

На правах рукописи

Рассказова Елена Игоревна

**НАРУШЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ
ПРИ НЕВРОТИЧЕСКОЙ ИНСОМНИИ**

Специальность 19.00.04 – Медицинская психология
(психологические науки)

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Москва – 2008

Работа выполнена на кафедре нейро- и патопсихологии
факультета психологии
Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова

Научный руководитель – доктор психологических наук, профессор
Тхостов Александр Шамилевич.

Научный консультант – доктор медицинских наук, профессор
Левин Яков Иосифович.

Официальные оппоненты: доктор психологических наук
Гульдан Виктор Викторович;
кандидат психологических наук, доцент
Гаранян Наталья Георгиевна.

Ведущая организация – Научный центр психического здоровья РАМН

Защита состоится «б» июня 2008 г. в ____ часов на заседании
диссертационного совета Д 501.001.15 в МГУ имени М.В. Ломоносова
по адресу: 125009, г.Москва, ул. Моховая, д.11, к. 5, ауд. 102.

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке
МГУ имени М.В. Ломоносова.

Автореферат разослан «__»_____ 2008 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета _____ Балашова Е.Ю.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Актуальность исследований инсомнии и ее психологических факторов обусловлена, в первую очередь, практической необходимостью. По данным эпидемиологии инсомния встречается у 28-45% популяции, и в половине случаев является важной проблемой, требующей лечения (Principles..., 2005). При этом 1.5-3% популяции постоянно и 25-29% эпизодически принимают снотворные препараты. У больных инсомнией выше риск психических и соматических заболеваний и смертность (Principles..., 2005).

Научная необходимость разработки проблемы психологического подхода к инсомнии обусловлена тем, что психологические факторы играют важную роль в возникновении инсомнии (за исключением инсомнии, вторичной по отношению к соматической и психической патологии, и приема психоактивных веществ, где они могут выступать причиной не инсомнии, а самого употребления) и одну из ключевых ролей в числе факторов ее хронификации. Достаточно упомянуть, что в МКБ-10 под инсомнией, гиперсомнией и нарушениями ритма сна понимаются «первично психогенные состояния с эмоционально обусловленным нарушением качества, длительности или ритма сна» (МКБ-10..., 2003). Проводятся исследования о связи стресса и сна (Ковров, Вейн, 2004), субъективной и объективной оценки сна (Посохов, 1986, Мачулина с соавт., 2004), а также predispositional факторов инсомнии (в том числе вторичной, Посохов, 1986), к числу которых относятся личностные особенности (Посохов с соавт., 2004, Миронова и соавт., 2004, Сысоева и соавт., 2004).

Теоретико-методологической основой исследования являются представления о роли регуляции и опосредствования в структуре психической деятельности (Выготский, Зейгарник), различных уровнях и механизмах саморегуляции (Баумайстер, Дикая, Конопкин, Моросанова, Прохоров, Хекхаузен), в том числе смысловой саморегуляции (Братусь, Иванников, Леонтьев), об патологических формах психологической саморегуляции (Николаева, Соколова, Курек, Мазур, Поляков, Холмогорова), положениях культурно-исторического подхода в психосоматике (Николаева, Арина) и психологии телесности (Тхостов, Арина, Елшанский), в рамках которых особое внимание уделяется внутренней картине болезни и опосредствованию телесной интрацепции, когнитивные

(Harvey, Morin, Espie) и поведенческие модели инсомнии (Spielman), исследования влияния стресса на развитие и течение инсомнии (Вейн, Ковров).

Данная работа посвящена *проблеме* психологических факторов инсомнии.

Целью работы является исследование вклада психологической саморегуляции в развитие и поддержание инсомнии.

Объектом исследования являются особенности течения и хронификации инсомнии.

Предметом исследования является структура нарушений психологической саморегуляции при инсомнии.

Теоретическая гипотеза исследования. При невротической инсомнии нарушается психологическая саморегуляция в звене опосредствования. Принятые в культуре представления о сне и инсомнии опосредствуют процессы саморегуляции больного при первых симптомах нарушения сна, что приводит к гипертрофированным усилиям больного по управлению собственным сном и образованию «порочного» круга тревоги.

