

Оценка эффективности комплексной медико-психологической методики лечения пациентов с инсомнией

Васильева А.В.^{1,2}, Караваева Т.А.^{1,3,4,5}, Колесова Ю.П.¹, Радионов Д.С.¹, Старунская Д.А.¹,
Фомичева М.А.¹, Абдуллаева С.М.¹

¹Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии
им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

²Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург, Россия

³Санкт-Петербургский государственный университет, Россия

⁴Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Россия

⁵Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова,
Санкт-Петербург, Россия

Оригинальная статья

Резюме. В данной статье представлена оценка эффективности программы оказания медико-психологической помощи больным с инсомнией, основанная на психотерапевтическом и психофизиологическом подходах, в том числе, с помощью световой лампы, приборов биологической обратной связи с учетом клинико-психологических и социально-психологических характеристик, а также оценена эффективность этой программы. В научной литературе не описано аналогов совокупности применения данных методик для контингента больных с инсомнией амбулаторного звена. Уникальность разработанной программы заключается в ее четкой алгоритмизации, отсутствии сложных техник психологической (психотерапевтической) интервенции, что обеспечивает воспроизводимость программы в учреждениях практического здравоохранения при наличии в штате врача-психотерапевта или клинического психолога, владеющего навыками когнитивно-поведенческой терапии и диафрагмального дыхания. Методика прошла клиническую апробацию, утвержденную Минздравом РФ (протокол 2020-37-3). Количественная оценка эффективности метода проводилась по семи показателям: (1) Улучшение субъективных характеристик сна, (2) Улучшение качества сна, (3) Снижение индекса тяжести инсомнии, (4) Снижение дневной сонливости, (5) Уменьшение последствий нарушений сна, (6) Снижение выраженности тревоги, (7) Улучшение общего клинического впечатления.

В рамках оценки достижения целевого результата согласно Приказу 46н Минздрава РФ от 02.02.2022 (Положение о клинической апробации) был установлен порог в 85%. По показателям (1) Улучшение субъективных характеристик сна, (2) Улучшение качества сна, (3) Снижение индекса тяжести инсомнии, (4) Снижение дневной сонливости целевой результат составил более 85%, что значимо больше в сравнении с показателями группы контроля. Произведена оценка соответствия распределения показателей нормальному закону с помощью критерия Холмогорова-Смирнова. Сравнение групп с использованием методов аналитической статистики проводилась с помощью t-критерия Стьюдента для зависимых выборок и U-критерия Манна Уитни для независимых выборок. Оценка корреляции количественных результатов осуществлена с применением коэффициента Пирсона (r) для интервальных переменных с нормальным распределением. Результаты принято считать достоверными при $p < 0,01$. Все полученные эмпирические значения находились в зоне статистической значимости. Оценка полученных данных в ходе проведения клинической апробации показывает эффективность предложенной клинико-психологической методики лечения инсомнии.

Ключевые слова: инсомния, медико-психологическая методика лечения, психотерапия, светотерапия, немедикаментозная терапия

Информация об авторах:

Васильева Анна Владимировна — e-mail: annavdoc@yahoo.com, <https://orcid.org/0000-0002-5116-836X>

Караваева Татьяна Артуровна — e-mail: tania_kar@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8798-3702>

Колесова Юлия Павловна — e-mail: yulia_leo@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0004-1180-9283>

Радионов Дмитрий Сергеевич* — e-mail: psyradionov@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-9020-3271>

Старунская Диана Андреевна — e-mail: stardia@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-8653-8183>

Фомичева Мария Алексеевна — e-mail: mashafom91@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3136-4168>

Автор, ответственный за переписку: Радионов Дмитрий Сергеевич — e-mail: dumradik@mail.ru

Corresponding author: Dmitriy S. Radionov — e-mail: dumradik@mail.ru

Абдуллаева Сакинат Манолесовна — e-mail: abdullaevasm1@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-9194-4987>

Как цитировать: Васильева А.В., Караваева Т.А., Колесова Ю.П., Радионов Д.С., Старунская Д.А., Разина М.А., Абдуллаева С.М. Комплексная медико-психологическая методика лечения пациентов с инсомнией. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2023; 57:4:30-41. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2023-4-773>.

Конфликт интересов: Васильева А.В., Караваева Т.А. являются членами редакционной коллегии.

Effectiveness evaluation of the complex medical and psychological method of treating patients with insomnia

Anna V. Vasileva^{1,2}, Tatiana A. Karavaeva^{1,3,4,5}, Yulia P. Kolesova¹, Dmitriy S. Radionov¹, Diana A. Starunskaya¹, Maria V. Fomicheva¹, Sakinat M. Abdullaeva¹

¹V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russia

²I.I. Mechnikov North-western Medical State University, Saint Petersburg, Russia

³Saint-Petersburg State University, Russia

⁴Saint-Petersburg State Pediatric Medical University, Russia

⁵National Medical Research Center of Oncology Named after N.N. Petrov, Saint Petersburg, Russia

Research article

Summary. This article presents an assessment of the effectiveness of the program for providing medical and psychological care to patients with insomnia, based on psychotherapeutic and psychophysiological approaches, including using a light lamp, biofeedback devices, taking into account clinical and psychological and socio-psychological characteristics, and also evaluates the effectiveness this program. The scientific literature does not describe analogues of the totality of the use of these methods for the contingent of patients with outpatient insomnia. The uniqueness of the developed program lies in its clear algorithmization, the absence of complex techniques of psychological (psychotherapeutic) intervention, which ensures the reproducibility of the program in practical health care institutions if there is a psychotherapist or clinical psychologist on staff who knows the skills of cognitive behavioral therapy and diaphragmatic breathing. The technique has passed clinical testing approved by the Ministry of Health of the Russian Federation (protocol 2020-37-3). The quantitative evaluation of the effectiveness of the method was carried out on seven indicators: (1) Improvement in the subjective characteristics of sleep, (2) Improvement in the quality of sleep, (3) Reduction of the insomnia severity index, (4) Reduction of daytime sleepiness, (5) Reduction of the consequences of sleep disorders, (6) Decreased anxiety, (7) Improved overall clinical impression. As part of the assessment of the achievement of the target result, in accordance with Order 46n of the Ministry of Health of the Russian Federation dated February 2, 2022 (Regulations on Clinical Approbation), a threshold of 85% was set. In terms of (1) Improvement in the subjective characteristics of sleep, (2) Improvement in the quality of sleep, (3) Decrease in the severity index of insomnia, (4) Decrease in daytime sleepiness, the target result was more than 85%, which is significantly higher compared to the control group. An assessment was made of the correspondence of the distribution of indicators to the normal law using the Kholmogorov-Smirnov criterion. Comparison of groups using methods of analytical statistics was carried out using Student's t-test for dependent samples and Mann Whitney's U-test for independent samples. The assessment of the correlation of quantitative results was carried out using the Pearson coefficient (r) for interval variables with a normal distribution. The results are considered to be significant at $p < 0.01$. All obtained empirical values were in the zone of statistical significance. Evaluation of the data obtained in the course of clinical testing shows the effectiveness of the proposed clinical and psychological method for the treatment of insomnia.

