

ВВЕДЕНИЕ

К нам обратилась пациентка 57 лет. Всю жизнь она прожила во Владивостоке, тяжело работала по сменному графику, воспитывала детей, мало времени уделяла себе и своему здоровью. При этом сон был хорошим. Два года назад вышла на пенсию и купила дом в Подмосковье, предвкушая заслуженный отдых в благоприятном климате и спокойствии в кругу любящей семьи. Но когда мечта, казалось бы, сбылась, у неё неожиданно пропал сон. Он стал поверхностным, беспокойным. После пробуждения она чувствовала себя вялой и разбитой. Снотворные не помогали.

Ещё один случай. Пациент 45 лет, руководитель. Уставал, периодически сталкивался со сложностями на работе, с которыми вполнеправлялся. В целом был здоров и благополучен, но не мог нормально спать. Просыпался под утро или посреди ночи, а уснуть снова не получалось. Это сказывалось на работоспособности.

Пациентка 29 лет, позитивный, творческий человек. Работала по свободному графику, иногда путешествовала, растила ребёнка, вела здоровый образ жизни. Не имела ни финансовых, ни личных, ни иных проблем, но сон страдал много лет. До двух-трёх ночи она ворочалась в постели и мучительно не могла уснуть. Днём болела голова и хотелось спать; всё раздражало, ничего не радовало.

Эти люди — наши реальные пациенты. Все они, пройдя программу когнитивно-поведенческой терапии бессонницы доктора Бузунова, полностью восстановили здоровый сон. И множество других пациентов с бессонницей — даже многолетней и тяжёлой — тоже благополучно избавились от неё.

С большой вероятностью вы можете сделать то же самое.

За шесть недель. Без сноторвных. Даже без врача! С помощью этой книги и описанной в ней пошаговой методики восстановления сна.

За эти 6 недель вам предстоит:

- научиться быстро засыпать;
- научиться спать без пробуждений;
- выработать постоянный режим;
- обеспечить себе состояние бодрости и высокую работоспособность на протяжении всего дня;
- научиться расслабляться и оставлять дневные проблемы за пределами спальни;
- предупредить возвращение бессонницы в будущем.

Вы отойдёте от рецептов, уловок, экспериментов, поисков «той самой», неизвестно какой по счету таблетки. Нет такой таблетки! Хроническая бессонница — не тот случай, когда десять вариантов медикаментов не сработали, а одиннадцатый вдруг может оказаться удачным. Как говорил Альберт Эйнштейн, «самая большая глупость — это делать то же самое и надеяться на другой результат». Работая с книгой, вы найдёте для себя что-то качественно новое.

Вы выбросите из головы мысль о том, что мгновенное чудо-средство от бессонницы существует, но вы просто ещё его не нашли. Мы с вами пойдём не путём поисков, проб, надежд и разочарований, а путём понимания сути проблемы. И через понимание вы придёте к правильным действиям, а через действия — к результатам.

Терпеть, противостоять бессоннице, атаковать свои симптомы всё новыми и новыми способами, обреченно

сдаваться и снова вступать в борьбу. Или понять механизмы усугубления бессонницы и просто прекратить их действие? Что легче? И быстрее? И главное, что из этого даст результат?

Да, программа устранения бессонницы занимает 6 недель. Да, она потребует ломки стереотипов и определённой силы воли. Но что такое 6 недель плодотворных усилий после месяцев или лет, которые вы уже впустую провели в войне с нарушением сна?

Хватит думать о бессоннице, растворяться в ней, служить ей, бояться её, позволять ей руководить вами и мешать вам — вы и так посвятили ей немалую часть жизни. Пора принять ответственность за своё здоровье и одержать, наконец, победу.

Конечно, в книге невозможно представить программу терапии бессонницы так, как она проходит в «реальном формате»: при индивидуальной или групповой работе со специалистом. Если вы решите самостоятельно пройти программу по книге, то вам понадобится больше концентрации, усилий, мотивации и самоконтроля.

Тем не менее при достаточном желании и точном следовании рекомендациям вас ждёт успех. Мы знаем, что с нашей помощью вы всё сделаете правильно и в скором времени будете спать крепким, здоровым сном.



**ЗНАКОМЬТЕСЬ:
ВАША БЕССОННИЦА**

Бессонница — это неспособность человека полноценно спать при наличии возможности и условий для сна. Если вы не можете спать, потому что за стеной громко ругаются соседи, то это не бессонница, а отсутствие условий для сна. Если вы не спите, потому что ждёте свой рейс в аэропорту, то это тоже не бессонница, а отсутствие возможности для сна.

Бессонница — это когда постель есть, тишина и темнота тоже, время для отдыха имеется, ромашковый чай выпит, овцы выстроены в шеренгу и пересчитаны, а сон не наступает или прерывается в самый неподходящий (хотя среди ночи они все неподходящие) момент.

Узнайте больше о своей бессоннице в этой главе.

Бессонница = инсомния

Инсомния — это то же самое, что бессонница, а человека с бессонницей на медицинском сленге и для простоты понимания иногда называют инсомником.

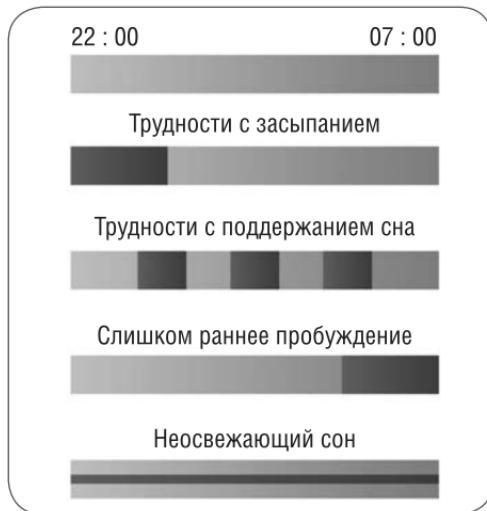
Надеемся, теперь у вас не возникнет затруднений с терминологией.

А у вас точно бессонница?

Напомним определение здорового сна: вечером в течение 15 минут после укладывания в постель человек засыпает, ночь спит без пробуждений или суммарно пробуждения делятся не более 15 минут (например, поход в туалет), утром в течение 15 минут включается в повседневную деятельность, днём чувствует себя бодро и его не клонит в сон.

Критерии бессонницы (см. рисунок на следующей странице):

- трудности с первичным засыпанием — человек не может заснуть в течение 30 минут и дольше, когда вечером ложится в постель;
- трудности с поддержанием сна — засыпание происходит, но затем возникают пробуждения среди ночи, при которых сложно уснуть снова. Суммарно длительностьочных пробуждений при бессоннице составляет более 30 минут;
- слишком ранние пробуждения с невозможностью повторного засыпания — пробуждение происходит раньше желаемого (более чем за 30 минут до планируемого времени подъёма), при этом снова заснуть очень трудно или невозможно;
- неосвежающий сон — даже если пациент «закрывает» свою норму сна по длительности, на протяжении дня он всё равно чувствует себя усталым, разбитым, вялым.



Критерии бессонницы

Можно поставить диагноз «хроническая бессонница», если у человека есть один или больше из перечисленных выше критериев, при этом нарушение сна длится более трёх месяцев и отмечаются три или более «плохих» ночей в неделю.

Какой (какие) из перечисленных критериев бессонницы есть у вас? Поставьте галочки в списке выше.

Причины бессонницы

Представьте ситуацию: пациент приходит к доктору и жалуется, что у него несколько недель сохраняется высокая температура. Это его единственная проблема, и он хочет её устраниить. Ограничится ли врач назначением жаропонижающего? Конечно же, нет! Ведь длительно сохраняющаяся высокая температура может быть признаком серьёзного заболевания: пневмонии, болезни щитовидной железы, онкологического процесса и ещё сотен расстройств. Очевидно, что воздействие на «верхушку айсберга» — отдельно взятый симптом основного заболевания — в данном случае ни к чему не приведёт.

Жаропонижающее, может, и снизит температуру ненадолго. Но как только лекарство перестанет действовать, температура снова вернётся к своим аномальным значениям. Необходимо полноценное медицинское обследование, чтобы понять, что происходит с пациентом и как эффективно ему помочь. Обследование будет рекомендовано ему как первый шаг к успешному решению проблемы.

А теперь перед нами пациент с длительной бессонницей. В чём-то его ситуация похожа на предыдущую. У него плохой сон. Это единственное, что его

беспокоит, и он ищет средство лечения. Целесообразно ли просто снять симптом, приняв снотворное? Возможно, вы на автомате ответите: «Ну, конечно, что же ещё делать?» А на самом деле нет! У хронической бессонницы более сотни возможных причин, среди которых есть серьёзные заболевания. А если плохой сон — лишь следствие какой-то основной проблемы, то какой смысл «сбивать температуру»? Пока препарат действует — сон будет.

Но затем эффект снотворного закончится — и проблема вернётся. Возможно, даже с некоторыми негативными последствиями, о которых мы поговорим чуть позже. Пациента нужно обследовать.

У бессонницы более сотни причин, каждую из которых можно разделить на несколько групп. На следующей странице приведена таблица причин бессонницы, составленная на основе Клинического практического руководства Американской академии медицины сна.

