

УДК: 616.8—009.836 : 616.89-08 : [615.825.1 + 615.841.112 + 615.851]

РАЗРАБОТКА КОМПЛЕКСНОЙ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ПРОГРАММЫ
КОРРЕКЦИИ ДИССОМНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В СТРУКТУРЕ
НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

*Татьяна Артуровна Караваева, Владимир Алексеевич Михайлов, Анна Владимировна Васильева,
Станислав Валерьевич Полторак, Александр Юрьевич Поляков, Мария Валерьевна Разина,
Наталья Юрьевна Сафонова*

*Научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева,
192019, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3, e-mail: tania_kar@mail.ru*

Реферат. Специфика разработанной персонализированной 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. Отличительными характеристиками предложенной программы являются ее краткосрочность, ориентированность на достижение конкретных клинических эффектов, сочетание симптоматического и патогенетического подходов, финансовая доступность, что является несомненным достоинством для пациентов, страдающих невротическими расстройствами с нарушениями сна, тревожными психопатологическими нарушениями.

Ключевые слова: нарушения сна, диссомнические расстройства, когнитивно-поведенческая психотерапия, диафрагмальное дыхание, микрополяризация.

DEVELOPMENT OF A COMPREHENSIVE
PERSONALIZED PROGRAM FOR THE CORRECTION
OF DISSOMNIC DISORDERS IN THE STRUCTURE
OF NEUROTIC DISORDERS

Tatyana A. Karavaeva, Vladimir A. Mikhailov,
Anna V. Vasilieva, Stanislav V. Poltorak, Aleksandr Y. Polyakov,
Maria V. Razina, Natalia Y. Safonova

The St.PetersburgPsychoneurological Research Institute
bearing named by V.M. Bekhterev,
3, Bekhterev St., 192019 Saint Petersburg,
e-mail: tania_kar@mail.ru

Specificity of the personalized program involves its clear algorithmization, the absence of complex techniques of psychological (psychotherapeutic) intervention. That ensures the reproducibility of the program in institutions of practical public health where there is psychotherapist or clinical psychologist who has the skills of cognitive-behavioral therapy and diaphragmatic respiration. The distinctive features of the proposed program are its short-term, focus on achieving specific clinical effects, a combination of symptomatic and pathogenetic approaches, financial accessibility. All of these aspects define an undoubted advantage for patients suffering from neurotic diseases with sleep, anxiety psychopathological disorders.

Key words: Sleep disorders, dissonmic disorders, cognitive-behavioral psychotherapy, diaphragmatic respiration, micropolarization.

В настоящее время невротические расстройства являются широко распространенными заболеваниями, манифестирующими в молодом, социально активном возрасте [3, 16]. Из группы невротических расстройств наиболее распространены среди населения тревожно-фобические, панические [16], генерализованное расстройство [18], неврастения [1]. Соотношение медикаментозного и немедикаментозного воздействия в терапии невротических расстройств гибко определяется в каждом конкретном случае [3, 4, 6].

Основными препаратами лечения невротических расстройств являются бензодиазепиновые и небензодиазепиновые анксиолитики (буспирон, гидроксизин, этифоксин, алпрозолам, клоназепам и др.), антидепрессанты с антитревожным действием (тразодон, пароксетин, сертралин, флуоксетин, мirtазапин и др.), малые нейролептики (сульпирид, алимемазин, тиоридазин и др.) [10]. Высокая эффективность характеризует препарат тразодон, который обладает хорошей переносимостью, анксиолитической, антифобической, тимоаналептической активностью, нормализует сон. По результатам исследования, проведенного в 2013 году рядом отечественных ученых (Михайлов В.А., Полуэктов М.Г., Полторак С.В., Левин Я.И., Поляков А.Ю. и др.), было выявлено, что прием тразодона в дозе 150 мг в сутки больными с тревожными и депрессивными расстройствами непсихотического уровня с нарушениями сна приводит к снижению уровня тревоги, улучшению субъективной оценки качества ночного сна [8].