Keywords: insomnia, complex medical and psychological treatment, psychotherapy, light therapy, non-drug therapy

Information about the authors:

Anna V. Vasileva — e-mail: annavdoc@yahoo.com, <https://orcid.org/0000-0002-5116-836X>

Tatiana A. Karavaeva — e-mail: tania_kar@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8798-3702>

Yulia P. Kolesova — e-mail: yulia_leo@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0004-1180-9283>

Dmitriy S. Radionov* — e-mail: psyradionov@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-9020-3271>

Diana A. Starunskaya — e-mail: stardia@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-8653-8183>

Maria V. Fomicheva — e-mail: mashafom91@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3136-4168>

Sakinat M. Abdullaeva — e-mail: abdullaevasm1@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-9194-4987>

To cite this article: Vasil'eva AV, Karavaeva TA, Kolesova YuP, Radionov DS, Starunskaya DA, Fomicheva MV, Abdullaeva SM. Complex medical and psychological method of treating patients with insomnia. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2023; 57:4:30-41. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2023-4-773>. (In Russ.)

Conflict of Interest: Anna V. Vasileva, Tatiana A. Karavaeva are members of the editorial board.

Инсомния определяется как клинический синдром, характеризующийся наличием повторяющихся нарушений инициации, продолжительности, консолидации или качества сна, возникающих, несмотря на наличие достаточного времени и условий для него, и проявляющихся нарушениями дневной деятельности [10,27]. В исследовании Л.Г. Морозовой были представлены основные часто встречающиеся жалобы пациентов с диагностированной бессонницей: общее беспокойство (78%), снижение концентрации внимания (62%), снижение энергии (62%), вялость (34%), утомляемость по вечерам (25%), увеличение числа вегетативных расстройств и тревожности [5].

Инсомния является серьезной медицинской и социальной проблемой, которая затрагивает, по различным подсчетам, от 6 до 30-40% общей популяции [6,8,9]. В европейских странах и России нарушения сна (инсомнию) фиксируют у 10% лиц, обращающихся в общую медицинскую сеть в возрасте 25 лет, 35–50% — в зрелом возрасте, в пожилом и старческом — около 70%, а к 95 годам инсомния беспокоит 100% опрошиваемых [10,27]. Чаще определяются нарушения сна у лиц, имеющих социальные, материальные или психологические трудности, у людей неработающих, имеющих неустойчивый график или работающих по сменному графику [1].

Результаты эпидемиологических исследований указывают на высокую коморбидность нарушений сна и различных форм соматической и неврологической патологии. [6,19,29]. Нередко её наличие ассоциировано с повышенным риском возникновения психических расстройств [18,23,24]. У 40% больных инсомнией выявляется одно или более психических расстройств по сравнению с 16% у людей без нарушений сна [7,27]. Инсомнию рассматривают в качестве предрасполагающего фактора развития депрессивных и тревожных расстройств, алкогольной зависимости и злоупотребления ПАВ [2,14,25]. Также имеются данные о высокой частоте встречаемости заболеваний сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, нарушений обмена веществ и эндокринологической патологии [13,32].

Социальные последствия инсомнии проявляются в увеличении случаев отсутствия на рабочем месте из-за плохого самочувствия (абсентизм) или же снижения продуктивности при формальном наличии человека на рабочем месте (презентизм). Снижение внимания и скорости реакции у больных инсомнией увеличивает риск несчастных случаев на производстве (8% среди плохо спящих рабочих по сравнению с 1% хорошо спящих) и дорожно-транспортных происшествий (в 2 раза) [11]. Особого внимания заслуживает киберхон-

дрия, заключающаяся в стремлении самостоятельной постановки диагноза на основе симптомов заболеваний, описанных на интернет-сайтах, что способствует потенциации тревоги в отношении здоровья, приводя к нарушениям сна [21,28]. Медицинские риски инсомнии также определяют актуальность разработки и внедрения эффективных методов и программ лечения нарушений сна. Представление о негативном влиянии инсомнии на здоровье базируется на результатах популяционных исследований, выявивших повышенную смертность малоспящих людей (сон менее 6 часов за ночь) и увеличение заболеваемости при сменном характере работы.

В зависимости от диагностируемого вида инсомнии определяется алгоритм ее лечения. При этом применяются как медикаментозный, так и немедикаментозный подходы, современные методики воздействия направлены на достижение формирования структуры сна, максимально приближенной к естественной. Однако, несмотря на множество научных разработок в области фармакотерапии, частота нарушений сна среди населения сохраняется, к тому же, нередко наблюдаются резистентная к фармакотерапии инсомния [3,8,12,26].

В качестве терапии первой линии при хронической инсомнии у взрослых в любом возрасте рекомендуется когнитивно-поведенческая терапия инсомнии (КПТИ). Рассматриваются различные варианты КПТИ (обучение гигиене сна, методы релаксации, когнитивная терапия, поведенческие стратегии — ограничение сна, контроль стимула), другие психотерапевтические подходы (метод безосознанного наблюдения и гипнотерапия) [15,30]. Имеются данные сравнительного анализа эффективности лекарственной терапии и когнитивно-поведенческой терапии нарушений сна. В сравнительных исследованиях методики когнитивно-поведенческой терапии показывают эффективность, сопоставимую и даже превосходящую эффективность снотворных медикаментозных средств. Так, в группах, где применялась когнитивно-поведенческая терапия, большее число испытуемых достигало нормального сна, то есть время засыпания сокращалось до 30 минут и менее, а эффективность сна становилась более 85%. При этом эффект когнитивно-поведенческой терапии превышал даже эффект от комбинированной терапии (психотерапия плюс снотворное средство), а при долгосрочном наблюдении эти результаты сохранялись дольше, чем результаты применения снотворных препаратов [21]. Среди применяемых в последнее время немедикаментозных методов лечения инсомнии начали использовать терапию ярким белым светом.