1. Нарушения саморегуляции при инсомнии по типу образования «порочного» круга тревоги вызваны опосредствованием действий и переживаний больных принятыми в культуре представлениями в отношении сна и инсомнии
2. Нарушения психологической саморегуляции по типу ригидности, приводящие к фиксации неэффективного поведения и направленные на преодоление тревоги в отношении сна, приводят к хронификации инсомнии. При этом наиболее пассивные стратегии связаны с неблагоприятным прогнозом в лечении инсомнии, тогда как наиболее активные – с благоприятным.

На основе теоретической гипотезы была сформулирована система *эмпирических гипотез*:

1. Шкала дисфункциональных убеждений в отношении сна, опросник содержания мыслей перед сном, шкала локуса контроля сна, индекс тяжести инсомнии, анкета качества сна являются надежными и валидными инструментами, измеряющими субъективную тяжесть инсомнии и психологические факторы инсомнии.
2. Анкеты представлений о сне и инсомнии являются надежными и валидными исследовательскими методиками.

3. У больных инсомнией в большей степени, чем в контрольной группе, выражена тревога в отношении сна в форме внимания к телесным ощущениям и вегетативным симптомам, а также хронифицирующие факторы инсомнии – мысли перед сном, дисфункциональные убеждения в отношении сна. При наличии руминаций перед сном, дисфункциональных убеждений в отношении сна, страха не уснуть объективная и субъективная картина сна ухудшаются.
4. Чем более активные средства по преодолению инсомнии использует больной, тем лучше его субъективное и объективное качество сна.
5. Различные представления о причинах, следствиях и отношении ко сну и инсомнии по-разному связаны с тяжестью инсомнии.
6. Субъективная и объективная картина сна больных при медикаментозной терапии улучшается в различной степени при разных представлениях о причинах, следствиях и различном отношении ко сну и инсомнии.
7. При большей выраженности психологических факторов развития и хронификации инсомнии (нарушения гигиены сна, страха последствий инсомнии, страха не уснуть, внимания к телесным ощущениям, связанным со сном, руминаций перед сном и дисфункциональных убеждений в отношении сна) эффект медикаментозной терапии минимален.

Задачи исследования:

1. Теоретический анализ психологических исследований инсомнии. Теоретический анализ представлений о психологической саморегуляции и ее нарушениях.
2. Разработка интегративной психологической модели инсомнии и выявление нарушений саморегуляции, лежащих в основе хронификации инсомнии.
3. Создание и валидизация, а также апробация методик, позволяющих исследовать представления человека о сне и инсомнии, а также хронифицирующие факторы инсомнии.
4. Выявление нарушений психологических факторов, влияющих на внутреннюю картину болезни и действия больных и тем самым на субъективную и объективную картину сна при инсомнии, и способствующих/препятствующих хронификации инсомнии.

5. Выявление психологических факторов, влияющих на эффективность медикаментозного лечения инсомнии.

Научная новизна. В данном исследовании впервые проведено систематическое исследование нарушений психологической саморегуляции при инсомнии, с учетом различных ее форм и уровней (представления о сне и инсомнии, поведенческие факторы). Показано, что нарушения саморегуляции при инсомнии проявляются в изменениях ВКБ сензитивного (изменение дифференциации ощущений), когнитивного (руминации перед сном, дисфункциональные убеждения), эмоционального и мотивационного уровней (страх не уснуть, страх последствий инсомнии, сдвиг цели на мотив). Выраженность изменений ВКБ всех уровней связана у больных инсомнией с ухудшением объективного и субъективного сна. Ухудшение качества сна при инсомнии связано с особенностями поведения больных: активность больных связана с улучшением сна, тогда как пассивность и самоограничительное поведение – с его ухудшением.

В ходе исследования адаптированы методики исследования субъективной тяжести инсомнии и психологических факторов инсомнии: шкала дисфункциональных убеждений в отношении сна, опросник содержания мыслей перед сном, индекс тяжести инсомнии, анкеты причин и средств борьбы с инсомнией и отношения ко сну и инсомнии являются надежными и валидными методами исследования инсомнии.

В лонгитюдном исследовании мы показали, что эффективность медикаментозного лечения связана с психологическими факторами: она выше при меньшей выраженности тревоги и депрессии, руминаций перед сном, хронифицирующего течение инсомнии, а также у больных с ритуалом сна. Объективная картина сна после курса приема препарата практически не улучшается у тех больных, которым свойственны руминации о самой инсомнии.