Чем выраженнее в сложном патогенезе тревожных расстройств невротического уровня биологические механизмы, тем более положи-

тельный эффект дает применение лекарственной терапии. В то же время биологические виды лечения не всегда решают стратегические задачи достижения длительного и устойчивого результата, а лишь тактические, что определяется выраженностью и стабильностью вегетативных нарушений, существенной ролью психогенных факторов в формировании невротических нарушений.

На базе отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева проводилось клиническое и клинко-психологическое исследование пациентов с невротическими расстройствами, находившихся на стационарном лечении. В изучаемую группу вошло 104 пациента с диагнозом, соответствующим диагностической рубрике МКБ-10 F4 – невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40, F41,0 F41.1, F42, F48), среди них было 20,2% мужчин, 79,8% женщин. Возраст исследуемых пациентов был от 18 до 63 лет, средний возраст группы пациентов с невротическими расстройствами – 35,23 года.

Одной из задач исследования было изучение частоты встречаемости наиболее характерных для пациентов с невротическими расстройствами синдромов (их перечень был определен на предшествующем этапе) [1]. Исследовалась представленность 24 синдромов. В общей выборке исследуемых пациентов наиболее часто наблюдались следующие клинические синдромы: тревожный – 84,6%, диссомнический – 64,8%, астенический – 51,0%, фобический – 48,1%, депрессивный – 40,4%, синдром вегетативного возбуждения – 40,4%, обсессивный – 7,8%.

На основе данных корреляционного анализа был проведен кластерный иерархический анализ, который позволил при помощи предварительно заданных переменных разбить общую совокупность синдромов на группы, согласно закономерностям их сочетания. В основной кластер попали синдромы, образующие наиболее сильные взаимосвязи – тревожный, диссомнический, синдром вегетативного возбуждения, что свидетельствует о ведущей роли этих клинических нарушений в формировании невротических расстройств.

Тревожный синдром при невротических расстройствах включал в себя приступы страха, тревоги, не связанные с реальной опасностью, хотя и имеющие конкретную фабулу, но не сформированную в четкую стойкую фобию. Чаще всего у этих пациентов тревожные переживания затрагивали различные сферы отношений и жизнедеятельности.

Диссомнический синдром был представлен различными типами нарушения сна. Чаще всего у пациентов с тревожными расстройствами невротического уровня выявлялась трудность засыпания из-за беспокоящих тревожных мыслей, усиления страхов, связанных с возможным ухудшением состояния в ночное время, повышенной чувствительности к незначительным раздражителям, воспроизведения актуальных личностных переживаний, ипохондрической фиксации на соматических ощущениях. Прерывистый или поверхностный сон часто сопровождался тревожными и кошмарными сновидениями, отсутствием чувства отдыха утром, вегетативными нарушениями. Реже всего наблюдались ранние пробуждения, которые нередко сопровождалось наплывом тревожных мыслей, дурными предчувствиями. У ряда пациентов отмечались два или все три вида нарушения сна [5, 11].

Согласно полученным данным в проводимом исследовании при невротических расстройствах выраженность и характер диссомнического синдрома в значительной степени определялись направленностью основных имеющихся нарушений и психологических переживаний. При обсессивно-компульсивном варианте нарушения сна были выражены в меньшей степени, основным можно выделить неспецифическое ухудшение качества сна, при ипохондрическом варианте (фиксации на состоянии) пациенты были озабочены всеми физиологическими процессами, протекающими в организме, в том числе и сном, могли приобретать специальные устройства, позволяющие фиксировать общую длительность сна и характеристику его отдельных фаз, увлеченно изучать суточные различия. При неврастении основными были трудности засыпания, которому препятствовали тревожные руминации, связанные с опасениями не выполнить предъявляемые к себе требования из-за дефицита сна.

Имелась динамика диссомнических нарушений в течение недели при пятидневном графике работы. Лучшее качество сна приходилось на ночь с пятницы на субботу, пресомнические нарушения усиливались в воскресенье вечером перед началом рабочей недели, из-за тревожных руминаций, связанных с профессиональной деятельностью. Категоричные требования к себе, повторные усилия по выполнению больших объемов работы вызывали нарушение ритма сна-бодрствования, когда чрезмерная активность в вечернее время еще больше усугубляла нарушения засыпания. Часто встречалась парадоксальная сомнезия, когда сонливость рассеивается при попытке уснуть. Сон становился поверхностным, прерывистым с тревожными сновидениями, отражающими беспокойство по поводу работы, без чувства отдыха по утрам. Повышенная сонливость в дневное время заставляла этих пациентов ложиться спать в дневное время, что еще больше нарушало циркадный ритм.

