

ISSN 2782-3806

ISSN 2782-3814 (Online)

УДК 616.24-008.444-07:616.89-008

<https://doi.org/10.18705/2782-3806-2025-5-6-450-461>

Роль клинического психолога при лечении синдрома обструктивного апноэ во сне

А. И. Мелёхин

Некоммерческое образовательное частное учреждение высшего образования «Гуманитарный институт имени П. А. Столыпина», Москва, Россия

Контактная информация:

Мелёхин Алексей Игоревич,
НОЧУ ВО «Гуманитарный институт имени
П. А. Столыпина»,
ул. Большая Серпуховская, д. 44, Москва,
Россия, 115093.
E-mail: clinmelehin@yandex.ru

РЕЗЮМЕ

В статье показано, что клинический психолог, специализирующийся на когнитивно-поведенческой психотерапии нарушений сна, играет решающую роль в лечении апноэ во сне, улучшая приверженность пациентов к СИПАП-терапии, устраняя сопутствующую бессонницу и используя когнитивно-поведенческую терапию (КПТ) для устранения тревоги или дисфункциональных представлений о лечении. Помогает пациентам преодолевать поведенческие барьеры, контролировать вес и добиваться долгосрочного успеха в лечении. Пациенты с синдромом обструктивного апноэ сна (СОАС, ОАС) часто испытывают выраженное психологическое неблагополучие, спектр нарушений сна, психологические расстройства, когнитивные нарушения, которые негативно сказываются на состоянии их здоровья, качестве жизни и межличностных отношениях. В статье аргументирована психодиагностическая и психотерапевтическая роль клинического психолога в командном сопровождении пациента с СОАС. Показано, что СОАС встречается чаще у лиц с психическими расстройствами, по сравнению с наличием других заболеваний. Психиатрические коморбидные расстройства распространены среди пациентов с СОАС и включают в себя депрессии, тревожные расстройства, ПТСР, шизофренический спектр расстройств, биполярное расстройство и спектр зависимостей. Детализирована специфика психодиагностического обследования пациентов с СОАС с применением мультимодальной скрининг-шкалы The «DOC» и ряда дополнительных шкал. Описаны COMISA-фенотипы и специфика проведения когнитивно-поведенческой психотерапии. Делается акцент на том, что командный и иерархический терапевтический подход, сочетающий психотерапевтические вмешательства и психообразование, может эффективно воздействовать на эти симптомы и дать положительные результаты в уменьшении сопутствующих проявлений депрессии, тревоги и нарушений сна у пациентов с СОАС. Клинических психологов рекомендовано привлекать, когда пациенты с трудом приспосабливаются к СИПАП, проявляют высокий уровень тревожности или имеют сопутствующие психические расстройства (такие как депрессия или ПТСР), которые усугубляют проблемы со сном.

Ключевые слова: СОАС, обструктивное апноэ сна, нарушения сна, бессонница, когнитивно-поведенческая психотерапия, депрессия, тревога, апноэ

Для цитирования: Мелёхин А.И. Роль клинического психолога при лечении синдрома обструктивного апноэ во сне. *Российский журнал персонализированной медицины*. 2025;5(6):450-461. <https://doi.org/10.18705/2782-3806-2025-5-6-450-461>; <https://elibrary.ru/QASEWM>

The role of a clinical psychologist in the treatment of obstructive sleep apnea syndrome

Aleksey I. Melehin

Non-profit educational private institution of higher education “P. A. Stolypin Humanitarian Institute”, Moscow, Russia

Corresponding author:

Aleksey I. Melehin,
NEPIHE “Stolypin’s Humanitarian
Institute”,
44 Bolshaya Serpukhovskaya str.,
Moscow, Russia, 115093.
E-mail: clinmelehin@yandex.ru

ABSTRACT

The article shows that a clinical psychologist specializing in cognitive behavioral psychotherapy of sleep disorders plays a crucial role in the treatment of sleep apnea by improving patients’ adherence to CPAP therapy, eliminating concomitant insomnia, and using cognitive behavioral therapy (CBT) to eliminate anxiety or dysfunctional beliefs about treatment. Helps patients overcome behavioral barriers, control weight, and achieve long-term treatment success. Patients with obstructive sleep apnea syndrome (OSA) often experience severe psychological distress, a range of sleep disorders, psychological disorders, and cognitive impairments that negatively affect their health, quality of life, and interpersonal relationships. The article argues for the psychodiagnostic and psychotherapeutic role of a clinical psychologist in the team support of a patient with OSA. It has been shown that OSA is more common in people with mental disorders, compared with other diseases. Psychiatric comorbid disorders are common among patients with OSA and include depression, anxiety disorders, PTSD, schizophrenic spectrum disorders, bipolar disorder, and addiction spectrum. The specifics of the psychodiagnostic examination of patients with OSA using the multimodal screening scale The “DOC” and a number of additional scales are detailed. COMISA phenotypes and specifics of cognitive behavioral therapy are described. The emphasis is placed on the fact that a team-based and hierarchical therapeutic approach combining psychotherapeutic interventions and psychotherapy can effectively address these symptoms and produce positive results in reducing concomitant manifestations of depression, anxiety, and sleep disorders in patients with OSA. It is recommended to involve clinical psychologists when patients have difficulty adapting to CPAP, exhibit high levels of anxiety, or have concomitant mental disorders (such as depression or PTSD) that worsen sleep problems.

Keywords: OSA, obstructive sleep apnea, sleep disorders, insomnia, cognitive behavioral therapy, depression, anxiety, apnea

For citation: Melekhin AI. The role of a clinical psychologist in the treatment of obstructive sleep apnea syndrome. *Russian Journal of Personalized Medicine*. 2025;5(6):450-461. <https://doi.org/10.18705/2782-3806-2025-5-6-450-461>; <https://elibrary.ru/QASEWM>