Типичный симптом нарушения нехватки дневного света, что характерно для жителей северных стран и городов — расстройство привычного ритма сна и ночное бодрствование, вызываемые тревогой, нарастающей с наступлением вечера и ночи [4]. Показано, что через сетчатку глаза, гипоталамус, эпифиз яркий белый свет оказывает влияние на циркадные ритмы, активность мелатониновых рецепторов, не эпифизарно расположенных, неспецифические системы мозга; изменяет психические, эндокринные, моторные функции. Яркий белый свет оказывает влияние на активность нейротрансмиттеров; обмен мелатонина, серотонина, катехоламинов и др. Положительный эффект от фототерапии (светотерапии) проявляется уменьшением или исчезновением головной боли, уменьшением симптомов вегетативной дистонии, гипервентиляционного синдрома, снижением уровня депрессии, уменьшением тревоги, улучшением сна [17,20,31]. Зачастую бессонница связана с повышенным уровнем тревоги пациента. Справиться с тревогой, мешающей быстрому засыпанию пациентов и провоцирующей частые ночные пробуждения, помогают расслабляющие (релаксационные) техники. Замедляя ритм напряженной жизни и восстанавливая психологический и физиологический баланс, пациент рассеивает тревогу [16].

Одной из наиболее эффективных, зарекомендовавших себя расслабляющих техник является дыхательная гимнастика или дыхательно-релаксационная терапия по методу диафрагмального дыхания. Дыхательно-релаксационная терапия (диафрагмальное дыхание) сочетает в себе элементы психической и мышечной релаксации. Переход на брюшной тип дыхания вызывает рефлекс Геринга-Брейера, который способствует уменьшению активности ретикулярной формации ствола мозга, снижению психического напряжения, уменьшению гипервентиляционного синдрома и тревоги, которые часто имеют место у пациентов с инсомнией [9]. Таким образом, обучившись навыкам диафрагмального дыхания, пациент способен самостоятельно регулировать свое психофизиологическое состояние перед сном, снимать тревожность, а также, концентрируясь на своем дыхании, отвлекаться от навязчивых мыслей и переживаний, переводить фокус внимания с дисфункциональных убеждений на ощущения в теле, что способствует более быстрому засыпанию.

Тот факт, что частота встречаемости инсомнии держится на высоком уровне, несмотря на появление все новых видов снотворных препаратов и их широкое применение в медицине, свидетельствует о том, что фармакотерапия, хотя и служит временным разрешением проблемы нарушений сна, но не решает ее полностью, а часто усугубляет ее в связи с побочными действиями препаратов и развитием лекарственной зависимости, особенно в случаях самолечения. Позитивные результаты работы с инсомнией доказывают, что когнитивная терапия по сравнению с фармакотерапией имеет более устойчивый долгосрочный эффект. Поэтому

необходимы дальнейшие исследования, разработка и обоснование эффективных немедикаментозных методик лечения нарушений сна.

Цель исследования. Изучение эффективности комплексной медико-психологической методики лечения пациентов с инсомнией, включающей КПТИ и психофизиологические методы (диафрагмальное дыхание, светолечение) по сравнению с рутинной практикой

Задачи исследования. Проведение исследования клинических, эмоциональных и психосоциальных изменений у больных с инсомнией неорганической природы до и после участия их в комплексной медико-психологической программе, а также в катамнезе в сравнении с данными контрольной группы. Оценка эффективности предлагаемого метода.

Критерии инсомнии неорганической природы (МКБ-10):

А. Жалобы на расстройства сна, заключающиеся в трудности засыпания либо ночных пробуждениях, либо плохом качестве сна.

Б. Расстройство сна отмечалось минимум три раза в неделю за один месяц.

В. Расстройство сна приводит к выраженному дистрессу для личности или препятствует личностному функционированию в повседневной жизни.

Г. Отсутствует этиологический органический фактор, такой как наличие неврологического или другого соматического состояния, расстройство, связанное с употреблением психоактивного вещества, или прием препаратов.

Материалы и методы исследования. Проведено открытое рандомизированное проспективное контролируемое исследование в параллельных группах с заслепленной реитерской оценкой. Исследование проводилось в соответствии с протоколом клинической апробации «Комплексная медико-психологическая методика лечения инсомнии» (индекс протокола: 2020-37-3), GCP и нормативными требованиями:

- Участие пациентов в исследовании добровольное;
- Пациент мог отказаться от участия в исследовании или прекратить его в любое время без каких-либо дополнительных затрат и последствий.
- Протокол данного исследования был одобрен этическим комитетом Министерства здравоохранения РФ и локальным этическим комитетом при ФГБУ «НМИЦ ПН» им. В.М.Бехтерева Минздрава России

Отбор и исключение пациентов был проведен на основании следующих критериев:

Критерии включения пациентов:

1. Наличие информированного согласия на участие в клинической апробации;
2. Дееспособные мужчины и женщины в возрасте 18-65 лет, свободно владеющие русским языком;

3. Наличие инсомнии неорганической природы (F51.0);

Критерии невключения пациентов:

1. Возраст менее 18 лет и более 65 лет;
2. Наличие умеренных и выраженных когнитивных расстройств;
3. Сопутствующая (другая) значимая психическая и соматическая патология (другие тяжелые соматические заболевания);
4. Наличие выраженного синдрома обструктивного апноэ сна (индекс апноэ/гипопноэ АНН более 5).
5. Наличие синдрома беспокойных ног, либо периодических движений конечностей.
6. Наличие пароксизмальных состояний и ночной эпилепсии.
7. Объективная регистрация хорошего сна, что наблюдается при псевдоинсомнии.
8. Отсутствие информированного согласия.

Критерии исключения пациентов (т.е. основания прекращения применения апробируемого метода), а также процедуры, определяющие:

1. Развитие значимой сопутствующей психической или соматической патологии (острые и обострения хронических заболеваний);
2. Выявление в процессе первичного психодиагностического обследования когнитивных расстройств, препятствующих участию в программе;
3. Прекращение наблюдения по независимым причинам, связанным с изменением обстоятельств у пациента, таким как смена места жительства пациента и др.
4. При получении новых данных о безопасности метода, если риск для здоровья будет превышать значимость процедур.
5. Отказ пациента от дальнейшего участия в клинической апробации на любом этапе.

При выявлении критериев исключения для пациента было предусмотрено последующее наблюдение в течение 3 месяцев (при наличии на это согласия пациента).

Исследование проводилось в три этапа (Рис.1):

Первый этап — скрининг. В рамках первого этапа проводилась проверка соответствия пациента критериям включения/невключения. С целью исключения синдрома обструктивного апноэ сна на первой этапе осуществлялось проведение полисомнографического исследования с кардиореспираторным мониторингом (ПСГ) и расчет индекса апноэ/гипопноэ.

Осуществлялось проведение клинико-диагностического интервью со сбором демографических сведений о пациенте: пол, возраст, социальный и семейный статус; клинико-anamnestических данных: продолжительность сна, частота ночных пробуждений, наличие нарушений сна в анамнезе, длительность заболевания, степень трудоспособности, наличие сопутствующих заболеваний.