При истерических личностных характеристиках у пациентов пресомнические нарушения были связаны либо со страхом отхода ко сну из-за существующих интерперсональных конфликтов и сексуальной дисгармонии в партнерских отношениях, либо у части пациентов имелся страх засыпания из-за того, что достижение релаксации субъективно переживалось как утрата собственного Я и приравнивалось к смерти. Часто отмечались интрасомнические нарушения, сопровождающиеся выраженными сенестопатическими, фобическими, вегето-соматическими проявлениями, пробуждения сопровождалась приступами паники, с их последующей фобической переработкой. Вегетативная лабильность, являющаяся биологической особенностью этих пациентов могла усугублять диссомнические нарушения. Другим симптомом являлся поверхностный, грезоподобный сон с отсутствием «чувства сна» и свежести при пробуждении [7]. Пациенты с истерическими особенностями были склонны аггравировать имеющиеся диссомнические нарушения с целью поиска сочувствия или манипуляции поведением близких.

Синдром вегетативного возбуждения включал диффузные вегетативные проявления (сердцебиение, потливость, чувство жара или ознобы,

тремор, покраснение, сухость во рту и др.; проявления вегетативной соматоформной дисфункции со стороны какой-то определенной системы органов; вегетативные кризы) [20, 21].

При лечении невротических расстройств целесообразно использовать стратегию терапевтического вмешательства, сочетающую различные методы и средства, которые объединены научно, методологически в обоснованную программу комплексного персонализированного воздействия на основании биопсихосоматической концепции развития нарушений [10].

Выделение сочетания тревожного, диссомнического синдромов и вегетативной дисфункции в качестве доминирующего комплекса в клинической картине невротических расстройств стало основой для разработки немедикаментозной персонализированной комплексной лечебной программы, включающей применение психотерапевтических и психофизиологических методов, сочетающих принципы когнитивно-поведенческого подхода, включающего тренинг диафрагмального дыхания и соляной микрополяризации.

Выбор указанного психотерапевтического метода (когнитивно-поведенческой психотерапии) и используемых психофизиологических техник обусловлен эффективностью их применения для лечения тревожных проявлений, инсомнических нарушений, вегетативных расстройств в различных нозологических категориях, что стало основой разработанной персонализированной программы. Основными результатами программы для пациентов являются: снижение уровня тревоги, нормализация скорости засыпания, улучшение продолжительности и качества сна, уменьшение астенических проявлений, нормализация фона настроения, восстановление циркадных ритмов, эмоционального баланса, вегетативной регуляции, повышение сбалансированности циклов и стадий сна, увеличение трудоспособности и улучшение социального функционирования, приобретение навыков диафрагмального (физиологического) дыхания, направленных на обучение пациентов релаксации и саморегуляции.

Одной из наиболее эффективных, зарекомендовавших себя расслабляющих техник, применяющихся в рамках комплекса методов «Биологическая обратная связь и саморегуляция» (БОС)

у больных с невротическими расстройствами и тревожными нарушениями является дыхательная гимнастика или дыхательно-релаксационная терапия по методу диафрагмального дыхания [2, 15]. Исследование, проведенное в 2015 году А.Г. Нарышкиным и соавт. показало высокую эффективность использования соляной поляризации для лечения больных с соматоформной, гипоталамической и вегетативной патологией [9, 13].

Описание программы. Отличительные характеристики предложенной программы – это ее краткосрочность, ориентированность на достижение конкретных клинических эффектов, сочетание симптоматического и патогенетического подходов, финансовая доступность, что является несомненным достоинством для пациентов, страдающих невротическими расстройствами с нарушениями сна, тревожными психопатологическими нарушениями. В ней не используются психологические интервенции, которые могут привести к повышению психоэмоционального напряжения, и таким образом ухудшить состояние пациентов.