ВВЕДЕНИЕ

Апноэ во сне, особенно синдром обструктивного апноэ во сне (СОАС), тесно связан с развитием, поддержанием нервно-психических, включая и эмоциональные, расстройств: депрессий, тревожного спектра расстройств, соматоформного расстройства из-за хронической ночной гипоксии. Он характеризуется спектром нейрокогнитивных проявлений: чрезмерной дневной сонливостью с раздражительностью, нарушением исполнительных функций в когнитивном функционировании и мнестическими изменениями [1]. Наблюдается межличностный стресс, показано, что партнеры пациентов с СОАС в три раза чаще испытывают симптомы бессонницы, такие как трудности с засыпанием, по сравнению с населением в целом [2]. Если пациент с СОАС перестает дышать (апноэ), это вызывает страх, беспокойство и необходимость постоянного наблюдения за ним у его партнера по кровати. У родственников пациентов с СОАС часто наблюдается хроническая усталость, дневная сонливость, раздражительность и перепады настроения. Сочетание усталости и фрустрации приводит к напряжению, обиде и снижению интимности. Из-за шума партнеры часто переходят в другую комнату, что может негативно сказаться на отношениях, хотя успешное лечение часто позволяет парам воссоединиться. Пациенты с СОАС часто сообщают о психологических симптомах, выходящих за рамки характерной чрезмерной дневной сонливости, включая депрессивность, раздражительность, негативизм, разбитость и тревожность [3]. Такие сопутствующие симптомы часто являются первоначальной причиной обращения людей к медицинскому работнику, который впоследствии направляет их на исследование сна, по результатам которого диагностируется СОАС. Как только у человека диагностируется СОАС, психологические симптомы обычно устраняются либо косвенно, путем лечения СОАС с помощью терапии с постоянным положительным давлением в дыхательных путях (СИПАП-терапии), либо непосредственно с помощью мер по борьбе с депрессией и тревож-

ностью. Однако СИПАП-терапия обычно улучшает течение, но не нормализует депрессию или тревожность, и «стандартные» медикаментозные методы лечения последних могут оказаться неоправданными, учитывая, что симптомы депрессии и тревоги при СОАС обычно не достигают уровня диагностируемого психического расстройства [4]. Кроме того, некоторые антидепрессанты и противотревожные препараты усугубляют факторы риска развития СОАС. Альтернативным подходом к устранению психологических симптомов СОАС могут быть мероприятия по снижению стресса [5, 6]. Тревога и депрессия связаны с психологическим стрессом, причем показатели повышенного психологического стресса часто включают параметры, связанные с повышенной тревожностью и симптомами депрессии. Несмотря на то, что психотерапевтические подходы к лечению, направленные на устранение стресса, отличаются от подходов, направленных на устранение симптомов депрессии или тревожности, с учетом их совпадения, психотерапевтические вмешательства, снижающие психологический стресс, могут быть эффективными и при лечении симптомов тревоги и депрессии, связанных с СОАС [6]. Стресс здесь определяется как состояние психического или эмоционального напряжения. Такой стресс связан с плохими показателями состояния здоровья, при этом две трети населения России указывают, что стресс влияет на их здоровье. Стресс у людей, у которых уже есть хронические заболевания, предсказывает более неблагоприятные исходы, что позволяет предположить, что устранение стресса при СОАС может привести к улучшению результатов лечения. Также имеются данные о последствиях стресса в зависимости от пола, которые актуальны, учитывая различную распространенность и характеристики СОАС у мужчин и женщин [7]. Одним из механизмов, связывающих СОАС и стресс, может быть повреждение областей мозга, которые, как известно, изменяются у людей с хроническим психологическим стрессом. В настоящее время мало что известно о распространенности психологического стресса при СОАС, и, как следствие, для людей

с СОАС обычно не применяются психотерапевтические методы снятия стресса [4, 8, 9]. СОАС связан с бессонницей с короткой продолжительностью сна (Insomnia with Short Sleep Duration, ISSD [9]) — это биологически тяжелый фенотип бессонницы, характеризующийся объективной продолжительностью сна, измеренной с помощью полисомнографии, менее 6 часов. Это связано с повышенной физиологической возбудимостью, повышенным риском гипертонии, сердечно-сосудистых заболеваний и проблем с обменом веществ (например, сахарного диабета 2 типа). В связи с этим неврологи, психиатры и клинические психологи должны быть готовы к тому, что пациенты, которые обращаются к ним с когнитивными и/или аффективными расстройствами, а также с жалобами, связанными со сном, такими как храп и значительная дневная сонливость, могут страдать СОАС. У населения в целом СОАС диагностируется недостаточно часто, и даже после успешной диагностики наиболее популярное лечение (устройства для повышения давления в дыхательных путях) не всегда хорошо переносится, что приводит к низкой приверженности к лечению. Учитывая, что СОАС влияет на мозг и поведение, что его недостаточно диагностируют и что успешное вмешательство требует подключения протоколов когнитивно-поведенческой психотерапии (например, персонализированной гигиены сна, навыков минимизации соматического и когнитивного гипервозбуждения, катастрофизации, фобической настороженности), клинические психологи призваны сыграть важную роль в решении этой проблемы [10–12]. Напомним, что СОАС характеризуется повторяющимся частичным или полным коллапсом верхних дыхательных путей во время сна, приводящим либо к снижению (гипопноэ), либо к отсутствию воздушного потока (апноэ) в течение как минимум десяти секунд. Это состояние приводит к значительным изменениям внутригрудного давления, периодической гипоксемии и частым пробуждениям во время сна. Хотя эти пробуждения обычно не осознаются, не приводят пациента к полному пробуждению, они вызывают фрагментацию сна, снижение его эффективности и, как следствие, нарушение качества жизни в форме дневной сонливости, раздражительности, усталости, увеличения аппетита, изменений в концентрации внимания, памяти, появление головокружения и панических атак, о чем мы неоднократно упоминали в наших работах [13–15].

Обструктивное апноэ во сне остается недиагностированным и не лечится примерно у одного миллиарда взрослых во всем мире, что подчеркивает значительное глобальное бремя этого заболевания, а также его негативных последствий для физического и психического здоровья [16]. Кроме того, пациенты с СОАС страдают

от психологических расстройств, включая депрессии и тревожный спектр расстройств. Хроническая перемежающаяся гипоксия, испытываемая пациентами с СОАС, может увеличить риск нейровоспаления, которое может способствовать развитию рекуррентных форм депрессий и тревожных симптомов [17]. Согласно недавнему систематическому обзору и метаанализу, распространенность депрессивных и тревожных симптомов у пациентов с СОАС составила 45 % и 42 % соответственно [18]. Чрезмерная дневная сонливость может обеспечить более точные прогнозы риска депрессии у пациентов с СОАС. Клинический опыт подтверждает, что оценка и лечение воспринимаемого и накопленного психологического стресса, в отличие от самого нарушения дыхания, значительно уменьшает характерные симптомы депрессии у пациентов с СОАС [11]. Следовательно, необходимо более глубокое понимание взаимосвязи между депрессией, тревогой и нарушениями сна в сочетании с соответствующим применением психологических инструментов оценки. Это может существенно повысить точность диагностики и эффективность лечения пациентов с СОАС. Стоит также упомянуть, что хроническая перемежающаяся гипоксия, связанная с СОАС, может приводить к умеренному когнитивному дефициту. По сей день точных данных о распространенности когнитивных изменений у пациентов с СОАС нет. Имеющиеся сведения показывают значительную изменчивость в распространенности когнитивных нарушений при данном расстройстве. В среднем 32 % пациентов с СОАС имеют ту или иную степень выраженности изменений в когнитивном функционировании. СОАС характеризуется повышенным влиянием на психомоторное функционирование, а также на когнитивные процессы [19] (рис. 1):