Очень важно сначала установить, что у вас за бессонница и что привело к её возникновению, и только затем планировать лечение.

У нас в Центре медицины сна пациенты с этой целью проходят специальный диагностический комплекс. В него входят полисомнография, а также ряд исследований по показаниям: магнитно-резонансная томография головного мозга, электроэнцефалография, различные анализы. Также пациенты отвечают на вопросы специальных анкет и несколько дней заполняют дневник сна. Этой информации достаточно, чтобы определить причины, механизмы развития и другие медицинские особенности нарушения сна.

Психологические причины:

- Стрессы и психотравмирующие ситуации
- Тревожные расстройства
- Лёгкие и умеренные депрессивные расстройства
- Синдром выгорания

Заболевания органов и систем (соматические):

- Патология щитовидной железы
- Заболевания лёгких, почек, сердца, суставов и других органов, сопровождающиеся болью или иным дискомфортом (одышка, сердцебиение, тошнота, частые позывы в туалет и др.) в ночное время
- Добропачественные образования гипофиза с повышенной секрецией гормонов
- Опухоли
- Сахарный диабет
- Приём некоторых препаратов для лечения соматических заболеваний
- Любые острые заболевания
- Перенесённые длительные заболевания.

Причины, связанные с репродуктивной системой:

- Беременность
- Менопауза
- Предменструальный синдром

Другие нарушения сна, сопровождающиеся симптомами бессонницы:

- Синдром обструктивного апноэ сна
- Синдром беспокойных ног и периодических движений конечностей во сне
- Синдром центрального апноэ сна
- Циркадные нарушения (джетлаг, социальный джетлаг, сменный график работы)

Дефицит микронутриентов:

- Дефицит витаминов группы В
- Дефицит витамина D
- Дефицит железа
- Дефицит магния
- Недостаток триптофана в пище
- Дефицит йода

Психические заболевания и зависимости:

- Шизофрения
- Психозы
- Выраженная депрессия
- Биполярное расстройство
- Маниакальный синдром
- Генерализованное тревожное расстройство
- Паническое расстройство
- Алкоголизм
- Приём наркотических средств
- Синдром отмены

Заболевания нервной системы:

- Перенесённый инсульт
- Болезнь Паркинсона
- Болезнь Альцгеймера
- Перенесённые черепно-мозговые травмы
- Фатальная семейная инсомния
- Цереброваскулярные заболевания
- Рассеянный склероз

Причины, связанные с образом жизни:

- Избыточное потребление стимуляторов (прежде всего кофеина)
- Низкая физическая активность
- Нерегулярный режим сна
- Хроническое переутомление
- Курение, употребление алкоголя, переедание незадолго до сна
- Привычка спать днём
- Нарушения гигиены спальни

И чтобы на основании результатов составить персональную программу терапии.

Наверное, после предыдущего абзаца у вас возникла мысль: «Значит ли это, что без специальной диагностики я не могу успешно побороть свою бессонницу?» На самом деле иногда это возможно.

Бессонница как симптом

Бессонница может быть симптомом какого-то первичного нарушения (см. таблицу выше). Например, на бессонницу часто жалуются пациенты с другим распространённым расстройством сна — **синдромом обструктивного апноэ**. Он проявляется храпом и остановками дыхания во сне. При синдроме апноэ у человека может происходить до 500 остановок дыхания за ночь! Каждый приступ удышья (эти приступы сам пациент чаще всего не замечает, потому что спит) частично пробуждает мозг. В итоге апноэ создаёт прерывистый, беспокойный сон. Спящий из-за частых микропробуждений не достигает самых восстанавливающих, целительных глубоких стадий сна. Больные, не знающие о том, что у них синдром апноэ, часто приходят с жалобами на бессонницу, ведь их сон не позволяет чувствовать себя отдохнувшим. Со стороны кажется, что у них типичная бессонница. Ведь про остановки дыхания они не знают...

Если у вас отмечаются:

- храп;
- остановки дыхания во сне (со слов окружающих);
- поверхностный, беспокойный, неосвежающий сон;
- ночная потливость;

- учащённое ночное мочеиспускание;
- ночная отрыжка и изжога;
- головная боль, повышенное артериальное давление по утрам;
- дневная сонливость, вялость, низкая работоспособность;
- прогрессивное нарастание массы тела,

то это с большой вероятностью указывает на наличие синдрома обструктивного апноэ сна. У человека с апноэ необязательно присутствовать сразу все перечисленные симптомы, иногда их может быть всего 2–3 из списка. Если у вас есть подозрение на это заболевание — обратитесь к сомнологу!

Здесь <http://buzunov.ru/lechenie-apnoe-v-moskve/> вы можете подробнее почитать о синдроме обструктивного апноэ сна. Специальное лечение быстро ликвидирует симптомы и риски апноэ (а при этом расстройстве в пять раз повышен риск инфарктов, инсультов и смерти во сне) и восстанавливает здоровый, качественный сон. Отдельного лечения бессонницы в данном случае не требуется — она исчезает, как только нормализуется дыхание во сне.



Ещё одно частое заболевание, сопровождающееся бессонницей (один из симптомов), — **синдром беспокойных ног (СБН)**.

У синдрома беспокойных ног четыре признака:

- 1) неприятные ощущения в ногах. Обычно их описывают как чувство «ползания мурашек», дрожь, покалывание, жжение, подергивание, шевеление под

кожей, тянущая боль и т. д. Иногда человеку сложно точно рассказать о характере ощущений, но они всегда крайне неприятны. Они возникают в бедрах, голенях, стопах и волнообразно усиливаются каждые 5–30 секунд;

- 2) неприятные ощущения частично или полностью исчезают при движении, поэтому пациент вынужден двигать ногами (лучше всего помогает обычная ходьба);
- 3) потребность в движении и неприятные ощущения нарастают во время покоя, обычно в положении сидя или лёжа;
- 4) симптоматика возникает в вечернее время и в первую половину ночи (может проявляться между шестью часами вечера и четырьмя часами утра). Перед рассветом симптомы ослабевают и могут полностью отсутствовать в первую половину дня.

Если вас беспокоят перечисленные признаки, то это с большой вероятностью говорит о наличии синдрома беспокойных ног. Назначение специальных препаратов позволяет за короткое время устраниć все симптомы (в том числе и бессонницу). В данном случае отдельного лечения бессонницы не требуется.

Есть и другие физические причины, устранение которых ведёт к исчезновению бессонницы. Например, расстройство сна может быть следствием гипертиреоза — нарушения работы щитовидной железы, когда возникает повышенная секреция её гормонов, непосредственно стимулирующих нервную систему. Если в результате лечения гормональный фон налаживается, то бессонница исчезает.

Другая ситуация: при остеохондрозе по ночам у пациента болит спина — и это тоже постоянный фактор нарушения сна. Человек лечит остеохондроз, спина перестает болеть — и сон снова становится прекрасным.

При психических заболеваниях, неврологической патологии, приёме некоторых препаратов и многих других факторах также может возникнуть бессонница как симптом.

Бессонница-симптом, которую можно вылечить исключительно устранением причины, — это приблизительно треть всех случаев хронической бессонницы. Если вы подозреваете у себя именно такую форму нарушения сна, обратитесь к сомнологу или врачу по профилю основного заболевания — и скоро вы начнёте спать нормально. Однако большинство случаев хронического нарушения сна — это самостоятельная, обособленная от других нарушений бессонница-болезнь.

Именно для пациентов с бессонницей-болезнью написана эта книга — им она поможет без таблеток и врачей.

Бессонница как болезнь

Сейчас мы с вами проследуем по пути развития бессонницы-болезни (её ещё называют хронической неорганической, условно-рефлекторной или психофизиологической). Здесь у нас уже не прежняя простенькая схема «причина — следствие», а более сложный механизм развития.

В основе развития бессонницы-болезни лежит сочетание трёх компонентов: ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЙ + ПРОВОЦИРУЮЩИЙ + ПОДДЕРЖИВАЮЩИЙ.

Предрасположенность к бессоннице-болезни

Предрасполагающий компонент — это особый тип личности человека, который повышает вероятность развития у него бессонницы. Складывается из разных факторов:

- темперамент;
- степень реактивности нервной системы в ответ на раздражители;
- степень стрессоустойчивости;
- степень стабильности настроения;
- индивидуальные адаптационные возможности и т. д.

У некоторых инсомников это вызывает смущение: «Что за тип личности такой? Что со мной не так? Я что, слабый?»

Предрасположенность к бессоннице вовсе не значит, что человек слаб. И ею страдают не только те, кто боится смотреть ужастики, впадает в ипохондрию при температуре 36,9 °С, плачет от умиления при виде кошек и всё время сомневается, выключил ли дома утюг. Человек может иметь стальной характер. Или быть совершенно обычным. Он может быть любым! Просто определённое сочетание адаптационных возможностей, темперамента, особенностей высшей психики и её персональных резервов создаёт повышенный риск среагировать на провокатор не временной потерей аппетита, не злостью и не панической атакой, а именно нарушением сна.