Практическая значимость. В ходе исследования была разработана схема психологического обследования больных инсомнией, которая используется при проведении психологической диагностики в Сомнологическом Центре ММА им. И.М.Сеченова. Адаптирована и разработана батарея методик для оценки субъективной тяжести инсомнии и психологических факторов хронификации инсомнии, которая может использоваться в диагностике, терапии и проведении научных исследований.

Результаты исследования легли в основу научных публикаций и используются в курсе «Клиническая психология» на факультете психологии МГУ, а также при подготовке курса «Социальная поддержка больных и организация медико-профилактических программ в психологии здоровья» кафедры психологии здоровья факультета социальной психологии МГППУ.

Положения, выносимые на защиту:

1. Основным психологическим механизмом инсомнии является нарушение саморегуляции в звене опосредствования.
2. Нарушения саморегуляции при инсомнии проявляются в изменениях ВКБ сензитивного (трудности дифференциации ощущений и расширение сферы болезненных ощущений), когнитивного (руминации перед сном, дисфункциональные убеждения в отношении сна), эмоционального и мотивационного уровней (страх не уснуть, страх последствий инсомнии). Выраженность изменений ВКБ всех уровней связана у больных инсомнией с ухудшением объективного и субъективного сна.
3. Субъективное и объективное ухудшение сна, т.е. течение заболевания, опосредствовано некоторыми представлениями больного о причинах, средствах лечения инсомнии, восприятием инсомнии, убеждениями в отношении сна. Субъективное и объективное качество сна коррелируют с особенностями поведения человека: самоограничительное поведение и психологическая «зависимость» от приема снотворных связаны с факторами хронификации инсомнии и ухудшением сна, тогда как действия перед сном неоднозначно связаны с качеством сна и сопряжены с усилением ипохондрических тенденций.
4. Представления о причинах, следствиях и отношении к инсомнии не влияют на эффективность медикаментозного лечения. Больные с невысокой субъективной тяжестью инсомнии, меньшей выраженностью тревоги и депрессии при обращении и отсутствии жалоб на частые ночные пробуждения отмечают максимальные улучшения после медикаментозного лечения. Эффективность медикаментозного лечения выше при меньшей выраженности руминаций перед сном, хронифицирующих течение инсомнии, если начало инсомнии не было связано с психотравматическими

событиями, а также у больных с ритуалом сна. Объективная картина сна после курса приема препарата практически не улучшается у тех больных, которым свойственны руминации о самой инсомнии.

Апробация работы. Результаты исследования доложены на заседании кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ им. М.В.Ломоносова 5.12.08. Отдельные аспекты работы были представлены на следующих научных конференциях:

1. Вторая Всемирная Конференция по Стрессу (2nd World Conference of Stress), Будапешт, Венгрия. - 2007.
2. Научно-практический конгресс III Всероссийского форума «Здоровье нации – основа процветания России». Международная научная конференция Ломоносов-2007.
3. Актуальные проблемы сомнологии. V Всероссийская конференция. - 2006.

Публикации. По материалам диссертации опубликовано 8 печатных работ в отечественных и зарубежных изданиях.

Объем и структура работы. Диссертация изложена на 220 страницах машинописного текста, иллюстрирована 38 таблицами и 31 рисунком. Состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов, эмпирической части, состоящей из 3 глав исследований. Список литературы содержит 134 источника.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **введении** обосновывается актуальность темы, определяются цель и задачи, объект, предмет исследования, формулируются теоретическая гипотеза и положения, выносимые на защиту, раскрывается научная новизна, теоретическая и практическая значимость работы.

В **первой главе «Невротическая инсомния: психологический подход»** раскрывается понятие инсомнии и обосновывается возможность психологического подхода к анализу сна и его нарушений.

Являясь изначально натуральной функцией, сон в ходе развития культуры приобретает черты высшей психической функции (Выготский, 2000): становится *частично* социальной, произвольной, опосредствованной по строению функцией. Появляются средства прямой (решение о времени отхода ко сну и времени пробуждения) и косвенной регуляции сна (искусственный свет, снотворные, кофе). Это сопряжено с появлением целого набора культурно обусловленных расстройств этой функции (Тхостов, 2002).

Нарушения сна вызывают у человека *избыточные усилия* по контролю за своим сном при *недостаточности средств* и инструментов для такой регуляции. Отсутствие улучшения в результате саморегуляции не приводит у больных к смене стратегии – они либо продолжают подбирать новые и новые неэффективные средства контроля сна, либо прекращают какие бы то ни было действия. Иными словами, одним из основных механизмов хронификации инсомнии у больных является нарушение саморегуляции в звене опосредствования.