В рамках первого этапа проводилось психодиагностическое исследование с использованием следующего инструментария:

1. Анкета бальной оценки субъективных характеристик сна (по Вейн А.М.): позволяет оценить качество сна пациентов по 5-балльной шкале для каждого пункта. Всего пунктов 5. Максимальная суммарная оценка—30 баллов. 22 и более баллов—это показатели, характерные для здоровых испытуемых, 19—21 балл—пограничные значения, а показатели менее 19 баллов—признак неблагополучия. Эта анкета также удобна для оценки эффективности снотворных лекарственных и нелекарственных методов лечения.
2. Питтсбургский опросник на определение индекса качества сна (Buysse D.J. et al.): Индекс качества сна Питтсбурга (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI)—это самостоятельный отчет-опросник, в котором оценивается качество сна за интервал времени в 1 месяц. PSQI был разработан в 1988 году Байссом и его коллегами из университета Питтсбурга. Представляет собой стандартизованный опросник о сне, состоящий из 19 пунктов, он измеряет несколько различных аспектов сна, предлагая семь оценок компонентов и одну общую оценку. Оценки компонентов включают: субъективное качество сна, задержку сна (сколько времени нужно, чтобы заснуть), продолжительность сна, обычную эффективность сна (процент времени, проведенного в постели, когда человек спит), нарушения сна и использование снотворных препаратов. Статистический анализ также поддерживает рассмотрение трех факторов, которые включают эффективность сна (с использованием переменных продолжительности сна и эффективности сна), воспринимаемое качество сна (с использованием переменных субъективного качества сна, задержки сна и лекарств для сна) и ежедневных нарушений (с использованием нарушений сна и дневного времени).
3. Опросник «Индекс тяжести инсомнии», ИТИ (Insomnia Severity Index, ISI—Bastien, Vallieres, Morin., Savard et al.): используется для оценки субъективной тяжести инсомнии и состоит из 7 пунктов, оцениваемых по шкале Ликерта от 0 до 4 баллов. Анкета из 7 вопросов, заполняется пациентом и оценивает выраженность симптомов инсомнии. Также она используется для оценки динамики состояния в ходе лечения.
4. Шкала сонливости Эпворта, ШСЭ (Epworth Sleepiness Scale, ESS) шкала, предназначенная для измерения дневной сонливости, которая измеряется с помощью очень короткого вопросника. Она была введена в 1991 году доктором Мюрреем Джонсом из больницы Эпворт в Мельбурне, Австралия. В анкете испытуемому предлагается оценить свою вероятность засыпания по шкале возрастания вероятности от 0 до 3

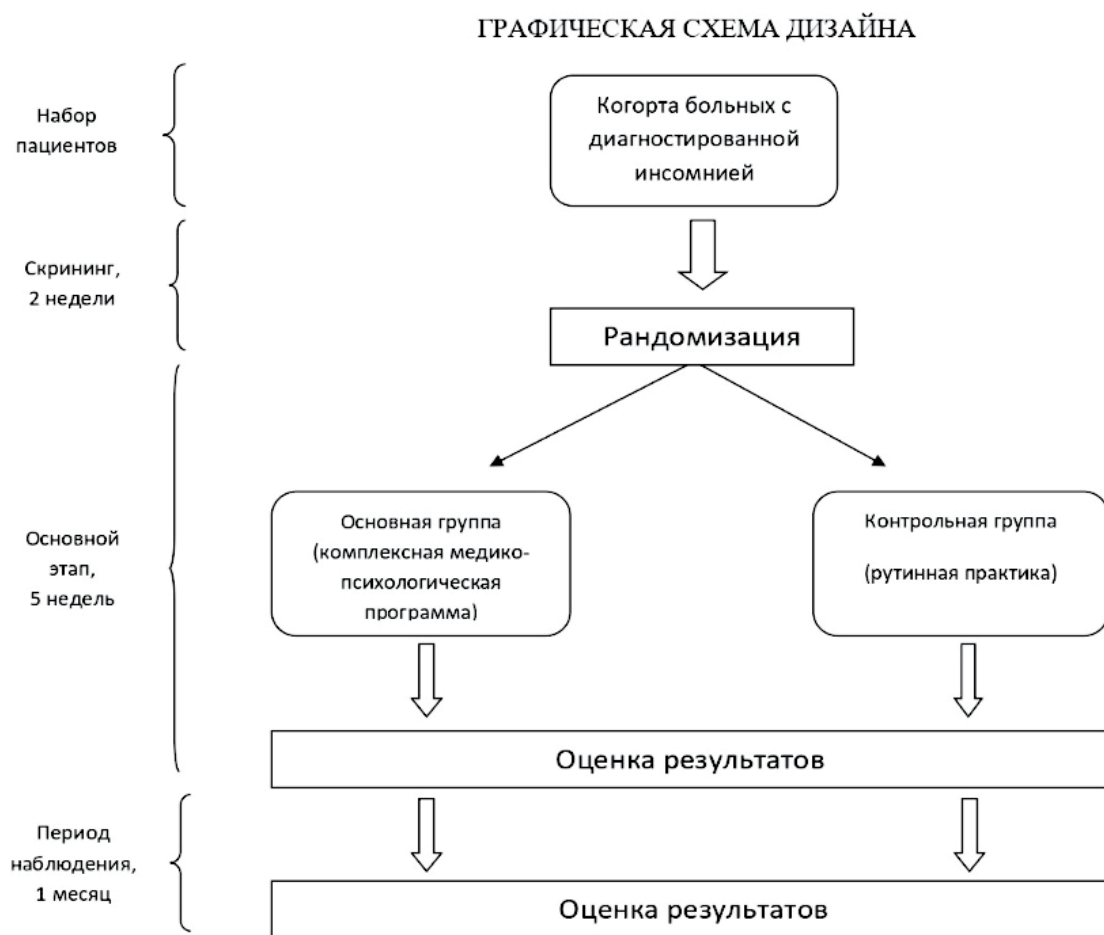


Рис. 1. Графическая схема дизайна исследования
Fig. 1. Study design graphic

- для восьми различных ситуаций, с которыми большинство людей сталкивается в повседневной жизни, хотя и не обязательно каждый день. Баллы за восемь вопросов суммируются, чтобы получить одно число. Число в диапазоне 0-9 считается нормальным, в то время как число в диапазоне 10-24 указывает на то, что следует обратиться за квалифицированной медицинской консультацией.
- Опросник по последствиям нарушения сна (Functional outcomes of sleep questionnaire, FOSQ—Weaver et al.): состоящий из 30 вопросов, касающихся влияния усталости на повседневную деятельность, инструмент был разработан для оценки качества жизни респондента в связи с нарушениями чрезмерной сонливости. Исследуются пять областей повседневной жизни: уровни активности, бдительность, близость и сексуальные отношения, продуктивность и социальные результаты. Опросник пока-
 - зан как для исследовательских, так и для клинических целей (скрининг, оценка результатов лечения и др.).
 - Шкала тревоги Гамильтона (Hamilton Anxiety Scale—HAM-A) (Hamilton, M.): шкала состоит из 14 пунктов, каждый из которых определяется серией симптомов и измеряет как психическую тревогу (психическое возбуждение и психологический дистресс) и соматическая тревога (физические жалобы, связанные с беспокойством).
 - Шкала Гамильтона для оценки депрессии (Hamilton psychiatric rating scale for depression, HAM-D) (Hamilton M.): опросник с несколькими пунктами, используемый для выявления депрессии и в качестве руководства для оценки выздоровления. Анкета предназначена для взрослых и используется для оценки тяжести их депрессии путем исследования настроения, чувства вины, суицидальных мыслей, бессонницы, возбуждения или заторможенно-

сти, беспокойства, потери веса и соматических симптомов.