На биологическую предрасположенность к бессоннице иногда могут указывать следующие признаки (пометьте галочкой те, которые свойственны вам):

- чуткий сон с детства или юности;

- нарушения сна в одну или несколько ночей на фоне нервного напряжения (в прошлом — до бессонницы);
- требовательность к условиям сна (сложности с засыпанием даже при тусклом свете, небольшом шуме и т. д.);
- реакция сна на текущие события, даже когда они не несут стрессов. Например, человек постоянно просыпается ночью и смотрит на часы из-за боязни проспать, если на следующий день его ждёт важная встреча, путешествие или он просто решил встать пораньше.

Учёные, исследовавшие людей с хронической бессонницей, обнаружили, что с ней также связаны некоторые особенности характера и персональные привычки. В списке факторов риска бессонницы оказались совершенно разные, а местами почти противоположные свойства человека. Отметьте пункты, которые относятся к вам:

- восприимчивость к внешним факторам, ранимость;
- творческий склад личности;
- потребность заботиться о ком-то;
- склонность тревожиться о других, порой даже больше, чем о себе;
- обострённое чувство справедливости;
- привычка брать на себя ответственность;
- зависимость от мнения окружающих о себе;
- пунктуальность;
- выраженные лидерские качества;

- активная жизненная позиция, инициативность на работе и в личных делах;
- склонность к многозадачности;
- склонность к риску;
- трудолюбие/трудоголизм;
- широкий эмоциональный диапазон;
- склонность к самостоятельному решению своих проблем без помощи окружающих;
- разумная самокритика.

Нашли что-то о себе? Скорее всего, да.

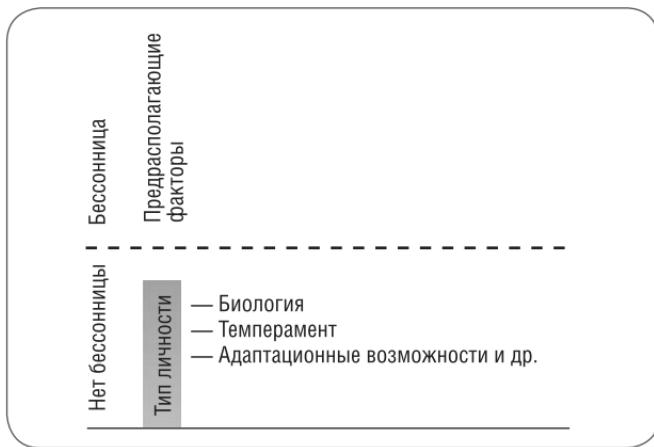
Можно сказать, вы только что выявили поведенческую часть вашей предрасположенности к бессоннице. Но не забывайте, что это только часть: у вас есть ещё биохимические, нейрохимические, психические особенности, которые тоже причастны к вашему нарушению сна. Список выше был приведён для того, чтобы вы поняли: бессонницей в одинаковой степени могут заболеть многие. Руководитель, герой-одиночка, отвечающий один за всех. Мать семейства или бабушка, которая полностью посвящает себя семье. Работник творческой профессии с хрупкой душевной организацией. Исполнительный сотрудник, который везде успевает и никого не подводит.

В ходе очной программы восстановления сна мы обязательно определяем особенности личности человека и строим работу с ним, исходя из его нервно-психического портрета. Это помогает найти правильные подходы, ускорить, улучшить и облегчить достижение результатов.

Хотелось бы прояснить: человек, предрасположенный к бессоннице, но ещё не имеющий её, — это нор-

мальный, здоровый человек. Например, люди с первой группой крови имеют предрасположенность к язвенной болезни (она повышает риск язвы на 35 %). Но это не значит, что любой обладатель первой группы обязательно становится язвенником. На эту предрасположенность должны наложить неправильное питание, длительное нервное напряжение и другие провокаторы. А если человек будет приверженцем здорового образа жизни, то он, вероятнее всего, останется здоровым. Наличие предрасположенности к бессоннице тоже не значит, что человек когда-то обязательно столкнётся со стойкими нарушениями сна.

Взгляните на рисунок. Горизонтальная пунктирная линия — это условная грань, которую надо перейти,



Предрасположенность к бессоннице

чтобы начать страдать от бессонницы. И человек, имеющий предрасположенность, относительно близок к этой грани, хотя в целом спит нормально.

Провоцирующий фактор (причина) бессонницы

Однажды на предрасположенного человека начинают воздействовать какие-то провоцирующие факторы. В большинстве случаев (хоть и не всегда) это длительная стрессовая ситуация с неопределенным финалом. И это понятно: уверенность, что испытание в обозримом будущем закончится, позволяет нам мобилизоваться на необходимый срок, готовит нервную систему к ожидаемому объему нагрузки и позволяет достойно справиться с ситуацией. Если же боль возникла, но завершение её не предвидится, то пережить её трудно. Нервная система не может оставаться сверхмобилизованной неограниченно долго! Вот почему именно длительные проблемы без прогнозируемого завершения чаще всего вызывают бессонницу. Обычно пациенты рассказывают о сложной или нелюбимой работе, проблемах в семье, бытовых трудностях (шумные соседи, постоянно мешающие спать) или неприятностях со здоровьем, которые заставляют долго переживать.

Иногда же люди имеют типичную неорганическую бессонницу, все компоненты дезадаптивного поведения, все свойственные ей негативные рефлексы и при этом отрицают, что у них был сильный и долгий стресс. Кто-то вообще говорит: «Жизнь как жизнь, всё было обычно, бессонница появилась на ровном месте». Но даже если вам не удаётся определить явный провокатор бессонницы, то это не отрицает психофизиологической природы нарушения сна. Варианты могут быть следующие.

Много слабых провокаторов вместо одного сильного

Сильного стресса могло и не быть. Но, возможно, было несколько слабеньких, почти незаметных, которые оставляют разве что небольшой осадок на душе. Вроде и не переживал человек по незначительным поводам, а на подкорке это всё равно откладывалось и обрастало известковой корочкой таких же мелочей, пока объём негатива не стал критическим. Только тогда человека выдавило за уже знакомую вам пунктирную линию между хорошим сном и бессонницей.

Наш мозг — это полтора килограмма противоречивого и впечатлительного теста, на котором остаются следы от малейшего прикосновения. Мозг ничего просто так не отпускает, он помнит весь наш опыт. Тревожные сюжеты на ТВ, мелкие стычки с окружающими, скандалы-интриги-расследования в соседнем отделе на работе, потерявшиеся ключи от машины, нарушившая планы простуда — вроде мелочи и «ничего личного», но кому-то хватит и этого негативного потока, чтобы у него через какое-то время развилась бессонница.

Неактуальная причина, ставшая актуальной

Американцы, исследуя феномен лжи более чем у трёх тысяч участников, мониторировали у них диаметр зрачков, пульс, давление, потоотделение, температуру кожи и другие параметры, которые меняются, когда человек врёт. Людям задавали разные вопросы, в том числе об отношении к разным событиям (как свежим, так и старым), которые происходили в их семье и обществе. Ответы не угрожали репутации участников, не были неудобными, не могли вызвать стеснения

или создать другие поводы скрывать информацию. При этом оборудование часто фиксировало в ответах ложь.

Обнаружилась следующая закономерность: когда участники говорили, что какое-то событие затронуло их эмоции, они говорили правду. Когда же они утверждали, что относятся к событию нейтрально или даже не помнят его, иногда это было совсем не так. Исследователи заключили, что человеку свойственно преувеличивать степень своего спокойствия относительно происходящих событий. Своего рода защитная ложь перед самим собой.

Было ли у вас такое? Полная невозмутимость в ответ на мимолётно услышанное известие о цунами, случившемся на другом краю света. А месяцы спустя — красочный, жуткий, детализированный до пикселя сон об этом событии, который заставляет проснуться с криками... Или другой вариант: вы пережили какую-то ситуацию спокойно, а через какое-то время вас начали задевать одни только воспоминания об этой ситуации. Или ещё: позволили себе потерять друга, любимого человека, принять ответственное решение с полной уверенностью в правильности действий, а потом вдруг пришли к мысли, что совершили ошибку, и почувствовали жгучее сожаление. Было ли нечто подобное?

Мы меняемся всю жизнь. Меняется степень осознанности, отношение к различным факторам, вектор внимания, интересы.

Принципиальная позиция, которую вы с пеной у рта отстаивали 10 лет назад, могла к сегодняшнему дню смениться на диаметрально противоположную. Вы могли недооценить значимость какой-то ситуации, когда она произошла. Но она стала актуальной, когда

вы психологически созрели и поняли её с новой точки зрения. Самая живописная иллюстрация этой ситуации — жертвы детского насилия, которые нередко начинают страдать уже тогда, когда выросли.

Вы могли сначала не бояться чего-то, а потом вдруг начать испытывать страх, сперва оставаться равнодушным по какому-то поводу, а потом разозлиться. И из-за этой переоценки, которая может происходить неосознанно глубоко на подкорке, у вас может неожиданно возникнуть бессонница. А внешне в жизни тишина гладь...