- Исполнительные дисфункции: трудности с планированием, организацией и многозадачностью.
- Внимание и бдительность: снижение способности сосредотачиваться и сохранять бдительность, часто проявляющееся в виде сильной дневной сонливости.
- Дефицит памяти: нарушения рабочей и эпизодической памяти.
- Скорость психомоторной деятельности: замедление скорости обработки информации.
- Социальное/эмоциональное познание: нарушения в распознавании эмоций и социальных сигналов [19].

Наблюдается связь между СОАС, нейрокогнитивными изменениями у пациентов с полиморфной аллелью APOE4 гена [19]. Курение, гипертония, сахарный диабет, застойная сердечная недостаточность, цереброваскулярные аварии, гипотиреоз, алкоголизм и метаболический синдром связаны у лиц с СОАС с рисками снижения когнитивного функционирования.

Возникшие ранее из-за различных ранее причин когнитивные нарушения могут быть усугублены и поддерживаться СОАС. Нейровизуализационные (МРТ, ПЭТ) данные показали связь между когнитивными изменениями и уменьшением объема серого вещества (гиппокамп, лобные области мозга). У пациентов с СОАС это обратимый процесс, который может быть полностью изменен адекватным персонализированным лечением. Нейрохимические изменения в определенных областях мозга связаны с нейрокогнитивной дисфункцией у больных с СОАС. Наличие и степень выраженности ночной гипоксии представляет собой наиболее важный патофизиологический механизм нейрокогнитивной дисфункции при СОАС. Префронтальная кора, которая является одним из основных церебральных регуляторов исполнительных функций, особенно восприимчива к гипоксии, и это во многом объясняет существенное влияние СОАС у пациентов без лечения на состояние их исполнительных функций (невербальная и вербальная оперативная память, планирование и решение задач, блокирование отвлекающих побуждений, эмоциональная саморегуляция, контроль и оценка своей деятельности и др.).

СОАС встречается чаще у лиц с психическими расстройствами, по сравнению с наличием других заболеваний. Психиатрические коморбидные расстройства были распространены среди пациентов с СОАС и включают в себя депрессию (22 %), тревожные расстройства (17 %), ПТСР (12 %), шизофренический спектр расстройств (5 %) и биполярное расстройство (3 %) [1].

- **Депрессии и СОАС.** Отношения между этими расстройствами сложны, двунаправленны и по сей день не очень хорошо поняты. Важно подчеркнуть, что СОАС и депрессия имеют общие симптомы, такие как сонливость, усталость, нарушение сна, изменения в когнитивном функционировании, фоне настроения, наличие симптомов тревоги и раздражительности. Как мы уже упоминали выше, эти симптомы особенно часто встречаются у лиц с легкой и умеренной степенью выраженности СОАС. Наблюдается широкий диапазон (5–63 %) распространенности у пациентов с СОАС большого депрессивного расстройства. Риски развития СОАС в пять раз выше у больных с депрессивным расстройством, по сравнению с людьми, не страдающими депрессией. По сей день связь между двумя

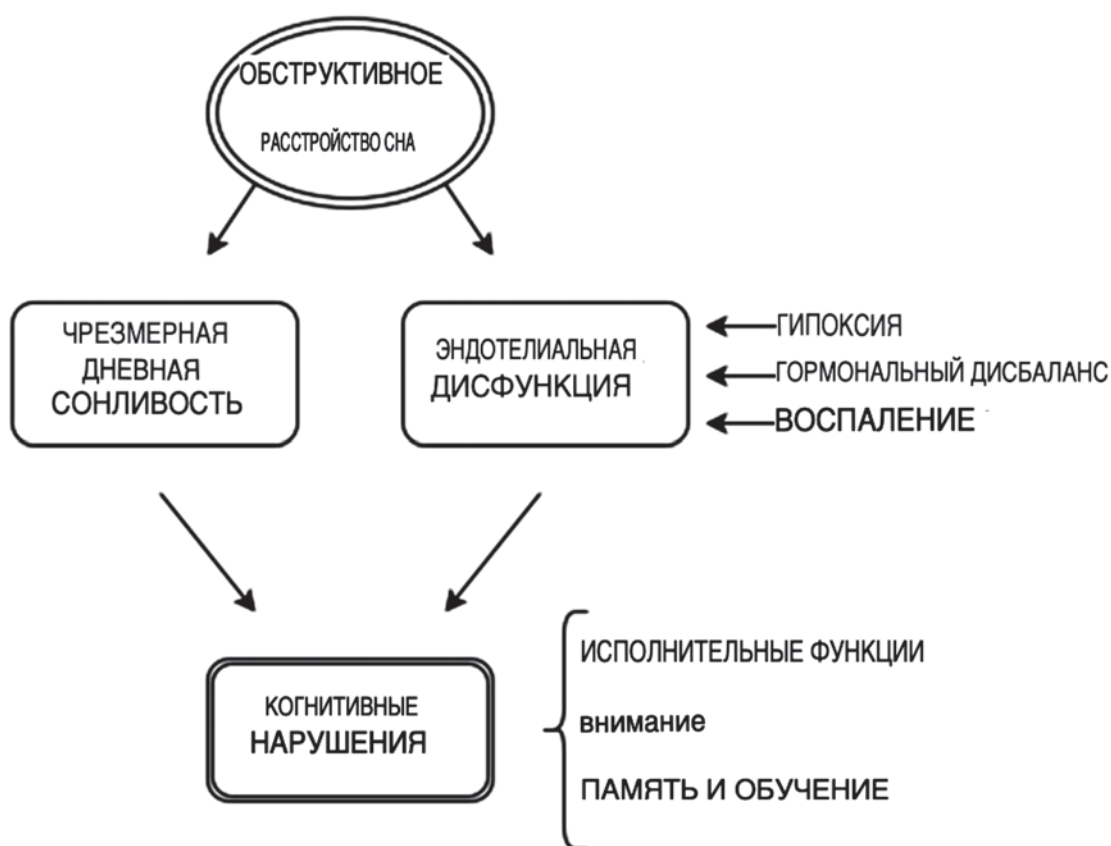


Рис. 1. Модель взаимосвязи СОАС и когнитивных нарушений (Krzysztof Krysta, Agnieszka Bratek, 2017 [19])