8. Шкала общего клинического впечатления (Clinical Global Impression Scale, CGI): была создана в 1976 г в Национальном институте психического здоровья США (Spearing M.K. et. al., 1997). Шкалу CGI используют после клинической оценки состояния по другим шкалам (сравнивают результаты оценки пред началом лечения и после завершения этапа или всего курса лечения). CGI оценивается по 7-балльной шкале, при этом шкала тяжести заболевания использует диапазон ответов от 1 (Здоров) до 7 (Очень сильно ухудшилось). Оценка CGI-C (Clinical Global Improvement or Change) варьируются от 1 (Очень сильно улучшилось) до 7 (Очень сильно ухудшилось). Оценка ответа на лечение должна учитывать, как терапевтическую эффективность, так и связанные с лечением побочные явления и варьируются от 0 (Значимое улучшение и отсутствие побочных эффектов) до 4 (Без изменений или ухудшение и побочные эффекты превалируют над терапевтическим эффектом). Каждый пункт CGI оценивается отдельно; по шкале не оценивается суммарный балл.

Второй (основной) этап — проведение комплексной медико-психологической программы лечения инсомнии. Была осуществлена рандомизация пациентов с использованием специальной компьютерной программы. Каждому пациенту был присвоен индивидуальный номер. Распределение пациентов в основную (Группа 1) и контрольную группу (Группа 2) произведено в соотношении 1:1.

В основной группе (Группа 1) реализована комплексная медико-психологическая программа лечения инсомнии, включавшая 10 индивидуальных сессий когнитивно-поведенческой психотерапии (с частотой 2 раза в неделю, время — 60 минут) и 10 сеансов комплексных психофизиологических методов (с частотой 3 раза в неделю, время — 60 минут), включавших в себя тренинг по диафрагмальному дыханию (45 минут), светолечение (15 минут). Общее количество встреч — 20. Длительность программы — 5 недель.

В процессе индивидуальной когнитивно-поведенческой психотерапии пациент обучался основным принципам гигиены сна, приемам, направленным на самостоятельное определение имеющегося нервно-психического напряжения и его снятие, навыку выявления и оспаривания дисфункциональных убеждений, касающихся представлений о сне, причинах инсомнии, способах ее коррекции, что в целом способствовало формированию системы рационального мышления. Курс психотерапии в сочетании со светотерапией и диафрагмальным дыханием направлен на обучение пациента самоанализу и саморегуляции, что дает возможность самостоятельно следить за своим состоянием и регулировать его, распознавать на-

чальные проявления болезненных состояний, самостоятельно предотвращать их или купировать, своевременно обращаться за квалифицированной медицинской помощью в случае необходимости.

В контрольной группе (Группа 2), согласно требованиям, предъявляемым к протоколам клинической апробации, применялась рутинная практика для лечения инсомнии неорганической природы.

По завершению программы всем пациентам была проведена повторная индивидуальная консультация врача-психотерапевта и повторное индивидуальное психодиагностическое исследование, проводимое клиническим психологом

По завершению основного этапа производилось заполнение индивидуальной регистрационной карты (ИРК) пациента по исследуемым параметрам, с оценкой уровня тревоги и депрессии. Общая длительность основного этапа составила 5 недель.

Третий этап — период последующего наблюдения. Включал визит через 1 месяц после завершения основного этапа. На визите проводилась индивидуальная консультация врача-психотерапевта или клинического психолога, включавшая психодиагностическое интервью, оценку динамики психологического самочувствия.

Оценка результатов производилась независимым (заслепленным) рецензентом, не принимавшим непосредственного участия в проведении клинической апробации и не информированным о том, к какой исследовательской группе (основной или контрольной) принадлежит обследуемый.

Результаты количественной оценки эффективности метода клинической апробации проводились по семи показателям:

1. Улучшение субъективных характеристик сна;
2. Улучшение качества сна;
3. Снижение индекса тяжести инсомнии;
4. Снижение дневной сонливости;
5. Уменьшение последствий нарушений сна;
6. Снижение выраженности тревоги;
7. Улучшение общего клинического впечатления;

Для статистического анализа использованы методы описательной статистики качественных и количественных данных. Произведена оценка соответствия распределения показателей нормальному закону с помощью критерия Холмогорова-Смирнова. Сравнение групп с использованием методов аналитической статистики проводилась с помощью t-критерия Стьюдента для зависимых выборок и U-критерия Манна Уитни для независимых выборок. Оценка корреляции количественных результатов осуществлена с применением коэффициента Пирсона (r) для интервальных переменных с нормальным распределением.

Результаты принято считать достоверными при $p < 0,01$.

Результаты исследования и обсуждение

Всего было обследовано 74 человека (37 в Группе 1 и 37 в Группе 2), средний возраст — 39,0 (±

13,045). Из них мужчин — 23 (31,1 %) женщин — 51 (68,9 %). В Группе 1 — 2 женщины (72,9 %), 10 мужчин (27,1 %); в Группе 2 — 24 женщины (64,8%) и 13 мужчин (35,2 %). Группы сопоставимы по возрастному и половому составу.

Среди обследуемых было 5 (6,9%) человек со средним образованием, 18 (24,3 %) — со средне-специальным, 15 (20,2%) — с незаконченным высшим, 36 (48,6 %) — с высшим. В Группе 1: среднее образование — 3 (8,2%) участников, средне-специальное — 7 (18,9%), незаконченное высшее — 9 (24,3 %), высшее — 18 (48,6 %); в Группе 2: среднее — 2 (5,5%), средне-специальное — 11 (29,7%), незаконченное — 6 (16,2%), высшее — 18 (48,6%). Группы сопоставимы по образовательному статусу.

Социальный статус исследуемых. Из общего числа пациентов студентов было 12 (16,2%), работающих — 35 (47,2%), безработных — 18 (24,3%), пенсионеров — 68 (10,8%), безработных — 49 (1,2%), лиц, живущих на пособие — 1 (1,3%). В Группе 1: студентов — 8 (21,6%), работающих — 17 (45,9%), безработных — 6 (16,2%), пенсионеров — 6 (16,2%). В Группе 2: студенты — 4 (10,8%), работающие — 18 (48,6%), безработные — 12 (32,4%), пенсионеры — 2 (5,4%), лиц, живущих на пособие — 1 (2,7%). Группы сопоставимы по социальному статусу.