Ослабление самоконтроля

Пациент Борис Анатольевич, 67 лет, на приёме рассказывает: «Конечно, были стрессы: я руководитель, большая ответственность, много работы... Возникали ситуации по бизнесу, которые угрожали жизни. Вот уж достойный повод для самой серьёзной бессонницы! Но тогда она не появилась. Сейчас я уже давно на пенсии, прежние проблемы остались в прошлом, всё идеально, и почему-то бессонница возникла только сейчас».

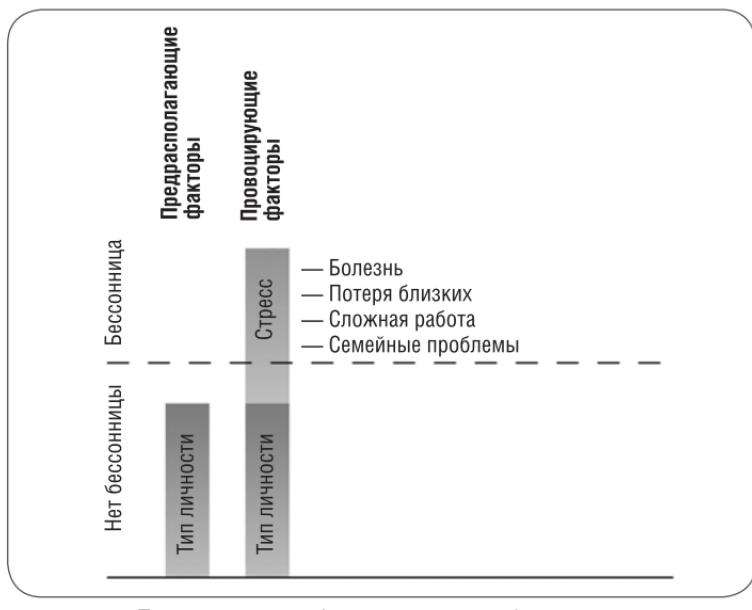
Был ли причиной его бессонницы сильный стресс? Нет. Была ли она результатом множества мелких неприятностей? Тоже непохоже! Но есть и другие варианты.

Бывает, люди сохраняют ровный пульс при любых испытаниях, никогда не устают, не теряют голову, не ломаются и даже не гнутся. А когда они позволяют себе ослабить самоконтроль — тут-то и происходит запоздалое переключение тумблера в положение «достало», и подсознание, которое так долго ограничивали

и подавляли, провоцирует бессонницу. Фантомные боли старых потрясений тоже опасны. И поводом для бессонницы может быть не только сам стресс, но и светлый период после него.

Исключительно поведенческие факторы

Редко, но бывает, что причиной бессонницы становятся чисто поведенческие моменты. Например, сон нарушается не из-за стресса, а потому что человек вынужден несколько раз в месяц летать со сменой часовых поясов — и у него развивается джетлаг (синдром смены часовых поясов). Организм начинает путать день с ночью, что влечёт за собой бессонницу.



Или, например, человек заканчивает трудовую деятельность, выходит на пенсию и решает отдохнуть,

отоспаться за все предшествующие годы недосыпания. А более длительное пребывание в постели, как мы совсем скоро объясним, только портит сон! Не напрасно говорится: бессонницей чаще всего страдают те люди, у которых есть возможность спать столько, сколько угодно.

Есть ли нервные стрессы в перечисленных ситуациях? Нет. Но то, что эти факторы могут быть причинами нарушения сна, очевидно.

Вернёмся к развитию бессонницы-болезни и схеме «предрасположенность — провокатор (причина) — подкрепляющие факторы». Когда причина, какой бы она ни была, накладывается на имеющийся биологический фон, человек перешагивает грань между здоровым сном и его нарушением. Развивается острыя бессонница. Но это только начало истории! Далее происходят изменения, которые закрепляют нарушение сна и делают его хроническим, способным существовать годы и десятилетия.

ТЕХНИКА БЕЗОПАСНОСТИ

Самое худшее, что вы можете сделать, прочитав раздел о провоцирующих факторах бессонницы, — это начать копаться у себя в голове и примерять на себя самые разные причины. Пожалуйста, ограничьтесь тем самоисследованием, которое вы провели, пока читали этот текст. Не надо тратить много времени на поиск конкретных причин, потому что копание в проблемах, их выдумывание, психоанализ в собственном исполнении несут только вред. Это очень важно! Достаточно того, что вы увидели разные варианты и признали, что у вас они тоже возможны. Понимание достигнуто, а теперь переключитесь. Основное зло вашей бессонницы не в первоначальной причине её появления, а в её поддерживающих факторах. Сейчас мы их обсудим.

Поддерживающие факторы

Итак, человек начал плохо спать. Далее обстоятельства складываются так, что расстройство сна затягивается на дни, недели и более. К примеру, стрессовая ситуация длительно не завершается, и у свежеиспечённого инсомника (помните, да? Так называют человека с бессонницей) долгое время сохраняется основание для плохого сна.

Если действие провоцирующих факторов длится более трёх месяцев, то у пациента формируются дезадаптивное поведение и негативное мышление (сейчас обсудим, что это). Это усугубляет нарушение сна, и бессонница превращается в самостоятельное заболевание, которое течёт по своим законам и уже не зависит от вызвавших его причин. Как же конкретно это происходит?



Этапы хронизации бессонницы

Достаточно 15–20 раз лечь в постель (либо проснуться среди ночи) и не суметь заснуть после этого, как начинает формироваться **условный отрицательный рефлекс боязни не заснуть**. Постепенно, с каждым опытом «незасыпания» формируется предчувствие плохого сна. То, что человек испытывает накануне (ожидание неудачи в попытке уснуть, «предвкушение» скверного сна и плохого самочувствия утром), программирует для него события предстоящей ночи.

Вспомните себя... даже не в детстве, а во взрослом уже возрасте. Вам собираются делать внутримышечную инъекцию. Медсестра говорит: «Расслабьте мышцу!», ожидая, что вы послушно расслабитесь. Но вы уже знаете на собственном опыте, что скоро будет неприятно. Ваши чувства обостряются: вы слышите дыхание медсестры, которая звенит ампулами где-то за пределами видимости, вздрагиваете от прикосновения спиртовой салфеткой к коже. И нужная мышца вместо расслабления напрягается. Рефлекс! Расслабить мозг и уснуть тоже невозможно, если предшествующий опыт засыпания был негативен.

Как правило, в отсутствие сна человек остаётся в постели. Он просто лежит, ворочается («Не буду вставать — может, всё-таки засну», «Не буду бродить по квартире, чтобы никого не беспокоить») или коротает время в ожидании сна: работает, общается в социальных сетях, смотрит телевизор либо даже ест. Мозг привыкает, что в постели человек не спит. В результате этой поведенческой ошибки ломается нормальная ассоциация «постель = сон». Она меняется на противоположную, возникает **рефлекс «постель = бессонница»** — и это ещё больше разрушает сон. Если здоровый человек быстро засыпает в своей постели, даже если

лёг не очень сонным, то у пациентов с бессонницей всё совершенно иначе. Бывает, вечером они мучительно хотят спать и засыпают практически на ходу, но как только ложатся в свою постель — сон как рукой снимает.

Пытаясь добрать свою норму, чтобы чувствовать себя лучше, инсомник предпочитает дольше находиться в постели: «Не выспался сегодня ночью — посплю по-дольше утром или прилягу днём», «Вчера плохо спал — сегодня лягу пораньше», «Ужасно спал — отдохну, полежу на кровати». Время пребывания в постели может достигать в сумме 9, 10, 12 часов в сутки и более. Но это лишь усугубляет проблему.

Сон здорового человека представлен полуторачасовыми циклами, которые состоят из стадий медленного поверхностного, медленного глубокого и быстрого сна. Каждый цикл отделяется от последующего коротким пробуждением. Эти пробуждения обычно не остаются в памяти, хотя иногда здоровый человек с утра может помнить, что ночью просыпался, но сразу же уснул снова. В целом нормальный ночной сон компактен: человек ложится, засыпает, 4–6 циклов идут друг за другом, а потом наступает окончательное пробуждение.

Что же происходит с инсомником, который пытается продлить свой сон за счёт вылёживания в постели? Чем дольше он лежит, тем более поверхностным становится его сон, растягивается на большее количество часов. А где тонко — там и рвётся! В результате сон часто прерывается, не приносит ощущения бодрости и свежести, а уснуть вечером или послеочных пробуждений становится ещё сложнее. Кроме того, ночь начинает «дробиться»: возникают не 4–6, а 10–20–30 пробуждений, которые откладываютя в сознании, зато короткие промежутки сна между ними — нет. В итоге

у человека создаётся впечатление, что он вообще не спал. Он помнит, как мучительно пытался заснуть, как лаяла за окном собака, проезжала машина, хлопала дверь на лестничной клетке, начало светать, стали доноситься звуки из соседних квартир... Кажется, что всю ночь было только это, а сна не было. На самом деле сон был, но его восприятие нарушилось из-за частых пробуждений.