Fig. 1. A model of the relationship between OSA and cognitive impairment (Krzysztof Krysta, Agnieszka Bratek, 2017 [19])

этими условиями подтверждается в ряде исследований, даже при контроле других факторов у пациентов (гипертония или диабет). МаСалл и коллеги рекомендуют при обследовании симптомов депрессии у пациентов с СОАС применять шкалу депрессии Бека (BDI), которая в большинстве случаев показывает наличие умеренной степени выраженности депрессии, особенно у женщины с СОАС. Эти авторы не выявили связи между симптомами депрессии, тяжестью СОАС, сонливостью и частотой десатурации [3]. Симптомы депрессии распространены у лиц с тяжелой степенью выраженности СОАС. По сей день предпринимаются попытки выяснить, может ли фрагментация сна и гипоксия при ОАС вызывать у пациентов депрессию. В большинстве случаев показано, что наблюдается связь между фрагментацией сна из-за респираторных проблем во время сна (гипоксемия) и симптомами депрессии. Кроме того, установлено, что применение кислородной терапии (oxygen therapy) у пациентов с СОАС облегчает симптомы депрессии. Наличие у пациентов постоянной усталости может объяснить симптомы депрессии при СОАС и является основным предиктором выраженности депрессии, независимо от уровня тяжести нарушения дыхания во сне. Кроме того, существует немало данных о том, что симптомы депрессии уменьшаются при СИПАП-терапии. Не все пациенты с СОАС испытывают снижение таких дневных симптомов, как сонливость. Наличие подавленного настроения может быть причиной или поддерживающим фактором этих остаточных симптомов. Таким образом, изучение взаимосвязи между СОАС и депрессией продолжается по сей день [16–18].

- **Биполярное аффективное расстройство и СОАС.** На данный момент исследований, посвященных нарушению дыхания во сне у больных биполярным расстройством, недостаточно, а имеющиеся данные носят противоречивый характер из-за колеблющегося течения болезни. В одном исследовании у пациентов с подтвержденным СОАС биполярное расстройство было диагностировано у 4 %. Вовремя не диагностированное СОАС у лиц с данным расстройством сопровождается плохой реакцией на лечение. Биполярное расстройство является хроническим психическим заболеванием, которое требует длительного фармакологического лечения. Заболеваемость сердечно-сосудистыми расстройствами, метаболическим синдромом и диабетом у данной группы пациентов высокая, независимо от фармакологического лечения [3, 20].

- **ПТСР и СОАС.** Данная форма нарушения сна является распространенным сопутствующим заболеванием у людей с посттравматическим стрессовым расстройством. Наблюдается высокая распространенность СОАС — 69 %. Коморбидный СОАС может

влиять на ночные симптомы ПТСР: хроническую инсомнию и ночные кошмары. Показано, что СИПАП-терапия у данных пациентов улучшает симптомы обоих расстройств. Однако несколько исследований подтвердили высокие показатели несоблюдения СИПАП-терапии лицами с ПТСР. В дополнение к высокому уровню тревоги пациенты с ПТСР испытывают трудности с началом и поддержанием сна, изменения в быстром сне, что негативно влияет на использование СИПАП-терапии. Учитывая возможность неблагоприятных клинических исходов, лечение должно быть направлено на выявление потенциальных барьеров для приверженности СИПАП-терапии у пациентов с ПТСР и СОАС [21]. Обговорим, что нарушения сна, связанные с СОАС, могут препятствовать нормальному функционированию фазы быстрого сна и, таким образом, усугублять кошмары и движения, связанные со сном. И наоборот, симптомы гипервозбуждения и повышенной бдительности при ПТСР могут снижать порог возбуждения и, таким образом, увеличивать частоту фрагментации сна, связанной с обструктивными событиями. Лечение СОАС сокращает не только эти симптомы, но также кошмары и дневные проявления ПТСР. Данные свидетельствуют о том, что терапия положительным давлением в дыхательных путях снижает симптомы ПТСР [21].

- **Тревожный спектр расстройств и СОАС.** Симптомы тревоги распространены у пациентов с СОАС. Недавно опубликованные исследования сосредоточились на окислительных стрессовых состояниях и их роли в частоте возникновения симптомов тревоги при СОАС. Симптомы тревоги могут иметь значительное влияние на уровень приверженности СИПАП-терапии. Показано, что СИПАП-терапия снижает симптомы тревоги, которые присутствуют у значительного количества пациентов с СОАС. Коморбидность СОАС и панического расстройства не систематически представлена на данный момент. Это связано с тем, что пробуждения у пациентов с СОАС часто связаны с симптомами паники, что затрудняет их дифференциацию от ночных приступов паники. Показано, что более 5 % лиц с СОАС имеют симптомы панического расстройства. Наличие этого расстройства влияет на приверженность СИПАП-терапии. Рациональное применение гипнотиков (не влияющих на дыхание, zolpidem) может быть эффективной тактикой в первую адаптационную неделю СИПАП-терапии у пациентов с паническим расстройством. Лечение СОАС может уменьшить тяжесть и частоту симптомов паники, сократить использование успокоительных лекарств [3].

