывает состояние пациента, когда его сон прерывается частыми или продолжительными пробуждениями. *Конечная бессонница* (иначе называемая *поздней бессонницей*, *терминальной инсомнией* или *ранним пробуждением утром*) описывает состояние пациента, когда он просыпается раньше, чем хотелось бы и не может снова заснуть. Тот факт, что эти обозначения бессонницы не употребляются в современной терминологии, еще не означает, что клиницистам не следует пользоваться ими описательно.

## Характеристики заболевания (продолжительность и тяжесть)

Помимо предоставления конкретного определения сущности расстройства или заболевания, необходимо охарактеризовать продолжительность и тяжесть определяемого заболевания. Как правило, продолжительность заболевания обозначается дихотомически, разделяя его на острое или хроническое заболевание. А тяжесть заболевания чаще всего определяется только частотой жалоб пациентов.

### *Продолжительность заболевания*

Если бессонница длится больше одного месяца, то она считается “острой” и нередко связывается с такими ясно определяемыми обостряющими факторами, как стресс, острая боль или вредные привычки (т.е. злоупотребление лекарственными, психоактивными, наркотическими веществами или алкоголем). Бессонница считается “хронической”, если

ее симптомы не ослабевают в течение хотя бы одного месяца, а чаще всего на протяжении шести месяцев или еще дольше. Следует, однако, иметь в виду, что эти предельные сроки относительно произвольны и соответствуют традиционным медицинским определениям коротких и долгих периодов времени. В настоящее время ни в одном из исследований не применяются модели риска для оценивания естественного развития бессонницы. Таким образом, “хроничность” бессонницы невозможно однозначно определить терминами, которые обозначают, когда это расстройство становится тяжелым, постоянным и “самозакрепляющимся”, если можно так выразиться.

В качестве клинического ориентира для различения острой и хронической бессонницы служит способ, которым пациенты выражают свои жалобы. Когда пациенты перестают находить причинную связь своей бессонницы с провоцирующим ее фактором, а вместо этого указывают на то, что возникающие у них трудности со сном, по-видимому, “живут своей жизнью”, такая перемена в представлении может, во-первых, служить для определения “границы” между острой и хронической стадиями расстройства, а, во-вторых, для выявления момента, когда когнитивно-поведенческая терапия бессонницы (КПТВ) должна быть показана.

## *Тяжесть заболевания*

Как правило, тяжесть заболевания определяется частотой и интенсивностью появления симптомов. И то, и другое можно применить и к бессоннице, хотя, как отмечалось выше, только частота появления симптомов обычно принимается во внимание как уместный диагностический фактор.

## **Частота**

Для “частых” симптомов не существует фиксированного критерия. Большинство клинических исследователей требует, чтобы пациенты испытывали трудности со сном в течение трех или больше ночей в неделю. Установление такого предела может быть в большей степени связано с тем, что имеется больше шансов исследовать появление данного расстройства в лабораторных условиях, чем изначально полагать “нормальным” проявление бессонницы меньше трех ночей в неделю.

Более важный вопрос здесь состоит в следующем: при определении “тяжести” с точки зрения “частоты появления симптомов” негласно признается, что, во-первых, симптомы бессонницы, как правило, не появляются каждую ночь, а, во-вторых, чем симптомы чаще, тем более тяжелым оказывается данное расстройство. И хотя последнее утверждение похоже на тавтологию, поскольку оно характерно для всех заболеваний, оно все же особенно важно для осмысления бессонницы. Так, если бессонница более эпизодична, то появление ее симптомов может быть в меньшей степени связано с факторами, которые, как считается, обуславливают первичную бессонницу и в большей степени связаны с социальными, окружающими факторами и/или переменными показателями суточного ритма. Следовательно, вполне возможно, что традиционная КПТБ может быть не показана для лечения менее тяжелой (и частой) формы бессонницы. Напротив, лечить данную форму бессонницы, может быть, лучше всего, выявляя факторы, периодически вызывающие бессонницу, и предоставляя такую форму лечения, которая непосредственно нацелена на отличительные особенности данного расстройства.