Иногда к нам приходят пациенты — ухоженные, связно говорящие, после целого дня работы — и утверждают, что не спят уже неделю, две, месяц или более. Это крайняя степень описанного выше **феномена нарушения восприятия сна**. Разумеется, в реальной жизни такого не может быть, чтобы человек не спал сутками и неделями. И людей, которые вообще не спят, не существует. Если человек накапливает 24 часа дефицита сна (три полных ночи бодрствования или недосыпание по 3–4 часа в течение недели), он становится недееспособен. Он не может соображать и работать, засыпает прямо во время разговора, приёма пищи, работы за компьютером. Во всех случаях, когда человек считает, что не спит, он не обманывает, потому что бессонница действительно может создать ощущение полного отсутствия сна. Но он, безусловно, ошибается в своей оценке.

Вернёмся к развитию бессонницы. Что инсомник делает дальше? «Я не высплюсь и буду ужасно себя чувствовать завтра, я должен заснуть!» — думает он в отчаянии. И начинает с особым осторожением **пытаться заснуть**. Снова ошибка! Чем больше вы пытаетесь заснуть, чем больше переживаете и злитесь по поводу отсутствия сна — тем меньше у вас шансов на сон. Нельзя войти в спальню с шашкой наголо, атаковать свою постель и ворваться в сон силой. Сон — это пассивный

процесс. Засыпание — это пассивный процесс. Чтобы уснуть, нужно спокойное состояние, расслабленное ожидание сна и уверенность в том, что скоро он придёт и никуда не денется. Заставлять же себя заснуть бесполезно.

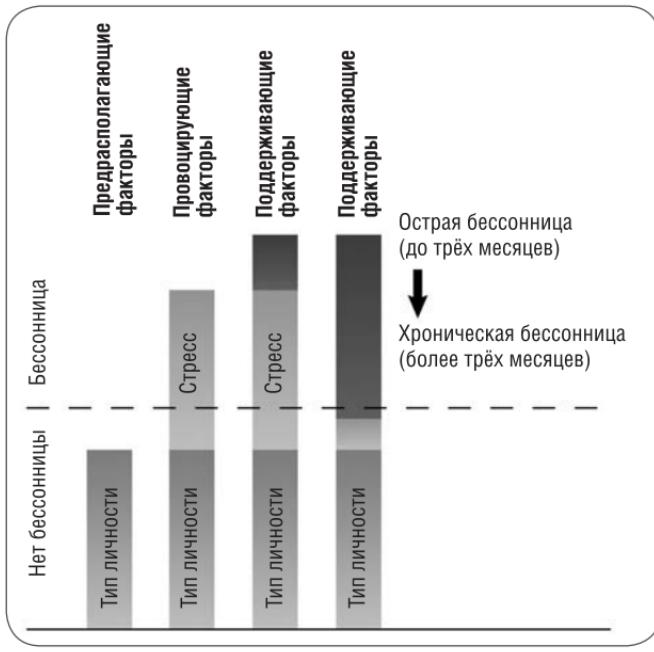
Пытаясь взбодриться после тяжёлой ночи, человек иногда **употребляет стимуляторы**: пьёт энергетики, кофе и крепкий чай в течение дня. Это ещё одна ошибка, ведь вечером после такого уснуть гораздо сложнее. Кофеин действует 6–8 часов!

Некоторые принимают снотворное. Ситуационно оно помогает, но окончательно проблему не решает. Кроме того, ко всему перечисленному добавляется **боязнь не уснуть без таблетки**, а ещё спустя какое-то время — **психологическая и физическая зависимость**.

Инсомник начинает избыточно **фиксироваться на проблеме сна**. Не делать этого практически невозможно, ведь это серьёзная и нерешённая проблема! Через несколько месяцев или лет у многих развивается **катастрофизация бессонницы**. Человек недоумевает: он же всё правильно делает, почему это не помогает? Сон не контролируется ничем и никак, врачи предлагают снотворные, транквилизаторы и антидепрессанты, но сон от этого не «выздоравливает», а бессонница «болит» круглосуточно. Она мучает и ночью, когда нет нормального сна, и днём, когда больной страдает от головной боли, сонливости, раздражительности, не может нормально работать, общаться, заниматься делами. Получается, медицина бессильна. Человек ищет новые способы улучшения ситуации, впустую тратит время на случайные средства и методики. Тоже фиаско. Рано или поздно он идёт в интернет и натыкается на какую-нибудь сомнительную информацию о том, что

бессонница — это страшно, опасно и почти что смертельный приговор. Это вызывает ещё большее напряжение.

Проблема кажется неразрешимой. Все мысли врашаются вокруг бессонницы и её разрушительных последствий. Под воздействием неудач со сном создаётся негативный эмоциональный фон, преобладание депрессивных мыслей. В результате человек может искренне расценивать бессонницу как трагедию, самую главную проблему в жизни, тяжелейшее расстройство. Все эти переживания абсолютно реальны и правдивы для пациента, но субъективная ситуация намного более острая и тягостная, чем объективная.



Это можно сравнить с феноменом боязни смертельной болезни. Представьте: человек убедил себя,

что у него рак. Как он будет себя чувствовать, даже если объективно у него рака нет? Плохо, конечно! Так и с бессонницей: человек думает, что всё ужасно, а на самом деле всё не так уж плохо, как представляется.

Таким образом, в результате сочетания «**предрасположенность + провокация + поддержание**» бессонница превращается в клубок негативных условных рефлексов, которые не дают спать. Она обособляется в самоподдерживающееся, прогрессирующее состояние. В болезнь!

Достаточно всего трёх месяцев стойкого нарушения сна, как дезадаптивное поведение и его следствия становятся основной частью бессонницы, а сама она — хроническим самоценным расстройством. Причина, спровоцировавшая бессонницу, к этому моменту может быть уже менее актуальной или даже совсем исчезнуть, но сон продолжит ухудшаться. Отметьте ниже, характерны ли для вас компоненты хронической неорганической бессонницы:

- проблемы со сном появились три месяца назад или больше;
- причина бессонницы ушла (или ослабла), а проблемы со сном остались;
- вы остаётесь в постели, когда не можете уснуть вечером, просыпаетесь ночью или слишком рано утром;
- вы стараетесь полежать подольше (вечером, утром или днём), но это не помогает;
- по ощущениям, вы спите минимум на 1–2 часа меньше, чем находитесь в постели;
- ночью вас беспокоят тревожные мысли;
- бывает такое, что ночью вы не понимаете, спали вы до этого или просто ворочались;

- у вас бывает ощущение, что вы вообще не спите;
- несмотря на плохой сон, вы обычно не можете уснуть днём;
- по вечерам у вас есть опасение не заснуть или проснуться среди ночи;
- вам дискомфортно от мысли, что придётся ложиться спать без таблетки;
- вы хотите контролировать свой сон, но не получается;
- когда вы просыпаетесь ночью или рано утром, сонливость исчезает очень быстро (либо вы вообще резко просыпаетесь и абсолютно не хотите спать после пробуждения);
- сон не приносит удовольствия, вы просто выключаетесь и включаетесь, когда засыпаете и просыпаетесь;
- иногда вечером хочется спать, но заснуть всё равно не удаётся;
- ночью вы думаете о том, как плохо вам будет завтра;
- вы активно пытаетесь заснуть, когда не спится;
- вам кажется, что никто не может помочь, и бессонница очень сильно мешает вам жить;
- днём вы употребляете стимуляторы, чтобы хоть как-то взбодриться;
- вы принимаете снотворное (постоянно или эпизодически).

Если вы поставили минимум три галочки в приведённом чек-листе, это означает, что у вас, скорее всего, хроническая неорганическая бессонница.

Почему при хронической бессоннице не помогают снотворные?

«Так получается, моё нарушение сна — это не какая-то серьёзная ситуация, а просто клубок негативных рефлексов/реакций/привычек? То есть просто что-то абстрактное в голове?»

Рефлексы/реакции/привычки — серьёзны и не абстрактны. Это не просто что-то умозрительное на уровне психологии, их не получится легко победить, просто договорившись с собой. Иначе вы бы уже давно вернули себе отличный сон.

Чтобы вы поняли, с чем действительно имеете дело, чуть коснёмся нейробиологии бессонницы. Оказывается, она имеет свойство становиться частью организма, менять его структурно. Буквально.

Возьмём неприятный феномен «постель = бессонница», который не даёт вам нормально засыпать, пробуждает вас среди ночи или в несусветную рань и основательно портит вам жизнь. Ваша нервная система научилась, что в постели вы не спите. Вы сами случайно научили её этому, когда начали лежать там без сна. Потому что всеми силами пытались себе помочь. Потому что не знали, что стараться «добрать» сон, заставлять себя уснуть, ворочаться в кровати без сна, таращиться в потолок и тыкать в смартфон, когда не спится, — пагубно.

Мозг пластичен. Допустим, вы впервые в жизни просто полежали в постели, а не спали. Нервная система изумилась необычному поведению, но делать нечего: она всё-таки запустила сигналы «не спим в постели»

по непривычной ей цепочке нейронов. Вы повторили такое поведение во второй, третий раз. Сигналы побежали следом той же дорогой: по всё ещё непривычному пути, но уже с большей сноровкой. А потом...