- **Шизофренический спектр и СОАС.** Только недавно начали появляться данные о распространенности СОАС у пациентов с тяжелыми психическими

расстройствами. Было установлено, что при шизофреническом спектре расстройств 69 % подвержены высокому риску ОАС. У 16 % ранее был диагностирован СОАС. Больные с шизофренией и СОАС имеют несколько важных факторов риска: высокие показатели ожирения и курения. Прибавка в весе и ожирение у пациентов с шизофренией развивается в результате фармакологического лечения (второе поколение нейролептиков). Наблюдается высокая распространенность метаболического синдрома у больных с шизофренией. Нарушения дыхания во сне связаны с метаболическим синдромом у мужчин и женщин. Общие симптомы СОАС, такие как дневная сонливость, сниженная мотивация и подавленное настроение, часто трудно отличить от негативных симптомов при шизофрении и/или побочных эффектов, вызванных психофармакотерапией. Несмотря на известную связь между СОАС и сердечно-сосудистыми заболеваниями и повышенной смертностью, у пациентов с шизофренией часто не диагностируется СОАС. Адекватное лечение СОАС при шизофрении может значительно улучшить изменения в дневном функционировании, повысить настроение, снизить проявление психотических симптомов, таких как агрессивные вспышки. Недавно был описан случай больного шизофренией, у которого наблюдался СОАС и который получал СИПАП-терапию, что привело к снижению индекса апноэ-гипопноэ — с 43,6 до 2,3. Такие негативные симптомы, как притупленный аффект, психомоторная вялость и усталость, были снижены. Для пациентов с шизофренией, у которых наблюдается метаболический синдром, рекомендуется делать акцент на правильном питании, физической активности в сочетании с СИПАП-терапией. Таким образом, диагностика и лечение СОАС может улучшить физическое и психическое здоровье у лиц с шизофренией [3, 22].

- **Зависимости и СОАС.** Злоупотребление психоактивными веществами позволяет исследовать роль различных нейромедиаторных систем в патофизиологии СОАС. Прием рекреационных наркотиков часто сопровождается у пациентов симптомами, соответствующими СОАС, инсомнии и синдрому беспокойных ног. Алкоголь оказывает значительное влияние на архитектуру сна, и часто ухудшается течение СОАС. Употребление алкоголя увеличивает нестабильность в верхних дыхательных путях и серьезность СОАС. Качество жизни пациентов с алкогольной зависимостью значительно страдает от когнитивных нарушений, в частности потери памяти, нарушения мыслительных процессов и личностных изменений, что в дальнейшем влияет на СОАС. Опиоидно-зависимые пациенты часто на приеме сообщают о субъективных жалобах на сон и подвержены нарушению архитектуры

сна. Шаркей и соавторы проанализировали данные полисомнограмм у пациентов, которые 3 месяца принимали метадон [3]. У них наблюдалось общее нарушение дыхания во время сна, симптомы СОАС были более распространенными, чем центральное апноэ сна. Показан повышенный риск развития СОАС у лиц, принимавших ранее и на данный момент экстази. Хорошо известно, что прием экстази связан с увеличением частоты сердечно-сосудистых заболеваний, инсульта и смертности. Когнитивные изменения и импульсивность наблюдаются у большинства пациентов, принимающих экстази, что считается связанным с коморбидным СОАС. Это предполагает роль серотонинергической дисфункции в патогенезе СОАС [3].

- **Психологическое обследование.** Отмечен более низкий уровень психологического благополучия. Более низкая выраженность склонности избегать вреда и более низкий уровень дневной сонливости свидетельствовали о более высоком уровне психологического благополучия. Психологическое благополучие, по-видимому, серьезно страдает у лиц, страдающих синдромом СОАС и ожирением. Темперамент и субъективное восприятие ежедневной бодрости и сонливости, а не тяжесть синдрома, по-видимому, играют решающую роль в индивидуальном восприятии психологического благополучия при данном расстройстве [1].

ПСИХОДИАГНОСТИКА ПРИ СОАС

В клинической практике мы рекомендуем использовать [13]:

- Индекс общего психологического благополучия (Psychological General Well Being Index, PGWBI), который позволяет оценить шесть аспектов психологического благополучия: тревожность, подавленное настроение, позитивное самочувствие, самоконтроль, общее состояние здоровья и жизненная сила.
- Шкала темперамента и характера (Temperament and Character Inventory, TCI).
- Для оценки субъективного восприятия эффективности сна рекомендуем использовать три вопросника: шкалу сонливости Эпворта (Epworth Sleepiness Scale), которая фокусируется на патологической дневной сонливости; Питтсбургский индекс качества сна (Pittsburgh Sleep Quality Index), который оценивает качество сна; и Стэнфордскую шкалу сонливости (Stanford Sleepiness Scale), которая количественно определяет субъективный уровень бодрости и сонливости в течение дня.
- Скрининг-шкалу для оценки СОАС, как берлинский опросник (Berlin Questionnaire, Netzer и др. (1999)). Пациенту предлагаются три категории вопросов, на которые ему нужно ответить (табл.).

Таблица. Протокол берлинского опросника для выявления синдрома обструктивного апноэ во сне**Table.** Berlin Questionnaire protocol for identifying obstructive sleep apnea syndrome

КАЧЕСТВО СНА	
1. Вы храпите: – да; – нет; – не знаю.	2. Если вы храпите, ваш храп: – тихий (почти как дышите) — чуть тише, чем вы говорите; – такой же громкий, как обычный разговор; – громче, чем вы говорите; – такой громкий, что его слышно в соседних комнатах.
3. Как часто вы храпите: – каждую ночь; – 3–4 раза в неделю; – 1–2 раза в неделю; – 1–2 раза в месяц; – никогда или почти никогда.	4. Ваш храп беспокоит других людей: – да; – нет; – не знаю.
5. Говорили ли вам, что у вас бывают остановки дыхания во сне: – каждую ночь; – 3–4 раза в неделю; – 1–2 раза в неделю; – 1–2 раза в месяц; – никогда или почти никогда.	
ОЦЕНКА ОСТАНОВОК ДЫХАНИЯ	
6. Как часто чувствуете себя усталым или разбитым после сна: – каждую ночь; – 3–4 раза в неделю; – 1–2 раза в неделю; – 1–2 раза в месяц; – никогда или почти никогда.	7. Как часто чувствуете себя усталым, разбитым днем (в период бодрствования): – каждую ночь; – 3–4 раза в неделю; – 1–2 раза в неделю; – 1–2 раза в месяц; – никогда или почти никогда.
8. Засыпали ли вы или испытывали сильную сонливость за рулем: – да; – нет.	9. Если вы когда-нибудь засыпали за рулем, то как часто это происходит: – каждую ночь; – 3–4 раза в неделю; – 1–2 раза в неделю; – 1–2 раза в месяц; – никогда или почти никогда.
ИЗМЕНЕНИЯ В АРТЕРИАЛЬНОМ ДАВЛЕНИИ	
10. У вас повышается артериальное давление: – да; – нет; – не знаю.	