Семейное положение в целом по группе: в браке — 25 (33,7%), в разводе — 10 (13,5%), холостые — 37 (50%), вдовцы — 2 (2,7%). Участники группы 1: в браке — 12 (32,4%), в разводе — 5 (14,7%), холостые — 19 (51,3%), вдовцы — 1 (1,6%).

В й группе 2: в браке — 13 (35,2%), холостые — 19 (48,6%), в разводе — 5 (13,5%), вдовцы — 1 (2,7%). Группы сопоставимы по социальному статусу.

В ходе оценки соответствия распределения переменных нормальному закону с помощью одновыборочного критерия Холмогорова-Смирнова были получены результаты, указывающие на нормальное распределение переменных (Табл.1)

В качестве переменных были использованы количественные значения, полученные в ходе психодиагностического исследования Группы 1 и Группы 2 по завершению программы:

1. Субъективные характеристики сна;
2. Качества сна;
3. Индекс тяжести инсомнии;
4. Дневная сонливость;
5. Последствия нарушений сна;
6. Выраженность тревоги;
7. Общее клиническое впечатление;

В рамках оценки достижения целевого результата согласно Приказу 46н Минздрава РФ от 02.02.2022 (Положение о клинической апробации) был установлен порог в 65%. При достижении целевого результат более 65% степень достижения оценивалась, как частичная, а более 85% как полная. По показателям (1) Улучшение субъективных характеристик сна, (2) Улучшение качества сна, (3) Снижение индекса тяжести инсомнии, (4) Снижение дневной сонливости целевой результат в Группе 1 составлял более 85%, что значительно

Таблица 1. Проверка соответствия распределения переменных нормальному закону
Table 1. Checking whether the distribution of variables is normality

Переменные	Психодиагностическая методика для измерения переменной	Параметры нормального распределения переменной (Группа 1)		Параметры нормального распределения переменной (Группа 2)	
		Среднее	Стандартное отклонение	Среднее	Стандартное отклонение
Субъективные характеристики сна*	Анкета бальной оценки субъективных характеристик сна	22,6216	2,63893	16,8889	2,96434
		Среднее	Стандартное отклонение	Среднее	Стандартное отклонение
Качество сна*	Питтсбургский опросник на определение индекса качества сна	6,4865	1,366700	10,111111	2,446896
		Среднее	Стандартное отклонение	Среднее	Стандартное отклонение
Индекс тяжести инсомнии*	Опросник «Индекс тяжести инсомнии», ИТИ	3,270270	3,437123	9,722222	4,706294
		Среднее	Стандартное отклонение	Среднее	Стандартное отклонение
Снижение дневной сонливости*	Шкала сонливости Эпворта, ШСЭ	3,027027	2,793708	8,000000	4,174754
		Среднее	Стандартное отклонение	Среднее	Стандартное отклонение
Последствия нарушений сна*	Опросник по последствиям нарушения сна	16,019459	2,843670	13,347500	2,804790
		Среднее	Стандартное отклонение	Среднее	Стандартное отклонение
Выраженность тревоги*	Шкала тревоги Гамильтона	5,432432	5,161506	10,027027	4,549032
		Среднее	Стандартное отклонение	Среднее	Стандартное отклонение
Общее клиническое впечатление*	Шкала общего клинического впечатления	2,991892	1,754261	3,386486	1,811562
		Среднее	Стандартное отклонение	Среднее	Стандартное отклонение

*Проверяемое распределение является нормальным

п/п №	Наименования показателя оценки эффективности	Оценка степени достижения целевого результата	Достижение целевого результата (в процентах)	p
1	Улучшение субъективных характеристик сна	Целевой результат полностью достигнут	87%	p≤0.01**
2	Улучшение качества сна	Целевой результат полностью достигнут	94%	p≤0.01**
3	Снижение индекса тяжести инсомнии	Целевой результат полностью достигнут	97%	p≤0.01**
4	Снижение дневной сонливости	Целевой результат полностью достигнут	100%	p≤0.01**
5	Уменьшение последствий нарушений сна	Целевой результат частично достигнут	70%	p≤0.01**
6	Снижение выраженности тревоги	Целевой результат полностью достигнут	97%	p≤0.01**
7	Улучшение общего клинического впечатления	Целевой результат полностью достигнут	91%	p≤0.01**

**p≤0.01 — полученные данные представляются значимыми

Наименования показателя оценки эффективности	Медиана количественного показателя Группы 1 (nсум,37)	Медиана количественного показателя Группы 2 (nсум, 37)	Uэмп	p (Uкр)
Улучшение субъективных характеристик сна	Первый квартиль (Q25): 22 Медиана (Q50): 22 Третий квартиль (Q75): 25	Первый квартиль (Q25): 14,5 Медиана (Q50): 17 Третий квартиль (Q75): 19	176*	p≤0.01** (454)
Улучшение качества сна	Первый квартиль (Q25): 6 Медиана (Q50): 6 Третий квартиль (Q75): 7	Первый квартиль (Q25): 8 Медиана (Q50): 9,5 Третий квартиль (Q75): 12	1*	p≤0.01* * (454)
Снижение индекса тяжести инсомнии	Первый квартиль (Q25): 1 Медиана (Q50): 2 Третий квартиль (Q75): 3,5	Первый квартиль (Q25): 15 Медиана (Q50): 17 Третий квартиль (Q75): 19	28*	p≤0.01* * (454)
Снижение дневной сонливости	Первый квартиль (Q25): 1,5 Медиана (Q50): 2 Третий квартиль (Q75): 4	Первый квартиль (Q25): 4 Медиана (Q50): 8 Третий квартиль (Q75): 11	258*	p≤0.01* * (454)
Уменьшение последствий нарушений сна	Первый квартиль (Q25): 14 Медиана (Q50): 17,5 Третий квартиль (Q75): 46	Первый квартиль (Q25): 12 Медиана (Q50): 15 Третий квартиль (Q75): 59,5	337*	p≤0.01* * (454)
Снижение выраженности тревоги	Первый квартиль (Q25): 1 Медиана (Q50): 3 Третий квартиль (Q75): 10	Первый квартиль (Q25): 7 Медиана (Q50): 10 Третий квартиль (Q75): 13	319,5*	p≤0.01* * (468)
Улучшение общего клинического впечатления	Первый квартиль (Q25): 1,7 Медиана (Q50): 2,2 Третий квартиль (Q75): 4,35	Первый квартиль (Q25): 3,8 Медиана (Q50): 5 Третий квартиль (Q75): 5,4	310*	p≤0.01* * (468)

Полученное эмпирическое значение Uэмп находится в зоне значимости
**p≤0.01 — полученные данные представляются значимыми

превалировало в сравнении с показателями контрольной Группы 2 (Табл. 2).