Вторая глава «Психологическая саморегуляция и ее нарушения» содержит обзор исследований, посвященных психологической саморегуляции и ее нарушениям. В психологии проблема саморегуляции традиционно рассматривалась с двух позиций – как саморегуляция деятельности и психических процессов (Конопкин, Моросанова, Зейгарник, Холмогорова, Куль, Хекхаузен, Голльвитцер) и как саморегуляция функциональных состояний (Дикая, Леонова, Кузнецова, Прохоров). В рамках саморегуляции деятельности исследовались как операционально-технический, так и мотивационно-смысловой ее уровни.

Исследования саморегуляции в ситуации соматического заболевания (Николаева, Арина, Тхостов) подразумевают интеграцию

этих подходов. Ситуация болезни представляет собой состояние, лишь частично контролируемого больным. Она требует не только планирования и реализации деятельности по ее преодолению болезни (саморегуляции деятельности), но и деятельности переживания (Василюк, Зейгарник).

Исследования нарушений саморегуляции при соматических заболеваниях связаны с понятием внутренней картины болезни (Николаева, Тхостов, Арина), которую можно рассматривать как своеобразный «орган» саморегуляции. ВКБ можно рассматривать как структуру, направляющую и являющуюся результатом деятельности больного по саморегуляции в условиях болезни. Выделение структуры ВКБ в работах В.В.Николаевой, Г.А.Ариной, А.Ш.Тхостова позволило рассмотреть динамику ВКБ и ее влияние на состояние и поведение больного. Можно выделить различные мишени саморегуляции, подразумевающие как саморегуляцию состояния человека, так и саморегуляцию его деятельности, а также различные механизмы саморегуляции – опосредствование различными структурами (особенностями телесной перцепции и категоризации, эмоциональным состоянием больного, его знаниями и представлениями о болезни, особенностями мотивационно-смысловой сферы).

В третьей главе «Психологические и поведенческие факторы инсомнии» представлен обзор психологических исследований инсомнии, проводившийся преимущественно в рамках когнитивной психологии. Выделяются predispositional (личностные особенности), catalyzing (стресс), chronicizing (убеждения, руминации, страх не уснуть) факторы инсомнии. Когнитивная модель инсомнии согласуется с представлениями о «порочном» круге тревоги как механизме хронификации инсомнии (Principles..., 2005, Morin, 1993). Невозможность контролировать свой сон приводит к нарастанию тревоги, руминациям перед сном, вниманию ко всему, связанному со сном и самоограничительному поведению.

Существующие немедикаментозные методы лечения инсомнии направлены на отвлечение внимания больного от сна и привлечение к бодрствованию (Principles..., 2005, Bouchard et al, 2003, Harvey, Farrel, 2003, Berlin, 1985, Перре, Бауманн, 2002).

Четвертая глава «Нарушение психологической саморегуляции при инсомнии: факторы хронификации. Постановка проблемы» посвящена описанию интегративной модели

инсомнии, учитывающей влияние личностных факторов, факторов катализации и хронификации, а также подчеркивающей роль механизма «порочного» круга тревоги и влияние поведения при инсомнии на ее хронификацию. Мы предполагаем, что хронификация невротической инсомнии связана с нарушением психологического опосредствования, которое выражается в изменениях ВКБ сензитивного (изменение дифференциации ощущений), когнитивного (руминации и дисфункциональные убеждения о сне и инсомнии), эмоционального (страхи не уснуть, последствий) и мотивационного (сдвиг цели на мотив) уровней.

К числу личностных черт, связанных с хронификацией инсомнии, мы относим алекситимические и ипохондрические типы личности и перфекционизм. Представления о сне и инсомнии включают в себя нормативные представления (сколько и как спать), представления о контроле над инсомнией (насколько возможен контроль над сном) и отношение общества к инсомнии (Вейн, Николаева, Тхостов).

Представления во многом определяют выбор поведения при инсомнии. На основе классификации методов самопомощи А. Jorm (2004), мы разделяем психологическую «зависимость» от лекарств, самоограничительное поведение, формирование ритуала сна (повторяющихся действий перед сном) и активные изменения в жизни. Согласно нашей гипотезе, активность больного и его способность сместить фокус внимания со сна к бодрствованию являются хорошим прогностическим признаком, тогда как самоограничительное поведение сопряжено с ухудшением сна.