## Интенсивность

В данной предметной области формально не существует никаких диагностических критериев, определяющих “тяжесть” подобного расстройства. Большинство клинических исследователей считают, что 30 или больше минут на засыпание и/или столько же времени на пробуждения после наступления сна служат границей между нормальным и ненормальным сном. Однако в недавней публикации Лихштейна с коллегами [9] высказано предположение, что такие критерии должны задаваться на уровне “больше 30 минут”, поскольку именно такое определение лучше согласуется с появлением жалоб пациентов в популяционных исследованиях. И хотя такое отличие может показаться несколько академичным, подобный вывод имеет отношение к тому, что следует считать нормальным или терпимым в нашей культуре, а что — ненормальным. Более того, нижний предел “тяжести” (т.е. 30 минут) может также предупреждать нас о тех случаях, когда субъективная жалоба появляется в отсутствие общепринятых норм того, что составляет нарушение сна. Например, пациент жалуется на трудности засыпания, но надежно сообщает о 15-минутных латентных периодах сна. В подобных, хотя и редких случаях несоответствие норме

может заставить клинициста предположить, что пациенту показана не КПТБ, а какое-нибудь другое вмешательство.

Что касается того, до какой степени сон следует считать “нормальным”, то многие исследователи неохотно фиксируют значение данного параметра. Те исследователи, которые склонны определять, что означает “слишком мало спать”, чаще всего задают границу на уровне 6,0 или 6,5 часов за ночь. Нежелание задавать параметры общего времени сна отчасти объясняется тем, что установить точно, что такое ненормальный сон, не так-то просто. Представлению патологического характера сна одним числовым показателем мешают такие факторы, как возраст, предсонное состояние, а также базальный уровень индивидуальной потребности в сне. Отсутствие устоявшейся границы для общего времени сна связано также с тем, что трудности наступления глубокого сна и его поддержания могут возникать в отсутствие потери сна. Например, пациент, которому регулярно требуется два часа, чтобы заснуть, и который продлевает возможность для сна на два или больше часов, может вообще не страдать от потери сна, а общее время сна у него, по любым меркам, оказывается в пределах нормы.

Такое отличие важно потому, что нередко допускается, что бессонница является синонимом недосыпания и что именно потеря сна обуславливает последствия данного нарушения в дневное время. И хотя дневные симптомы можно действительно объяснить хронической потерей сна, их не следует приписывать только недостатку сна или, собственно говоря, нарушению непрерывности сна.<sup>1</sup> Напротив, качество сна, достигаемое пациентами, страдающими бессонницей, может в значительной степени способствовать когнитивным и соматическим жалобам и усталости в дневное время. Например, было показано, что у пациентов с диагнозом бессонницы надежно проявляются такие микроархитектурные

---

<sup>1</sup>Непрерывность сна означает скорость засыпания и степень, до которой сон оказывается крепким. Для определения непрерывности сна применяются пять факторов: латентный период сна (ЛПС, Sleep Latency — SL), частота ночных пробуждений (ЧНП, Frequency of Nocturnal Awakenings — FNA), продолжительность бодрствования после засыпания (ПБПЗ, Wake After Sleep Onset — WASO), общее время сна (ОВС, Total Sleep Time — TST), а также эффективность сна в процентах (ЭС%, Sleep Efficiency — SE%). Более подробно эти факторы объясняются в “Словаре специальных терминов”, приведенном в конце книги.

нарушения, как повышение частоты активности по электроэнцефалограмме (ЭЭГ) во время сна без быстрого движения глаз (БДГ), т.е. спокойного сна (NREM, [10–14]). Оказывается, что такого рода активность не зависит от непрерывности сна и архитектурных параметров, что согласуется, как было показано, с восприятием пациентами качества и количества их сна [10; 15; 16].