Статистическая обработка данных и определение уровня значимости эффективности метода проводилась с использованием U-критерия Ман-

на-Уитни для сравнения основной и контрольной (независимых) групп. Оценка осуществлялась по следующим параметрам: Улучшение субъективных характеристик сна, Улучшение качества сна, Снижение индекса тяжести инсомнии, Снижение

п/п №	Исход:	Удельный вес пациентов группы 1:	t-критерий Стьюдент (tэмп)	p
1	Выздоровление	65%	3.4	p≤0.01**
2	Улучшение	13%	3.4	p≤0.01**
3	Ухудшение	12%	3.4	p≤0.01**
4	Без перемен	10%	3.4	p≤0.01**

**Полученное эмпирическое значение t находится в зоне значимости

дневной сонливости, Уменьшение последствий нарушений сна, Снижение выраженности тревоги, Улучшение общего клинического впечатления. Все полученные эмпирические значение Уэмп по данным показателям находились в зоне статической значимости $p \leq 0.01$ (Табл.3)

Дополнительная оценка результативности метода проводилась с использованием шкала общего клинического впечатления (CGI), по данным которой суммарный процент улучшения и выздоровления пациентов группы 1 после проведения программы составил 78%, из которых удельный вес пациентов с увеличенной длительностью ремиссии составил 65%. Статистическая значимость оценивалась с использованием t-критерия Стьюдент для зависимых выборок (Табл.4).

Заключение. На настоящее время не описано аналогов совокупности применения психотерапевтического и психофизиологического подходов для контингента больных с инсомнией неорганиче-

ской природы амбулаторного звена. Уникальность представленной комплексной медико-психологической методики заключается в ее четкой алгоритмизации, отсутствии сложных техник психологической (психотерапевтической) интервенции, что обеспечивает воспроизводимость программы в учреждениях практического здравоохранения при наличии в штате врача-психотерапевта или клинического психолога, владеющего навыками когнитивно-поведенческой терапии и диафрагмального дыхания. Оценка полученных данных в ходе проведения клинической апробации показывает эффективность предложенной клинико-психологической методики лечения инсомнии. В ходе последующей статистической обработки полученные результаты показали высокую значимость, что соответствует установленным цели и задачам исследования.

Литература/References

1. Васильева А.В., Караваева Т.А. Психосоциальные факторы профилактики и терапии невротических расстройств в мегаполисе: мишени интервенций в здоровом городе. Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2020;(2):95-104.
Vasileva AV, Karavaeva TA. Psychosocial factors of the neurotic disorders treatment and prevention in metropolis. Obzrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Bekhtereva. 2020;(2):95-104. (In Russ.).
<https://doi.org/10.31363/2313-7053-2020-2-95-104>
2. Караваева Т.А., Васильева А.В., Радионов Д.С. Злоупотребление алкоголем у пациентов с социальными фобиями: проблемы коморбидности, диагностики, этиопатогенеза и подходов к психотерапии. Вопросы наркологии. 2022;7-8(211):27-53.
Karavaeva TA, Vasileva AV, Radionov DS. Alcohol abuse in patients with social phobias: the problems of comorbidity, diagnosis, etiology, pathogenesis, and approaches to psychotherapy. Voprosy narkologii. 2022;7-8(211):27-53 (In Russ.).
https://doi.org/10.47877/0234-0623_2022_7-8_27
3. Караваева Т.А., Михайлов В.А., Васильева А.В., Полторак С.В., Поляков А.Ю., Моргачева Т.В., Сафонова Н.Ю. Сравнительное исследование эффективности личностно-ориентированной (реконструктивной) и когнитивно-поведенческой психотерапии при тревожных расстройствах невротического уровня с инсомнией. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018;118(4-2):60-66.
Karavaeva TA, Mikhaylov VA, Vasileva AV, Poltorak SV, Polyakov AYU, Morgacheva TV, Safonova NY. A comparative study of the efficacy of personality-oriented (reconstructive) and cognitive-behavioral psychotherapy in neurotic anxiety disorders with insomnia. Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova. 2018;118(4-2):60-66. (In Russ.).
<https://doi.org/10.17116/jnevro20181184260>
4. Корабельникова Е.А. Возможности коррекции инсомнии без применения снотворных препаратов. Эффективная фармакотерапия. 2013;12:30-38.
Korabel'nikova EA. Possibilities for correcting insomnia without the use of sleeping pills. Efhektivnaya farmakoterapiya. 2013;12:30-38. (In Russ.).
5. Морозова Л.Г., Посохов С.И., Ковров Г.В. Особенности субъективной оценки при нарушении качества сна и бодрствования у больных