Затем по совокупности положительных/отрицательных ответов оценивали каждую конкретную категорию. При положительном значении двух и более категорий выносили заключение о высокой вероятности у данного пациента СОАС. Несмотря на наличие спектра шкал (например, Berlin Questionnaire, Sleep Apnea Clinical Score, Multivariate Apnoea Prediction Index), при проведении рутинного обследования

специалистами они редко используются, хотя оценки специфических жалоб хватило бы, чтобы предположить наличие СОАС и направить пациента на дальнейшее обследование. Однако в последнее время в клиническую практику начали активно внедрять мультимодальную скрининг-шкалу The “DOC”, состоящую из следующих компонентов (Swartz, 2017) [23]:

- DOC-Mood «D» — оценка симптомов депрессии, тревожного спектра расстройств;
- DOC-Apnea «O» — оценка наличия и степени выраженности симптомов апноэ у пациента (предварительная оценка);
- DOC-Cog «C» — оценка когнитивного функционирования.

Скрининг включает в себя интеграцию шкал PHQ-2, STOP-BANG и MoCA, применяющихся для выявления пациентов с высокими рисками депрессии, СОАС и изменениями в когнитивном функционировании. Время заполнения 5 мин. Данная шкала показала высокую чувствительность и специфичность для выявления депрессии, симптомов СОАС и изменений в когнитивном функционировании (исключения умеренного и тяжелого когнитивного дефицита). Данный скрининг не фокусируется на диагнозе по принципу «да» или «нет», а является основой для прагматического подхода для выбора дополнительных исследований и построения эффективной тактики лечения пациента [23].

Дополнительно для обследования когнитивных нарушений при СОАС мы рекомендуем применять Mini-Mental State Examination, Clock Drawing Test, Frontal Assessment Battery. Кроме того, специфика изменений во внимании и когнитивное торможение измеряются с помощью теста Фланкера (PEBL Psychological Test Battery).

- **Инструментальная оценка.** Американская академия медицины сна (AASM) рекомендует в качестве золотого стандарта применять контролируемую полисомнограмму (ПСГ) в течение двух ночей для диагностики СОАС, а также для начала СИПАП-терапии. ПСГ выявляет специфику распределения этапов сна у пациента, количество пробуждений, апноэ или гипопноэ, время начала сна, общее время сна и эффективность сна. Существуют домашние формы проведения ПСГ, но они выполняются только в сочетании с комплексной оценкой сна. Ночная оксиметрия также является надежным средством скрининга СОАС у пациентов без респираторных заболеваний. Индекс апноэ-гипопноэ (АНИ),

ФИО (пациента) _____

Дата _____ Пол: ☐ М ☐ Ж

Образование: ☐ начальное ☐ среднее
☐ средне-специальное ☐ высшее

Семейное положение: ☐ замужем/женат ☐ не замужем/неженат
☐ вдова/вдовец

Рабочий статус: ☐ работает ☐ не работает

Систолическое АД: _____ Диастолическое АД: _____

Рост: _____ Вес: _____ ИМТ: _____

Модифицированная шкала оценки инвалидизации Ранкина
(для гериатрических пациентов)
0 – отсутствие симптомов;
1 – нет инвалидности;
2 – «легкая» инвалидизация, не в состоянии выполнять некоторые виды деятельности, но в состоянии заботиться о себе без посторонней помощи;
3 – «умеренная» инвалидизация, требуется некоторая помощь, пациент способен ходить без посторонней помощи;
4 – инвалидность «средней» тяжести, неспособен ходить и обслуживать себя без посторонней помощи;
5 – «тяжелая» инвалидность, пациент прикован к постели, наблюдается недержание мочи, требует постоянного ухода и внимания.

Шкала клинической астении
(для гериатрических пациентов)
1 – Активный, энергичный и мотивированный;
2 – Без актуального заболевания, но менее активный;
3 – С коморбидными заболеваниями, симптомы которых хорошо контролируются;
4 – Внешне уязвим. Распространены жалобы на «замедление» или наличие симптомов заболеваний;
5 – Ограниченная зависимость;
6 – Требуется помощь;
7 – Полностью зависим от других;

ПАМЯТЬ

	Лицо	Бархат	Церковь	Фиалка	Красный
Попытка 1					
Попытка 2 (через 5 мин)					

НАСТРОЕНИЕ «За последние 2 недели как часто Вы были обеспокоены любой из следующих проблем...?»

Наличие сниженного интереса, отсутствия удовольствия при выполнении той или иной деятельности	Нисколько (0)	Несколько дней (1)	Больше половины дней (2)	Почти каждый день (3)
Подавленность, мысли о безнадежности				

СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ ВО СНЕ Баллы (Н): /6

Вы громко храпите?	ДА	НЕТ
Вы часто чувствуете усталость, сонливость, отсутствие сил в дневное время?	ДА	НЕТ
Кто-нибудь видел, как Вы переставали дышать во время сна (остановки дыхания)?	ДА	НЕТ
Есть ли у Вас высокое давление? Лечитесь?	ДА	НЕТ

Нарисуйте циферблат часов
так, чтобы стрелки показывали
десяти минут двенадцатого

Контур

Цифры

Стрелки



Баллы (А): /4

Оценка (С): /3

Абстракция. Что общего между бананом и апельсином = фрукты?

Поезд – велосипед? Часы – линейка?

Оценка (А): /2

Оценка отсроченного воспроизведения по памяти

Необходимо назвать слова без подсказки

	Лицо	Бархат	Церковь	Фиалка	Красный
Подсказка категории					
Множественный набор					

Оценка (П): /5

Н: /6	А: /4	К: /10
Общий балл = Н+А+(10-К) = /20		

Рис. 2. Протокол мультимодальной скрининг-шкалы The “DOC” (адаптировано А.И. Мелёхиным, 2019 [14])

Fig. 2. Protocol of the multimodal screening scale “DOC” (adapted by A. I. Melehin, 2019 [14])

рассчитанный в соответствии с количеством случаев апноэ и гипопноэ за час сна, использовался в качестве показателя тяжести апноэ во сне. В соответствии со стандартными критериями, значение ниже порогового значения 5 считалось нормальным; значения в диапазоне $5 \leq \text{АНИ} < 15$ определяли легкое апноэ во сне; диапазон $15 \leq \text{АНИ} < 30$ — умеренное апноэ; значения $\text{АНИ} \geq 30$ определяли тяжелое апноэ.