## Общие черты и недостатки современных определений бессонницы

Все упомянутые выше определения показывают степень согласованности в отношении того, что в них описано и что не указано. У всех этих определений имеются следующие общие черты:

1. Бессонница определяется как субъективная жалоба.
2. Пациенты должны сообщать о нарушениях своего функционирования в дневное время суток.
3. Не существует конкретных критериев, определяющих, до какой степени невозможность заснуть считается патологической (перед желательным началом сна или в ночное время суток).
4. Не существует никаких критериев, определяющих, какое минимальное общее время сна потребуется, чтобы выйти за нормальные пределы.

Две последние общие черты уже объяснялись выше, тогда как две первые общие черты требуют дальнейшего рассмотрения.

### *Бессонница как субъективная жалоба*

У определения бессонницы как субъективной жалобы без требования объективной проверки достоверности признаков и симптомов данного расстройства имеются свои достоинства и недостатки. Наличие объективных критериев обладает тем преимуществом, что в данном случае признается главенство переживания пациентом расстройства или заболевания. Это означает, что пациенты, в конечном счете, находят, соблюдают или прекращают лечение, основываясь на собственном восприятии своего самочувствия. А недостаток заключается в том, что

если подобные меры принимаются отдельно, то они не позволяют полностью охарактеризовать общее состояние пациента или заболевания.

## **Бессонница и нарушение функционирования в дневное время суток**

Потребность в диагнозе жалоб на нарушение функционирования в дневное время суток объясняется тем, что в отсутствие подобных жалоб вполне возможно, что явления “краткого сна” могут быть неверно приняты (клиницистом и/или пациентом) за бессонницу. В связи с бессонницей пациенты часто жалуются на усталость, раздражительность, невнимательность, рассеянность и эмоциональное расстройство, непосредственно связанное с неспособностью заснуть и/или поддерживать нормальный сон.

И, наконец, две клинические нозологии (определения DSM-IV и ВОЗ) допускают, что жалобы на сон, не восстанавливающий силы, в отсутствие трудностей засыпания или поддержания сна, могут быть классифицированы как “бессонница”. Предположительно, основанием для этого служит то обстоятельство, что неглубокий сон, который не восстанавливает силы, не является “хорошим сном”. Следовательно, это “не сон”, что формально означает бессонницу. И хотя такое допущение может также показаться академическим вопросом, оно значительно сужает диагностическую границу между бессонницей и другими внутренними нарушениями сна. Например, пациенты с синдромом остановки дыхания (обструктивного апноэ) и периодического движения ног во сне, как правило, не испытывают затруднений при засыпании или поддержании сна. На самом деле их главные жалобы связаны с чрезмерной сонливостью в дневное время суток и тем, что сон не восстанавливает их силы. Допущение классифицировать сон, не восстанавливающий силы, как “бессонницу” в отсутствие трудностей при засыпании или поддержании сна размывает диагностическую границу между этими нозологическими формами расстройства.

## Заключительный комментарий

Нам посчастливилось иметь в своем распоряжении несколько нозологий, признающих бессонницу как независимое или первичное расстройство. Различные системы классификации предоставляют в наше распоряжение необходимые средства для различения видов бессонницы, как по предоставляемым жалобам, так и по факторам, которые, как считается, провоцируют или вызывают данное заболевание. Ученым и исследователям, возможно, остается еще завершить с определительной точки зрения то, что характеризует столь важное расстройство, предоставив такую формулировку его определения, в которую формально заложены исследовательские диагностические критерии бессонницы. И хотя это может быть не существенно для клинической практики вообще или определения момента, когда КПТБ показана, в частности, формальное и полное определение бессонницы позволит клиническим исследователям проводить более продуктивные изыскания, когда исследуемая форма бессонницы может быть оценена во всей своей “химической чистоте”.