Вспомните себя, когда впервые осваивали мобильный телефон или компьютер. Медленно, неуверенно. Но теперь вы ориентируетесь в гаджете с закрытыми глазами. Вспомните, как вы чувствовали себя, впервые выполняя незнакомое упражнение в спортзале. Сначала было непонятно: должны сокращаться одни мышцы, а получается, что сокращаются другие. Техника исполнения страдает, равновесие теряется, со стороны выглядит жалко. Зато через какое-то время эти проблемы исчезают — и всё идёт как по маслу. Привычки и навыки закрепляются, и нервная система адаптируется.

У каждого из 86 миллиардов нейронов мозга человека имеются от одного до 10 тысяч контактов с другими нервными клетками. У каждого нейрона — огромное количество потенциальных направлений для передачи импульсов. Чтобы постоянному, привычному, частому сигналу было легче и быстрее проходить в нужном ему направлении, контакты между нервными клетками на его пути укрепляются, их становится больше. Благодаря этому явлению и происходит закрепление навыка, привычки, рефлекса — чего угодно.

Если вы часто не спите в постели, то сигналы с сообщением «в спальне мы мучаемся без сна» бегут по проторенной тропе в вашем мозге, а дорожка с табличкой «в постели мы спим» порастает травой и почти исчезает. И просто вернуть сон — мол, нет, давай-ка с сегодняшней ночи в постели мы будем спать — уже нельзя. Поздно, там уже свои порядки!

Что говорить про рефлексы, если похожее происходит с вашими мыслями в данный момент. Возможно, вы думаете, что зря потратились на эту книгу, поскольку ничего, скорее всего, не получится. Думаете, это просто мысли? Путь для них уже «вырублен» в вашей нервной системе всё теми же нейронными связями. Потому что прежние попытки восстановить сон ни к чему не привели. Потому что вы уже переживали неудачи в прошлом и ждёте их снова. В результате весь этот пессимистичный груз обрёл материальную основу. Эти мысли формируют вашу безрадостную реальность. В этом контексте приходится по-новому воспринимать выражение «мысли материальны». Ведь, по сути, так и есть!

Бессоннице подчиняются поведение и мышление. Ей также подвластны ваши эмоции. Вы не спите. На часах четыре утра, а вы лежите в тёмной спальне и понимаете, что через два часа — утро, а затем сложный и ответственный рабочий день. Стресс. Ваши надпочечники вырабатывают кортизол, который врывается в кровеносное русло и устраивает акт вандализма. Он разрушает мышечные волокна, «царапает» изнутри сосуды, предрасполагает к накоплению висцерального жира, повышает давление, повреждает поджелудочную железу. И конечно, провоцирует раздражение, агрессию. Снижение качества сна, недостаток его глубоких стадий тоже вовлекает эндокринную систему. Вырабатываются биологически активные вещества, влияющие на настроение, они попадают в кровь, определённым образом воздействуют на органы и формируют эмоциональный коктейль из подавленности, апатии, тревоги и так далее.

Проблема со сном глубоко въелась в вашу сущность.

И как это лечить? Снотворным? Нет. Когда мы ставим диагноз «хроническая неорганическая (условно-рефлекторная) бессонница», наша главная задача — НЕ назначить снотворное.

- Дать таблетку легко, а отнять практически невозможно: о боязни засыпать без препарата уже было сказано выше.
- Многие снотворные средства со временем могут вызвать зависимость и превратить человека в лекарственного наркомана.

А главное, при хронической бессоннице снотворное не помогает, не излечивает её. Оно может подавить и выключить сознание, но на сам механизм поломки — негативные рефлексы — не действует. Согласитесь: если у вас плохо работает компьютер, то просто включать и выключать его из сети — бесполезное занятие. Ничего не изменится, пока специалист не разберётся и не устранит саму проблему. Таблетка — это одноразовое решение, которое только откладывает момент реального устранения проблемы и даёт бессоннице фору по времени, чтобы ещё основательнее пустить корни в вашей голове и вашем теле.

Иногда люди с бессонницей доходят до такой степени отваги, что начинают принимать более тяжёлые средства, чем просто снотворные. Например, транквилизаторы. Мы говорим «отваги», потому что это лекарства с очень мощным воздействием на нервную систему: недаром именно средства данной группы исторически применяли у осуждённых-смертников, чтобы успокоить их перед казнью. Те, кто рассматривает их приём, прекрасно знают, что это серьёзные лекарства. Но, несмотря на всю свою мощь, транквилизаторы тоже

не излечивают бессонницу. Это просто ещё более изощрённая попытка успокоить себя и вызвать сон. Они действуют, но лишь на то время, что человек их принимает. Кстати, знаете происхождение слова «транквилизатор»? Это устройство, которое изобрели в 1810 году, чтобы успокаивать буйных больных в психиатрических лечебницах. Транквилизатор — кресло, в которое сажали пациента, закрепляя его руки, ноги и голову в определённом положении. И вам такое «кресло» точно не нужно!



Транквилизатор как он есть

Что ещё бывает? Гипноз? Какие-то аппараты? Ритуалы? Иглоукалывание? Молоко и мёд? Они тоже не помогут справиться с хронической психофизиологической бессонницей. Они тоже не убирают рефлексы!

Пассивного подхода вроде «Похудейте меня», подхода с ожиданием эффекта от какого-то внешнего средства не получится. Или вы дальше позволяете бессоннице уродовать вашу личность и жизнь, или начинаете работать сами. Вы можете «переформатировать» мозг с бессонницей на здоровый сон с помощью лишь одного: **когнитивно-поведенческой терапии (КПТ)**.

«Если я узнаю себя в портрете хронической неорганической бессонницы, значит ли это, что мне можно отказаться от обследования и быть уверенным, что КПТ мне точно поможет?» Как вы понимаете, мы не можем взять на себя ответственность и заявить, что конкретно у вас «та самая» хроническая неорганическая бессонница, которая так здорово лечится когнитивно-поведенческой терапией.

- Не забываем: бессонница может быть и симптомом.
- У вас вполне может быть бессонница-болезнь в сочетании с органическими причинами нарушения сна: дефицитом железа, синдромом апноэ сна или болезнью щитовидной железы, о которых вы не подозреваете.
- Кроме того, есть ряд противопоказаний к проведению когнитивно-поведенческой терапии. В главе о КПТ они описаны подробно.

Поэтому в идеальной ситуации стоит всё же пройти обследование на выявление причин бессонницы у врача-сомнолога.

Если же вы убеждены, что ваша бессонница имеет чисто психофизиологический портрет, а ваше телесное здоровье полностью в порядке, то вы можете без сомнений начинать когнитивно-поведенческую терапию по этой книге.



**КОГНИТИВНО-
ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ
ТЕРАПИЯ БЕССОННИЦЫ**

Хроническая неорганическая бессонница — это «продукт» вашего мозга. По своей сути она представляет собой **ошибки мышления и поведения**, которые привели к автоматическому следствию в виде плохого сна. Нужно устранить эти ошибки — и сон восстановится. На их устранение и направлена когнитивно-поведенческая терапия бессонницы (КПТ, КПТ-Б).

Она состоит из двух частей:

- **когнитивная часть** (лат. cognitio — восприятие, знание) избавляет от ошибок мышления. Она даёт объективную информацию, разъясняет, развенчивает заблуждения относительно сна с помощью твёрдых фактов, помогает понять, что правильно, а что нет, создаёт основание, аргументацию и мотивацию для работы, структурирует её;
- **поведенческая часть** устраниет ошибки поведения. Проводя поведенческую терапию, человек выполняет конкретные полезные рекомендации, совершает действия в верном направлении.

Таким образом, во время когнитивно-поведенческой терапии необходимо ДУМАТЬ и ДЕЛАТЬ. Нужна активная работа, исполнителем которой будете только вы сами. И если вы добросовестно эту работу проведёте — хроническая бессонница уйдёт и никогда не вернётся.

О методе

Когнитивно-поведенческой терапии как методу примерно 60 лет. Её создатель Аарон Бек почти всю свою долгую жизнь (а на момент написания этой книги в 2019 году знаменитому профессору исполнилось уже 97 лет) посвятил данному направлению.

До эры КПТ любые психологические проблемы считались нарушениями, требующими внешнего воздействия и внешней помощи. Самому пациенту работать со своим состоянием не доверяли, как не доверяют фломастеры маленькому ребёнку в отсутствие взрослых. С ним работали «извне»: специалисты с правильными, здоровыми мозгами исправляли проблемы бытия и сознания своих пациентов с помощью порой довольно тяжеловесных назначений.

Аарон Бек был первым, кто всерьёз задумался о не-полноценности такого подхода. Ведь при многих состояниях можно гораздо эффективнее помочь пациенту, доверив значительную часть работы ему самому. Когнитивно-поведенческая терапия стала тогда принципиально новым подходом, основанным на уважительном отношении к человеку, к его разуму, его психике и её возможностям самовосстановления.

Национальный институт здоровья и клинических исследований (NICE) подтвердил, что КПТ — высокоэффективный метод коррекции широкого спектра психологических и пограничных психических расстройств, включая бессонницу, тревогу, депрессию и даже обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР). Для лучшего понимания: при ОКР человеку непреодолимо нужно, к примеру, 33 раза в день тщательно мыть руки, потому что иначе он якобы заболеет и умрёт. Или делать ещё что-нибудь более причудливое якобы во избежание страшных последствий. Вместо того чтобы навечно подсаживаться на таблетки, он может обратиться к специалисту по КПТ и с его помощью помочь сам себе.