Программа организована в 3 этапа. Первый этап – диагностический: проверка соответствия критериям включения/невключения, клинко-диагностическое интервью, сбор медико-демографических данных, психодиагностическое исследование, проведение полисомнографии. Критерии включения пациентов: наличие информированного согласия; дееспособные мужчины и женщины в возрасте 18–65 лет, свободно владеющие русским языком; наличие невротического расстройства с тревожным, диссомническим синдромами, вегетативными нарушениями. Критерии неключения пациентов: возраст менее 18 и более 65 лет; наличие умеренных и выраженных когнитивных расстройств; сопутствующая (другая) значимая психическая и соматическая патология (другие тяжелые соматические заболевания); наличие выраженного синдрома обструктивного апноэ сна (индекс апноэ/гипопное АНІ более 5); наличие синдрома беспокойных ног, либо периодических движений конечностей; наличие пароксизмальных состояний и ночной эпилепсии; объективная регистрация хорошего сна, что наблюдается при псевдоинсомнии; отсутствие информированного согласия.

На диагностическом этапе программа включает регистрацию и оценку следующих параметров:

Проведение клинического интервью:

- демографические сведения о пациенте: пол, возраст, социальный и семейный статус.

- клинко-anamnestические данные: длительность заболевания, трудоспособность, динамика и выраженность психопатологических нарушений, характеристики нарушений сна [22], влияние внешних психотравмирующих обстоятельств, результаты предыдущего лечения, наличие сопутствующих заболеваний.

Основные исследуемые параметры (оцениваются с помощью психометрических методик): Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), Шкала астенического состояния (ШАС), Анкета балльной оценки субъективных характеристик сна, Питтсбургский опросник на определение индекса качества сна (PSQI), Опросник «Индекс тяжести инсомнии» (ISI), «Тест на определение дневной сонливости» – шкала EPWORTH, «Шкала дисфункциональных убеждений в отношении сна» Ч. Морино, Шкала общего клинического впечатления (CGI).

Лабораторно-инструментальные параметры: полисомнография. Позволяет исключить из исследования пациентов с выраженным синдромом обструктивного апноэ, синдромом беспокойных ног, ночной эпилепсией и псевдоинсомнии [5, 11]. А также более эффективно отслеживать динамику изменения состояния пациента.

Второй (основной) этап – проведение комплексной медико-психологической программы лечения невротических расстройств с тревожным, диссомническим синдромами, вегетативными нарушениями.

Комплексная медико-психологическая программа включает 10 индивидуальных психотерапевтических встреч (с частотой 1 раз в неделю, время – 60 минут) и 15 сеансов комплексных психофизиологических методов (с частотой 3 раза в неделю, время – 80 минут), включающих в себя тренинг по диафрагмальному дыханию (40 минут), и сеанс микрополяризации (40 минут). Общее количество встреч – 25. Длительность программы – 10 недель.

Мишенями когнитивно-поведенческой психотерапии для невротических расстройств с

тревожным, диссомническим синдромами, являются: низкая толерантность к неопределенности; позитивные убеждения относительно беспокойства; отсутствие ориентации на решение проблем; когнитивное избегание, сверхобобщение, касающееся суточных норм сна, нереалистичные представления, о факторах влияющих на сон (к примеру, катастрофические представления о потребности в суточном сне, что после бессонной ночи необходимо больше спать на следующий день или о пользе дневного сна) [14, 19, 23].

Сеансы диафрагмального дыхания способствуют снятию психоэмоционального напряжения и общему расслаблению организма. Такой тип дыхания помогает улучшить засыпание, уменьшить мышечное напряжение, дезактуализировать негативные, пессимистические мысли и снизить тревожность [12, 19]. Обучившись навыкам диафрагмального дыхания, пациент способен самостоятельно регулировать свое психофизиологическое состояние, снимать тревожность, достигать мышечного и психологического расслабления, а также, концентрируясь на своем дыхании, отвлекаться от навязчивых мыслей и переживаний, переводить фокус внимания с дисфункциональных убеждений на ощущения в теле, что способствует снижению уровня тревоги, напряжения, более быстрому засыпанию.

С помощью соляной микрополяризации оказывается воздействие на функциональное состояние вегетативной нервной системы, в особенности на ее парасимпатический отдел [9].