• **Психотерапевтический подход.** Лечение СОАС часто начинается с обучения гигиене сна и модификации образа жизни пациента [5]. Больные должны придерживаться следующих принципов гигиены сна: регулярный график сна, комфортные условия для сна, ложиться спать только тогда, когда есть сонливость, и избегать чрезмерного нахождения в кровати без сна [7]. Следует настоятельно рекомендовать пациентам отказаться от курения, так как оно усиливает воспаление в верхних дыхательных путях. Также избегать употребления алкоголя, так как он обостряет симптомы апноэ во сне. Снижение веса является неотъемлемой частью лечения. Изменение в весе связано со снижением тяжести СОАС. Физическая активность положительно влияет на состояние дыхания, мышечный тонус в верхних дыхательных путях и оказывает дополнительный эффект на снижение веса. Недавно появилось исследование 4-недельной когнитивно-поведенческой психотерапии для коморбидной инсомнии с СОАС ($\text{АНИ} \geq 15$). Сочетание инсомнии и обструктивного апноэ во сне (comorbid insomnia and obstructive sleep apnea, COMISA) начали рассматривать как отдельную клиническую единицу. Выделяют даже COMISA-фенотипы — это сочетание различной инсомнии (легкая, средняя, тяжелая) и СОАС (легкая, средняя, тяжелая степень выраженности). Различным фенотипам требуется своя схема лечения. В целом показано, что начальное лечение COMISA (легкой и средней степени) рекомендуется начинать с когнитивно-поведенческой психотерапии протокола минимизации инсомнии (КПП-И), прежде чем проводить СИПАП-терапию [8]. У пациентов с данным фенотипом наблюдаются изменения в латентности начала сна (снижение на 23 мин.), пробуждение после начала сна (уменьшение на 46 мин.), эффективность сна (увеличение на 16 %), снижение индекса тяжести инсомнии. Снизилась дневные симптомы: усталость, дисфункциональные убеждения по отношению ко сну и стрессу. Также отметим, что применение когнитивно-поведенческой терапии в сочетании с СИПАП-терапией улучшает когнитивное функционирование пациентов с СОАС. Показано, что когнитивно-поведенческая психотерапия снижает симптомы депрессии у пациентов с ишемической болезнью сердца, у которых наблюдается СОАС. КПП эффективна для снижения депрессии

у пациентов с СОАС после перенесенного острого инфаркта миокарда.

Психотерапевтический подход активно используется для улучшения приверженности пациента к СИПАП-терапии. Применяется психообразование, в котором разъясняется суть СОАС и СИПАП-терапии, что повышает приверженность к лечению. Применяется мотивационное интервью (Motivational interviewing [24–28]), которое касается амбивалентности пациента в отношении использования СИПАП-терапии, ожидаемых результатов, дисфункционального убеждения в неспособности вылечиться. Когнитивно-поведенческая терапия ориентирована в данном вопросе на осведомление пациента о преимуществах и недостатках, устранение неисправностей в СИПАП-терапии, обзор целей лечения и реалистичных ожиданий от нее. Основное внимание уделяется выявлению и модификации дисфункциональных убеждений относительно СИПАП-терапии. Простые методы релаксации применяются для минимизации тревожных реакций, когда пациенты используют свои маски или начинают с ними засыпать. При решении вопроса приверженности СИПАП-терапии рекомендуется применение групповой КПП. Используется протокол управления клаустрофобией (Management of Claustrophobia [24–28]), когда у пациента есть чрезмерный, неконтролируемый страх перед закрытыми пространствами. В случае СИПАП-терапии это маска, дискомфортное отношение к ней, отвращение. Часенс и соавторы рекомендуют перед началом СИПАП-терапии обязательно проводить оценку наличия и степень выраженности у больного клаустрофобии. Это вызвано тем, что плохая приверженность к СИПАП-терапии связана с высокими показателями клаустрофобии, которая наблюдается у 49 % пациентов с СОАС. Показано, что КПП значительно улучшает приверженность к СИПАП-терапии [25]. Предполагается, что устранение психологических симптомов, в частности паники, может улучшить общее состояние. Иерархический терапевтический подход, направленный на устранение симптомов-мостиков, может эффективно разрушить взаимосвязанную сеть депрессии, тревоги и нарушений сна. КПП служит психологической помощью первой линии. При симптомах ангедонии поведенческая активационная терапия, ключевой компонент КПП, систематически помогает пациентам вновь включиться в приятную деятельность и восстановить чувствительность к вознаграждению. Симптомы напряжения и возбуждения в первую очередь устраняются с помощью релаксационных тренировок, включая постепенное расслабление мышц и техники снижения стресса, основанные на осознанности. Когда психотерапевтических вмешательств оказывается недостаточно, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) могут рассматриваться

как лечение второй линии, особенно эффективное как при психомоторной заторможенности, так и при ангедонии. Кроме того, пациентам также рекомендуется вести здоровый образ жизни, который включает в себя правильное питание, достаточный сон и умеренные физические нагрузки. Таким образом, иерархический терапевтический подход, сочетающий психотерапевтические вмешательства, фармакотерапию и изменение образа жизни, может эффективно воздействовать на эти симптомы и дать положительные результаты в уменьшении сопутствующих проявлений депрессии, тревоги и нарушений сна у пациентов с СОАС.

Конфликт интересов / Conflict of interest

Автор заявил об отсутствии потенциального конфликта интересов. / The author declares no conflict of interest.

Соответствие нормам этики / Compliance with ethical principles

Исследование одобрено локальным этическим комитетом. Пациентами подписано информированное согласие на публикацию данных, полученных в результате исследований. / The study was approved by the Local Ethics Committee. All patients signed informed consent for the publication of the research data

Автор заявляет об отсутствии использования генеративного искусственного интеллекта. / The author declares no use of Generative AI in the preparation of this manuscript.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCE

1. Liu H, Wang X, Feng H, et al. Obstructive sleep apnea and mental disorders: a bidirectional mendelian randomization study. *BMC Psychiatry*. 2024;24(1):304. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05754-8>
2. Cascais Costa C, Afreixo V, Cravo J. Impact of obstructive sleep apnea treatment on marital relationships: sleeping together again? *Cureus*. 2023;15(10). <https://doi.org/10.7759/cureus.46513>.
3. Sleep disorders in psychiatric patients: a practical guide / ed. by Hugh Selsick. UK.: Springer; 2018. 299 p.
4. Pavwoski P, Shelgikar AV. Treatment options for obstructive sleep apnea. *Neurol Clin Pract*. 2017;7(1):77–85. <https://doi.org/10.1212/CPJ.0000000000000320>
5. Talebi M, Rasoolzadeh Tabatabayei K. Application of cognitive-behavioral therapy in obstructive sleep apnea: comparison of CPAP therapy and CBT on the executive functions of the brain. *J Sleep Disord Ther*. 2017;6:2–19
6. Wang W, He G, Wang M, et al. Effects of patient education and progressive muscle relaxation alone or combined on adherence to continuous positive airway pressure treatment in obstructive sleep apnea patients. *Sleep Breath*. 2016;16:1049–1057. <https://doi.org/10.1007/s11325-011-0600-3>
7. Sweetman A, Lack LC, Smith SS. Effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia in patients with comorbid obstructive sleep apnea. *Sleep*. 2017;40:12–20. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2017.09.003>
8. Sweetman A, Lack L, Lambert S, et al. Does comorbid obstructive sleep apnea impair the effectiveness of cognitive and behavioral therapy for insomnia? *Sleep Med*. 2017;39:38–46. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2017.09.003>
9. Osman AM, Carter SG, Carberry J. Obstructive sleep apnea: current perspectives. *Nat Sci Sleep*. 2018;23:21–34. <https://doi.org/10.2147/NSS.S124657>
10. Bahr K, Camera RJ, Gougers H, Turin I. Current treatment of comorbid insomnia and obstructive sleep apnea with CBTi and PAP-Therapy: a systematic review. *Front Neurol*. 2018;29(9):804–814. <https://doi.org/10.3389/fneur.2018.00804>
11. Fung CH, Martin JL. Efficacy of cognitive behavioral therapy for insomnia in older adults with occult sleep-disordered breathing. *Psychosom Med*. 2016;78:629–39. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000314>
12. Magalang UJ, Mador MJ. Behavioral and pharmacologic therapy of obstructive sleep apnea. *Clin Chest Med*. 2003;24(2):343–353.
13. Мелёхин А. И. Клиническая психология хронической бессонницы. М.: ДМК Пресс; 2024. 370 с.
Melekhin AI. Clinical psychology of chronic insomnia. Moscow: DMK Press; 2024. 370 p. (In Russ.)
14. Мелёхин А. И. Когнитивно-поведенческая психотерапия расстройств сна. Практическое руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2020. 496 с.
Melekhin AI. Cognitive behavioral psychotherapy of sleep disorders. Practical guide. Moscow: GEOTAR-Media; 2020. 496 p. (In Russ.)
15. Мелёхин А. И. Онко-специфические нарушения сна. *Неврологический вестник*. 2021;53(3):51–63.
Melekhin AI. Cancer-specific sleep disorders. *Neurological Bulletin*. 2021;53(3):51–63. (In Russ.)
16. Liu H, Wang X, Feng H, et al. Obstructive sleep apnea and mental disorders: a bidirectional mendelian randomization study. *BMC Psychiatry*. 2024;24(1):304. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05754-8>
17. Luo X, Li S, Wu Q, et al. Depressive, anxiety, and sleep disturbance symptoms in patients with obstructive sleep apnea: a network analysis perspective. *BMC Psychiatry*. 2025;25(1):77. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06532-w>
18. McCall WV, Harding D. Correlates of depressive symptoms in patients with obstructive sleep apnea. *J Clin Sleep Med*. 2006;2:424–436.
19. Krysta K, Bratek A, Zawada K, Stepańczak R. Cognitive deficits in adults with obstructive sleep apnea compared to children and adolescents. *J Neural Transm (Vienna)*. 2017;124(1):187–201. <https://doi.org/10.1007/s00702-015-1501-6>

20. Bastiampillai T, Khor LJ, Dhillon R. Complicated management of mania in the setting of undiagnosed obstructive sleep apnea. *J ECT*. 2011;27:15–26. <https://doi.org/10.1097/YCT.0b013e3181dd7c82>

21. Collen JF, Lettieri CJ, Hoffman M. The impact of post-traumatic stress disorder on CPAP adherence in patients with obstructive sleep apnea. *J Clin Sleep Med*. 2012;8(6):667–672. <https://doi.org/10.5664/jcsm.2260>

22. Karanti A, Landen M. Treatment refractory psychosis remitted upon treatment with continuous positive airway pressure: a case report. *Psychopharmacol Bull*. 2007;40(1):113–117.

23. Swartz RH, Cayley ML, Lanctôt KL, et al The “DOC” screen: Feasible and valid screening for depression. Obstructive Sleep Apnea (OSA) and cognitive impairment in stroke prevention clinics. *PLoS One*. 2017;12(4):1–19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174451>

24. Chasens ER, Pack AI, Maislin G, et al. Claustrophobia and adherence to CPAP treatment. *West J Nurs Res*. 2005;27(3):307–321. <https://doi.org/10.1177/01939459042732>

25. Edmonds JC, Yang H, King TS, et al. Claustrophobic tendencies and continuous positive airway pressure therapy non-adherence in adults with obstructive sleep apnea. *Heart Lung*. 2015;44(2):100–116. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.01.002>

26. Leggett MK. A brief review of claustrophobia and continuous positive airway pressure (CPAP). *Therapy for Sleep Apnea*. 2016;1:1–19.

27. Means MK, Edinger JD. Exposure therapy for claustrophobic reactions to continuous positive airway pressure. In: *Behavioral treatments for sleep disorders: a comprehensive primer of behavioral sleep medicine interventions* / Ed. by Perlis ML, Aloia M, Kuhn BR; 2011. Pp. 183–193.

28. Means MK, Edinger JD. Graded exposure therapy for addressing claustrophobic reactions to continuous positive airway pressure: a case series report. *Behav Sleep Med*. 2007;5:5–116.

Информация об авторах:

Мелёхин Алексей Игоревич — кандидат психологических наук, доцент, профессор Российской академии естествознания, клинический психолог высшей квалификационной категории, титулярный член Academy of Cognitive Therapy (США), действительный член International Psycho-Oncology Society и International society for clinical physiology and pathology, Гуманитарный институт им. П. А. Столыпина, Москва, Россия, clinmelehin@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5633-7639>.

Authors information:

Aleksey I. Melehin, PhD of Psychological Sciences, Associate Professor, Professor of the Russian Academy of Natural History, Clinical Psychologist of the Highest Qualification Category, Titular Member of the Academy of Cognitive Therapy (USA), Full Member of the International Psycho-Oncology Society and the International Society for Clinical Physiology and Pathology, NEPIHE “Stolypin’s Humanitarian Institute”,

Moscow, Russia, clinmelehin@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5633-7639>.

Поступила в редакцию / Received: 18.12.2025

Принята к публикации / Accepted: 24.01.2026