Бессонница попала в фокус внимания исследователей КПТ относительно недавно. Раньше считалось, что бессонница — это всегда лишь симптом, следствие

какой-то первичной причины (а их, как мы уже говорили, может быть более сотни). Лечили её по правилу: «Устрани причину — уйдёт следствие».

Чаще всего бессонница считалась симптомом депрессии, явной или скрытой. Но исследования показали, что депрессия (причина бессонницы) во многих случаях излечивается, а бессонница остается. Таким образом, оказалось, что бессонница может быть полностью самостоятельным состоянием, ни от чего не зависящим.

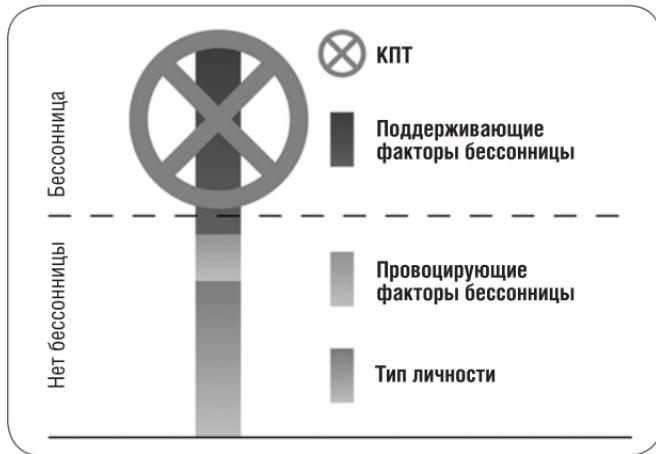
С новым пониманием сути проблемы («бессонница = самостоятельное состояние» и «бессонница = результат ошибок мышления и поведения») изменился и подход к лечению. Оказалось, что разрушение негативных рефлексов/реакций/привычек, о которых мы говорили в предыдущей главе, неизбежно возвращает человека к состоянию здорового сна. Насовсем! Потому что эти рефлексы/реакции/привычки и есть бессонница.

Исправить мышление, исправить поведение. Всё! Даже при выраженной многолетней бессоннице КПТ даёт результат.

Чтобы не быть голословными: **«Когнитивно-поведенческая терапия бессонницы рекомендуется как первая линия лечения хронической бессонницы у взрослых в любом возрасте».**

Хотя различные программы КПТ применяются уже около трёх десятков лет, её утвердили как главный метод лечения бессонницы совсем недавно, в 2017 году. Именно тогда когнитивно-поведенческая терапия была поставлена на первое место в лечении хронической неорганической бессонницы в американских, европейских и российских рекомендациях. За рубежом новый

метод активно приживается и занимает своё законное место, тогда как в России, к сожалению, далеко не все врачи даже просто слышали о нём. А применяют и во все единицы.



КПТ — возвращение здорового сна

Источники:

Клинические рекомендации по фармакологическому лечению хронической инсомнии у взрослых: рекомендации Американской академии медицины сна // Sateia M. J. et al. J. Clin. Sleep Med., 2017. Vol. 13. № 2. Р. 307–349.

Европейские рекомендации по диагностике и лечению инсомнии // Riemann D. et al. J Sleep Res., 2017, Dec. Vol. 26 (6). P. 675–700.

Программа когнитивно-поведенческой терапии бессонницы доктора Бузунова

Один из авторов этой книги имеет длительный опыт в медицине сна и практикует с 1996 года. Долгое время пациентов с хронической бессонницей приходилось ве-

сти согласно общепринятой тактике. Как уже упоминалось, обычно бессонница расценивалась как следствие депрессивного или тревожного состояния (кстати говоря, в той или иной степени это отмечается у половины взрослых людей и часто сопутствует нарушениям сна). Выписывались снотворные средства, транквилизаторы или антидепрессанты со снотворным эффектом. Каждый раз при назначении подобных препаратов было практически очевидно, что лечение будет проводиться длительно, а возможно, пожизненно. Большого удовлетворения это, конечно же, не приносило ни пациентам, ни врачу. В этом смысле примечательно мнение одного знакомого психиатра — она говорила, что у неё очень простая схема лечения хронической бессонницы. Сначала назначаются антидепрессанты на три месяца, если после отмены возникнет рецидив, то на шесть месяцев. При повторном рецидиве — на 12 месяцев, а в следующий раз — пожизненно.

Шёл постоянный поиск альтернатив и изучение зарубежного опыта. В итоге в 2003 году автор предпринял первые попытки применения элементов КПТ в борьбе с бессонницей. Были выпущены брошюра «Советы по здоровому сну» и практическая программа для самостоятельного применения «Программа здорового сна доктора Бузунова». Брошюра, по сути, представляла собой когнитивную часть терапии, а «Программа здорового сна» содержала поведенческие рекомендации по улучшению сна. Издания были напечатаны общим тиражом более чем 50 тысяч экземпляров. Многие пациенты получили возможность избавиться от бессонницы без таблеток. Но у этого способа помощи были недостатки.

Проблема № 1. Вариант не для всех случаев бессонницы.

На тот момент КПТ-Б была настолько малоисследованной, что возможно было создать лишь своего рода прототип полноценной программы улучшения сна. Он хорошо подходил для коррекции нетяжёлых расстройств сна, но был малополезен людям, которые страдают многолетней агрессивной бессонницей, давно принимают снотворное и антидепрессанты, имеют серьёзные психологические последствия бессонницы (страх не заснуть, катастрофизация ситуации, зависимость от таблеток).

Проблема № 2. Без поддержки специалиста не все пациенты могли полноценно выполнять рекомендации.

Материалы выдавались на руки, сопровождались устными рекомендациями, но далее человеку предстояло действовать самому. Стоит ли говорить, что не всем людям в отсутствие поддержки хватало дисциплины и воли, чтобы завершить начатое и действительно восстановить сон.

Проблему № 1 решило время. С накоплением личного и международного опыта, появлением техник КПТ и публикацией результатов новых исследований программа совершенствовалась. В настоящий момент она оптимальна. Согласно международным исследованиям, средняя эффективность КПТ при бессоннице достигает 70 %. Программа КПТ бессонницы доктора Бузунова, адаптированная для России и дополненная богатым личным опытом, помогает более чем в 80 % случаев. Это относится к любым формам неорганической бес-

сонницы, включая самые долгоживущие и тяжёлые ситуации, даже случаи сформировавшейся лекарственной зависимости.

Почему не 100 %? Прежде всего человеческий фактор. Из десяти пациентов, которые пришли к сомнологу, обследовались и решили прибегнуть к КПТ-Б, два человека не имеют достаточной мотивации и дисциплины, чтобы пройти терапию полностью. Просто в силу своих особенностей и несмотря на то, что их сопровождают со всем вниманием. Помните, о чём мы говорили ранее? Нельзя восстановить человеку сон, если он настроен пассивно ожидать результата и не готов работать. Те же, кто прошёл программу до конца, в абсолютном большинстве случаев отмечают либо полное восстановление, либо существенное улучшение сна.

Проблема № 2 тоже решена. На настоящий момент созданы очная программа КПТ бессонницы (личная, персональная работа со специалистом) и удаленная онлайн-программа, где пациентов также сопровождает сомнолог.

Очная программа рассчитана на шесть недель, на протяжении которых проводятся шесть терапевтических консультаций. Схема работы такова: в рамках консультации (сессии), которая обычно длится 45–60 минут, с пациентом разбираются определённые направления работы и перед ним ставятся задачи на неделю. На протяжении недели он выполняет полученные рекомендации и фиксирует происходящие с его сном изменения в дневнике. На следующей сессии оцениваются промежуточные результаты, проводится корректировка хода программы, составляются задачи на следующую неделю. Встречаться со специалистом можно удалённо (Skype, WhatsApp).

Во время сессий последовательно разбираются определённые информационные блоки. В типичных случаях бессонницы структура программы такова.

- *Неделя 1.* Изучение физиологии сна, исходная оценка сна пациента, обучение работе с дневником сна и начало его ведения. Это крайне важный этап, от которого во многом зависит эффективность последующих.
- *Неделя 2.* Методики ограничения сна и контроля раздражителя — терапевтическая основа программы, позволяющая разрушить большинство негативных рефлексов, вызывающих бессонницу, и существенно улучшить качество сна. Далее эти методики с некоторой коррекцией применяются в течение всей программы.
- *Неделя 3.* Гигиена сна и образ жизни — советы по питанию, употреблению кофеинсодержащих продуктов, физической нагрузке и другим важным аспектам повседневной жизни, от которых зависит благополучие сна.
- *Неделя 4.* Работа с негативными убеждениями. Позволяет выработать правильные представления о сне, устраниТЬ преувеличенно негативное восприятие проблем сна (катастрофизацию), укрепить мотивацию, перейти с убеждения «У меня бессонница» на убеждение «Мой сон улучшается».
- *Неделя 5.* Релаксационные техники — специальные рекомендации и упражнения, которые помогают понизить общую тревожность, учать устранять последствия стрессов и увеличивают устойчивость к ним, позволяют добиться психологического расслабления днём и вечером.