Третий этап – по завершению программы проводится повторное клиническое и психодиагностическое обследование и период последующего наблюдения. Включает визиты через 1 и 3 месяца после завершения основного этапа. На каждом визите оценивается клиническое и психологическое состояние пациента, устойчивость достигнутых изменений.

Когнитивный курс психотерапии в сочетании с микрополяризацией и тренингом по диафрагмальному дыханию в долгосрочной перспективе способствует сокращению дозировок и длительности курса медикаментозного лечения нарушений сна, обеспечивает условия для более быстрой и устойчивой стабилизации состояния, является эффективной профилактикой реци-

дивов, поскольку пациент обучается навыкам самоанализа и саморегуляции, что позволяет ему следить за своим состоянием и регулировать его, распознавать начальные проявления болезненных состояний, самостоятельно предотвращать их или купировать, своевременно обращаться за квалифицированной медицинской помощью в случае необходимости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильева А.В., Караваева Т.А., Полторак С.В. Затяжные формы невротических расстройств: клинико-психопатологические аспекты и вопросы терапии // *Обзорные психиатрии и медицинской психологии*. 2012. №4. С. 81–87.
2. Вовк О.Н., Балабанов Ю.В. Оптимизация и коррекция психоэмоционального состояния и дыхания человека с использованием аппаратных комплексов «Амблиокор ТМ-01». // *Сборник статей VI международной научно-практической конференции “Высокие технологии, фундаментальные и прикладные исследования в физиологии и медицине”*. 22–23 мая 2014 г. Санкт-Петербург, Россия (ФизиоМедиб). [Науч.ред. А.П. Кудинов, Б.В. Крылов]. СПб: Из-во Политехн. ун-та, 2014. С. 211–213.
3. Караваева Т.А., Васильева А.В., Полторак С.В. Принципы и алгоритмы психотерапии тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств) // *Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2016. № 4. С. 42–52.
4. Корабельникова Е.А. Возможности коррекции инсомнии без применения снотворных препаратов // *Эффективная фармакотерапия*. 2013. №12, С. 30–38.
5. Левин Я.И. Инсомния. Избранные лекции по неврологии [Под ред. В.Л.Голубева]. М.: Эйдос Медиа, 2006. 476 с.
6. Менделевич В.Д. Диссомнические (инсомнические) расстройства: психоневрологическая дилемма в диагностике и терапии. // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2016, №11 (2). С. 18–23
7. Менделевич В.Д. Сомническая ангедония: неудовлетворенность сном как психосоматическая проблема // *Архив внутренней медицины*. 2016, №1. С. 108.
8. Михайлов В.А., Полуэктов М.Г., Полторак С.В. и др. Клинические и нейрофизиологические характеристики нарушений сна у больных с тревожными расстройствами и способы их коррекции // *Обзорные психиатрии и медицинской психологии*. 2013. №3. С. 81–88.
9. Нарышкин А.Г., Галанин И.В., Горелик А.Л. Неспецифический метод лечения соматоформных, вегетативных и гипоталамических расстройств // *Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева*. 2015. № 3. С. 56–62.
10. Полуэктов М.Г. Нарушения сна при психических расстройствах // *Психические расстройства в общей медицине*. 2012. №1. С. 25–31.
11. Полуэктов М.Г. Инсомнии. В кн.: *Сомнология и медицина сна. Национальное руководство памяти А.М.Вейна и Я.И.Левина* [Под ред. М.Г.Полуэктова]. М.: Мед-форум, 2016. С. 298–318.

12. Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш. Клиническая психология сна и его нарушений. М.: Смысл, 2012. 320 с.
13. Скоромец Т.А., Нарышкин А.Г., Горелик А.Л. Солярная микрополяризация в комплексном лечении больных с заболеваниями вегетативной нервной системы. Методические рекомендации под ред. проф. В.А. Шустина. СПб: Изд-во СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. 2011. 13 с.
14. Acarturk C., Cuijpers P., van Straten A. et al. Psychological treatment of social anxiety disorder: a meta-analysis // *Psychol Med*. 2009. Vol. 39. P. 241–254.
15. Clark D.M., Ehlers A., Hackmann A. et al. Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: a randomized controlled trial // *J Consult Clin Psychol*. 2006. Vol. 74. P. 568–578.
16. Kessler R.C., Chiu W.T et al. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication // *Arch. Gen. Psychiatry*. 2006. Vol. 63 (4). P. 415–424.
17. Lichstein K.L., Wilson N.M., Johnson C.T. Psychological treatment of secondary insomnia // *Psychol Aging*. 2000. Vol 15. P. 232–240.
18. Lieb R., Becker E., Almaturo C. The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe // *European Neuropsychopharmacology*. 2005. Vol 15. P. 445–452.
19. McHugh R.K., Whitton S.W., Peckham A.D. et al. Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a metaanalytic review // *J Clin Psychiatry*. 2013. Vol. 74. P. 595–602.
20. Morin C., Bootzin R., Buysse D. et al. Psychological and behavioral treatment of insomnia: update of the recent evidence (1998-2004) // *Sleep*. 2006. Vol 9. P. 1398–1414.
21. Morin C.M., Davidson J.R., 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. P. 804–813
22. Ong J.C., Arnedt J.T., Gehrman P.R. Insomnia diagnosis, assessment and evaluation. In: Kryger M.H., Roth T., Dement W.C. (eds.) *Principles and Practice of Sleep Medicine*. 6th ed. Philadelphia: Elsevier, 2016. P. 785–793.
23. Zachariae R., Lyby M.S., Ritterband L.M., O'Toole M.S. Efficacy of internet-delivered cognitive-behavioral therapy for insomnia: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials // *Sleep Med. Rev*. 2015. Vol 30. P. 1–10.

REFERENCES

1. Vasil'eva A.V., Karavaeva T.A., Poltorak S.V. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii*. 2012. №4. pp. 81–87. (in Russian)
2. Vovk O.N., Balabanov Yu.V. In: *Vysokie tekhnologii, fundamental'nye i prikladnye issledovaniya v fiziologii i meditsine. Proceedings of the 6 International Conference*, St.Petersburg 22–23 may 2014. [ed. A.P. Kudinov, B.V. Krylov]. St.Petersburg: Iz-vo Politekhn. un-ta, 2014. pp. 211–213. (in Russian)
3. Karavaeva T.A., Vasil'eva A.V., Poltorak S.V. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva*. 2016. № 4. pp. 42–52. (in Russian)
4. Korabel'nikova E.A. *Effektivnaya farmakoterapiya*. 2013. №12, pp. 30–38. (in Russian)
5. Levin Ya.I. *Insomniya. Izbrannye lektsii po nevrologii* [ed. V.L.Golubev]. Moscow: Eidos Media, 2006. 476 p. (in Russian)
6. Mendelevich V.D. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 2016, №11 (2). pp. 18–23. (in Russian)
7. Mendelevich V.D. *Arkhiv" vnutrennei meditsiny*. 2016, №1. P. 108. (in Russian)
8. Mikhailov V.A., Poluektov M.G., Poltorak S.V. et al. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii*. 2013. №3. p. 81–88. (in Russian)
9. Naryshkin A.G., Galanin I.V., Gorelik A.L. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V. M. Bekhtereva*. 2015. № 3. pp. 56–62. (in Russian)
10. Poluektov M.G. *Sikhicheskie rasstroistva v obshchei meditsine*. 2012. №1. pp. 25–31. (in Russian)
11. Poluektov M.G. *Insomni*. In: *Somnologiya i meditsina sna. Natsional'noe rukovodstvo pamyati A.M.Veina i Ya.I.Levina* [ed. M.G.Poluektov]. Moscow: Med-forum, 2016. pp. 298–318. (in Russian)
12. Rasskazova E.I., Tkhostov A.Sh. *Klinicheskaya psikhologiya sna i ego narushenii*. Moscow: Smysl, 2012. 320 p. (in Russian)
13. Skoromets T.A., Naryshkin A.G., Gorelik A.L. *Solyarnaya mikropolyarizatsiya v kompleksnom lechenii bol'nykh s zabolevaniyami vegetativnoi nervnoi sistemy* [ed. prof. V.A. Shustin]. St.Petersburg: Izd-vo SPb NIPNI im. V.M. Bekhtereva. 2011. 13 p. (in Russian)

Поступила 02.05.17.