- с психофизиологической инсомнией. Неврологический журнал. 2011;16(5):30-34.
Morozova LG, Posokhov SI, Kovrov GV. Features of subjective assessment of disturbances in the quality of sleep and wakefulness in patients with psychophysiological insomnia. *Nevrologicheskii Zhurnal*. 2011;16(5):30-34. (In Russ.).
6. Полуэктов М.Г. Возможности лечения инсомнии у пациентов с сопутствующими заболеваниями. Эффективная фармакотерапия. 2018;35:18-23.
Poluektov MG. Treatment of Insomnia in Patients with Comorbid diseases. *Effektivnaya farmakoterapiya*. 2018;35:18-23. (In Russ.).
 7. Полуэктов М.Г. Расстройства сна в практике психиатра. Современная терапия психических расстройств. 2012. №4. С.11-17.
Poluektov MG. Sleep disorders in psychiatrists practice. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroistv*. 2012;4:11-17. (In Russ.).
 8. Полуэктов М.Г., Пчелина П.В. Хроническая инсомния: современная модель «трех П» и основанные на ней методы лечения. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2015;115(12):141-147.
Poluektov MG, Pchelina PV. Chronic insomnia: treatment methods based on the current «3P» model of insomnia. *Zhurnal Nevrologii i Psikhiiatrii im. S.S. Korsakova*. 2015;115(12):141-147. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/jnevro2015115112141-147>
 9. Полуэктов М.Г., Цендерадзе С.Л. Современные представления о синдроме инсомнии с учетом требований Международной классификации расстройств сна и подходы к ее лечению. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014;114(11):92-97.
Poluektov MG, Tsenteradze SL. A contemporary conception of insomnia syndrome and its treatments in view of International classification of sleep disorders. *Zhurnal Nevrologii i Psikhiiatrii im. S.S. Korsakova*. 2014;114(11):92-97. (In Russ.).
 10. Стрыгин К.Н., Полуэктов М.Г. ИНСОМНИЯ. Медицинский Совет. 2017;(1S):52-58.
Strygin KN, Poluektov MG. INSOMNIA. *Meditsinskiy sovet*. 2017;(1S):52-58. (In Russ.). <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2017-0-52-58>
 11. Цендерадзе С.Л., Полуэктов М.Г. Влияние нарушений сна на здоровье и возможности их коррекции. Медицинский Совет. 2018;(18):30-33.
Tsenteradze SL, Poluektov MG. The effect of sleep disorders on health and the possibility of correction of sleep disorders. *Meditsinskiy sovet*. 2018;(18):30-33. (In Russ.). <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2018-18-30-33>
 12. Abad VC, Guilleminault C. Insomnia in Elderly Patients: Recommendations for Pharmacological Management. *Drugs Aging*. 2018;35(9):791-817. <https://doi.org/10.1007/s40266-018-0569-8>
 13. Alexandros N, Vgontzas, Edward O, Bixler, Hung-Mo Lin, Paolo Prolo, George Mastorakos, Antonio Vela-Bueno, Anthony Kales, George P. Chrousos, Chronic Insomnia Is Associated with Nyctohemeral Activation of the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis: Clinical Implications, *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2001;86(8):3787-3794. <https://doi.org/10.1210/jcem.86.8.7778>
 14. Chakravorty S, Chaudhary NS, Brower KJ. Alcohol Dependence and Its Relationship With Insomnia and Other Sleep Disorders. *Alcohol Clin Exp Res*. 2016;40(11):2271-2282. <https://doi.org/10.1111/acer.13217>
 15. Ebben MR, Spielman AJ. Non-pharmacological treatments for insomnia. *J Behav Med*. 2009;32(3):244-254. <https://doi.org/10.1007/s10865-008-9198-8>
 16. Edinger JD, Arnedt JT, Bertisch SM, et al. Behavioral and psychological treatments for chronic insomnia disorder in adults: an American Academy of Sleep Medicine systematic review, meta-analysis, and GRADE assessment. *J Clin Sleep Med*. 2021;17(2):263-298. <https://doi.org/10.5664/jcsm.8988>
 17. Gammack JK. Light therapy for insomnia in older adults. *Clin Geriatr Med*. 2008;24(1):139-viii. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2007.08.013>
 18. Hertenstein E, Feige B, Gmeiner T, et al. Insomnia as a predictor of mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev*. 2019;43:96-105. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2018.10.006>
 19. Javaheri S, Redline S. Insomnia and Risk of Cardiovascular Disease. *Chest*. 2017;152(2):435-444. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2017.01.026>
 20. Kim WH, Joa KL, Kim CB, et al. The Effect of Bright Light Therapy on Sleep and Quality of Life in Patients With Poststroke Insomnia. *Psychosom Med*. 2022;84(1):123-130. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000001014>
 21. McMullan RD, Berle D, Arnáez S, Starcevic V. The relationships between health anxiety, online health information seeking, and cyberchondria: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2019;245:270-278. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.037>
 22. Morin CM, Davidson JR, Beaulieu-Bonneau S. Cognitive Behavior Therapies for Insomnia I: Approaches and Efficacy In: Kryger M.H., Roth T., Dement W.C. (eds.) *Principles and Practice of Sleep Medicine*. 6th ed. Philadelphia: Elsevier. 2016;804-813.
 23. Neckelmann D, Mykletun A, Dahl AA. Chronic insomnia as a risk factor for developing anxiety and depression. *Sleep*. 2007;30(7):873-880. <https://doi.org/10.1093/sleep/30.7.873>
 24. Nutt D, Wilson S, Paterson L. Sleep disorders as core symptoms of depression. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2008;10(3):329-336. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2008.10.3/dnut>
 25. Pasman JA, Smit DJA, Kingma L, Vink JM, Treur JL, Verweij KJH. Causal relationships between sub-

- stance use and insomnia. *Drug Alcohol Depend.* 2020;214:108151.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.10815>
26. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, et al. *European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia.* *J Sleep Res.* 2017;26(6):675-700.
<https://doi.org/10.1111/jsr.12594>
27. Roth T. *Insomnia: Definition, Prevalence, Etiology, and Consequences.* *J Clin Sleep Med* 2007;3(5):7-10
28. Schenkel SK, Jungmann SM, Gropalis M, Wittthöft M. *Conceptualizations of Cyberchondria and Relations to the Anxiety Spectrum: Systematic Review and Meta-analysis.* *J Med Internet Res.* 2021;23(11):e27835.
<https://doi.org/10.2196/27835>
29. Todd J, Austin H, Clarke P, Notebaert L. *Chronic Pain, Insomnia and their Mutual Maintenance: A Call for Cognitive Bias Research.* *J Pain.* 2022;23(9):1530-1542.
<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2022.03.241>
30. Trauer JM, Qian MY, Doyle JS, Rajaratnam SM, Cunnington D. *Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Insomnia: A Systematic Review and Meta-analysis.* *Ann Intern Med.* 2015;163(3):191-204.
<https://doi.org/10.7326/M14-2841>
31. Van Maanen A, Meijer AM, van der Heijden KB, Oort FJ. *The effects of light therapy on sleep problems: A systematic review and meta-analysis.* *Sleep Med Rev.* 2016;29:52-62.
<https://doi.org/10.1016/j.smrv.2015.08.009>
32. Zhang Y, Jiang X, Liu J, Lang Y, Liu Y. *The association between insomnia and the risk of metabolic syndrome: A systematic review and meta-analysis.* *J Clin Neurosci.* 2021;89:430-436.
<https://doi.org/10.1016/j.jocn.2021.05.039>

Сведения об авторах

Караваева Татьяна Артуровна — доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, руководитель отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России; профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»; профессор кафедры общей и прикладной психологии с курсами медико-биологических дисциплин и педагогики ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России; ведущий научный сотрудник научного отдела инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Петрова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация. E-mail: tania_kar@mail.ru

Васильева Анна Владимировна — доктор медицинских наук, главный научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, доцент кафедры психотерапии и сексологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, Российская федерация. E-mail: annavdoc@yahoo.com

Колесова Юлия Павловна — кандидат медицинских наук, заведующая 9 психиатрическим отделением ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: yulia_leo@mail.ru

Радионов Дмитрий Сергеевич — младший научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, e-mail: dumradik@gmail.com

Старунская Диана Андреевна — младший научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. E-mail: stardia@yandex.ru

Фомичева Мария Алексеевна — клинический психолог отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. E-mail: — e-mail: mashafom91@mail.ru

Абдуллаева Сакинат Манолесовна — клинический психолог: клинический психолог ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. E-mail: abdullaevasm1@gmail.com

Поступила 17.02.2023

Received 17.02.2023

Принята в печать 21.09.2023

Accepted 21.09.2023

Дата публикации 20.12.2023

Date of publication 20.12.2023