- Неделя 6. Гигиена спальни — индивидуальный разбор обстановки спальни и создание среды, оптимальной для здорового сна.
- По окончании завершающей недели проводится итоговая консультация. Сравнивается состояние сна «до» и «после», подводятся итоги и даются рекомендации на будущее, которые позволяют удержать результат (избежать возвращения бессонницы).

Дистанционная онлайн-программа КПТ бессонницы также длится шесть недель и делится на те же тематические блоки. Каждую неделю открываются новые информационные блоки для изучения и даются письменные инструкции. В конце каждой недели участник программы высыпает отчёт, специалист проверяет его и даёт обратную связь. Многим, особенно людям, проживающим не в Москве, удобнее именно такой вариант.

Те же, кто способен к полностью самостоятельной работе, могут вернуть здоровый сон, работая по этой книге. Для наиболее последовательной и результативной работы у неё тоже имеется понедельная структура.

Противопоказания к когнитивно-поведенческой терапии

Любой метод имеет свои ограничения, и когнитивно-поведенческая терапия бессонницы не исключение. Она неэффективна при наличии следующих медицинских противопоказаний:

- расстройства дыхания во сне (синдром обструктивного апноэ сна средней и тяжёлой степени, синдром центрального апноэ сна, хроническая ночная гипоксемия);
- синдром беспокойных ног и периодических движений конечностей во сне;
- циркадные расстройства сна: сменный график работы, частые перелёты со сменой трёх и более часовых поясов (при невозможности нормализовать график сна);
- нарколепсия;
- повышение (гипертиреоз) или понижение (гипотиреоз) функции щитовидной железы;
- выраженный дефицит микроэлементов и витаминов;
- органические поражения головного мозга (черепно-мозговая травма, опухоль, последствия острого нарушения мозгового кровообращения, болезнь Альцгеймера и др.);
- заболевания, сопровождающиеся деменцией и когнитивным дефицитом (выраженные нарушения памяти, концентрации и внимания);
- тяжёлые хронические соматические заболевания (сердечно-сосудистые, лёгочные, неврологические, эндокринные, желудочно-кишечные и др.);
- острые заболевания и обострения хронических соматических заболеваний;
- острые инфекционные заболевания;
- тяжёлые психические расстройства (депрессивный эпизод средней и тяжёлой степени, генерализованное тревожное расстройство, паническое расстройство, шизофрения, маниакально-депрессивное (биполярное) расстройство и другие пограничные

и психотические расстройства, требующие наблюдения психиатра и/или медикаментозной терапии);

- эпилепсия;
- наркомания;
- алкоголизм.

Некоторые из перечисленных состояний представляют собой самостоятельные органические причины бессонницы, то есть бессонница является их симптомом. Как мы говорили, такая бессонница может уйти только при устраниении причинного заболевания, в подобной ситуации надо обратиться к врачу по профилю.

Другие противопоказания ограничивают, делают невозможным/опасным выполнение рекомендаций программы. К примеру, если у человека эпилепсия, то любое ограничение сна, даже проводимое с терапевтической целью, может спровоцировать у него приступ. Если у участника программы в силу возраста или из-за болезни нарушены память и умственные способности, то он не сможет следовать инструкциям по улучшению сна. И так далее.

Если вы не уверены в крепком состоянии своего здоровья и подозреваете у себя наличие противопоказаний, рекомендуется обратиться к врачу, чтобы их исключить.

Продолжите чтение, когда сможете уверенно дать ответ на вопрос ниже.

Есть ли у вас противопоказания к проведению программы когнитивно-поведенческой терапии бессонницы?

Как работать с книгой, чтобы получить наилучшие результаты?

Нужно понимать, что книга — это не полный аналог оригинальной (очной) программы КПТ бессонницы доктора Бузунова. Это стандартный вариант программы для стандартного случая бессонницы. Вариант, лишенный персонификации, индивидуальных рекомендаций, сопровождения, личной поддержки, ответов на вопросы и других моментов, возможных только при работе со специалистом. По этой причине ваш путь к здоровому сну будет несколько сложнее, чем у большинства наших пациентов. Но у вас в любом случае есть все шансы на успех и информация, которая нужна для его достижения.

Вспомните обучение чему-либо. Конечно, при поддержке квалифицированного педагога результат может быть достигнут с помощью меньших нервных и физических затрат, но даже работа с самоучителем при должном упорстве позволяет освоить азы иностранного языка, научиться вязать и даже играть на гитаре. А восстанавливать сон — это легче и быстрее, чем учить язык или осваивать музыкальный инструмент.

Если на протяжении чтения этой книги у вас возникнет необходимость в обратной связи или потребность в дополнительных разъяснениях, пишите на адрес: programma-buzunov@mail.ru. Постараемся помочь!

Основной камень преткновения на вашем пути — вовсе не ограниченность возможностей книги, а всё тот же человеческий фактор и неуверенность в своих силах.

КПТ поможет, даже если:

- вы обследовались вдоль и поперёк, перепробовали рекомендации нескольких врачей — и всё без толку;
- по глазам своего невролога/терапевта/психиатра вы видите, что он давно бы с радостью от вас избавился, если бы знал, к кому вас можно отправить;
- психотерапевт упорно работает с вами, но вам кажется, что работа идёт не тем путём, так как сон не улучшается;
- врач затрудняется в назначении нового снотворного или антидепрессанта, потому что вы уже испытали на себе все соответствующие продукты фармпромышленности без эффекта.

Чтобы всё получилось, от вас необходимо выполнение трёх условий.

Готовность работать

Наличие абонемента в спортзал не означает хорошей спортивной формы. Наличие этой книги и даже факт её прочтения не гарантируют, что сон улучшится. Надо действовать, работать, упираться. Если человек может исследовать тему и говорить о проблеме, но ещё не созрел для действия, ничего у него не выйдет.

Готовы ли вы пройти программу улучшения сна, а не просто почитать и подумать о ней? _____

Выполнение всех рекомендаций в полном объёме по ходу чтения книги

Порой бывает, что человек следует только тем советам, которые ему нравятся, а неудобные для себя отвергает. Или самостоятельно исключает отдельные элементы техник и упражнений. К сожалению, при избирательных усилиях должного результата не будет.

Или он думает: «Сначала всё прочитаю, а потом начну делать». Неправильно. Со временем половина материала забудется. Потом, пытаясь внедрить в свою жизнь сразу всё прочитанное, вы не сможете выполнить рекомендации достаточно качественно.

Приступайте к упражнениям и техникам по ходу чтения книги, выполняя их в полном объёме. Книга специально построена по неделям, чтобы вы постепенно, в правильном порядке, без надрыва вводили новые элементы терапии в свою жизнь и получали эффект. И она не случайно составлена подобно рабочей тетради — со строчками вопросов и местами для ответов, опросниками и приложениями с дневником сна. Это поможет вам работать более полноценно и методично.

Если нужно фиксировать свой сон в ежедневном дневнике сна — делайте это! Если необходимо заполнять его утром после пробуждения — пожалуйста, заполняйте утром после пробуждения, а не вечером следующего дня, когда вы уже всё забыли. Если согласно программе требуется вставать в 6 часов утра — вставайте в 6:00, а не в 6:10. Каждая, казалось бы, мелочь важна.

Будете ли вы следовать всем рекомендациям, выполнять их в указанном порядке и в соответствии с инструкцией?

Внимание и практике, и теории

Люди часто допускают школьную ошибку типа: «В книге читаю только диалоги, а описания природы и прочую воду пропускаю». Стارаются перейти к интересному — к практике, а информационные блоки пропускают.

Мы с вами собираемся заняться когнитивно-поведенческой терапией бессонницы. И практика (поведенческие техники) — это только её часть. Другая часть — когнитивная — заключается в осознании, смене установок, обосновании новых убеждений и разрушении старых, внутренней работе вашего мозга. Это неотъемлемая часть работы. Будете скакать через страницы и читать по диагонали — не получите половину знаний и навыков, которые должны получить. А значит, не будет ожидаемого эффекта.

Эта книга для широкого круга читателей. Поэтому многие рекомендации даны в общем виде (конечно же, со всеми необходимыми оговорками и вариантами выбора). Общие рекомендации вам придётся своими силами персонализировать, интерпретировать под себя — словом, вам нужно будет принимать небольшие самостоятельные решения по ходу чтения. Для этого требуется вдумчивое, внимательное, полное изучение информации. Без этого вы не будете уверены в том, что ваши решения правильные.

Будете ли вы изучать материал вдумчиво и полностью?

Если на все три вопроса вы ответили «да», то всё будет отлично. С бессонницей удалось справиться многим людям — получится и у вас.

Всё ли вам понятно? Готовы ли вы, наконец, начать?
Добро пожаловать в программу восстановления сна!
Зафиксируйте дату начала и приступайте.

Я, _____,
начал программу когнитивно-поведенческой терапии
бессонницы «____» 20_____ года.