В начале **эмпирической части** формулируются задачи и эмпирические гипотезы трех последующих глав. Мы предполагаем, что:

1. Нарушения саморегуляции при инсомнии по типу образования «порочного» круга тревоги вызваны опосредствованием действий и переживаний больных принятыми в культуре представлениями в отношении сна и инсомнии (рис. 1).



Рис. 1. Принятые в культуре представления о сне и инсомнии как фактор хронификации.

2. Нарушения психологической саморегуляции по типу ригидности, приводящие к фиксации неэффективного поведения и направленные на преодоление тревоги в отношении сна, приводят к хронификации инсомнии. При этом наиболее пассивные стратегии связаны с неблагоприятным прогнозом в лечении инсомнии, тогда как наиболее активные – с благоприятным (рис.2).



Рис. 2. Влияние поведенческих факторов при инсомнии на прогноз эффективности лечения

В пятой главе «Апробация и валидизация методического арсенала» решаются задачи валидизации методического арсенала исследования инсомнии и проверяется гипотеза о надежности и валидности методик психологических факторов инсомнии.

Клиническую группу составили 82 больных инсомнией (25 мужчин и 57 женщин, средний возраст 46 ± 13 лет), получающих амбулаторное лечение в Сомнологическом Центре при ММА им. И.М.Сеченова. Оценка диагноза нарушения сна проводилась сомнологами Центра в соответствии с Международной классификацией расстройств сна 2-й редакции (МКРС-2).

Контрольную группу (хорошо спящие испытуемые, ХСИ) составили 105 испытуемых (32 мужчины и 73 женщины, средний возраст 23 ± 9.2 года), не имевших на момент исследования нарушений сна. Общая характеристика испытуемых представлена в табл. 1.

Табл. 1. Общая характеристика испытуемых.

| Испытуемые | Психологическое обследование | | | | Полисомнография | | | |
|--------------------|------------------------------|------|------|-------------------|-----------------|------|------|-------------------|
| | Кол-во | Муж. | Жен. | Сред. возраст | Кол-во | Муж. | Жен. | Сред. возраст |
| Больные инсомнией | 82 | 25 | 57 | 46 ± 13 лет | 63 | 20 | 43 | 45 ± 11.5 лет |
| Контрольная группа | 105 | 32 | 73 | 23 ± 9.2 года | 10 | 7 | 3 | 24 ± 2.9 лет |
| Всего | 187 | 57 | 130 | | 73 | 27 | 46 | |

Полисомнографическое обследование, наряду с психологическим, проходили 10 хорошо спящих испытуемых (3 женщины, 7 мужчин, средний возраст 24 ± 2.9 лет). В клинической выборке объективные показатели сна были получены у 63 человек (43 женщины, 20 мужчин, средний возраст 45 ± 11.5 лет).

Клиническая и контрольная выборки не различались по полу и уровню образования, однако различались по возрасту. В связи с этим мы провели дополнительную статистическую проверку правомерности использования такой контрольной группы. Результаты сравнения ответов по всем методикам испытуемых контрольной и клинической групп старше и моложе 35 лет выявили лишь небольшое число значимых различий в ответах, которые нивелируются при суммировании баллов по тестам.

Процедура обследования больных состояла из трех этапов:

1. Беседа с больным, основной задачей которой являлось выявление личностных и поведенческих факторов инсомнии, которые являются факторами риска или хронификации развития инсомнии.
2. Психологическое обследование больных.

3. Полисомнография – запись ЭЭГ, ЭМГ и ЭОГ в течение 8 часов ночи.

Психологическое тестирование

Для оценки субъективного качества сна использовались следующие методики:

1. *Анкета балльной оценки субъективных характеристик сна* (Инсомния, 2006).
2. *Индекс тяжести инсомнии (ИТИ, Insomnia Severity Index, ISI, Bastien et al, 2001)* оценивает субъективную тяжесть инсомнии.

Оценка психологических факторов инсомнии проводилась при помощи методик:

1. *Госпитальная шкала тревоги и депрессии* оценивает выраженность тревоги и депрессии.
2. *Шкала Телесной Перцепции (ШТП)* разработана А.Ш.Тхостовым (2002) для диагностики степени дифференцированности соматических ощущений и повышенного внимания к соматической сфере.
3. Тест *Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений* (Тхостов, Елшанский, 2003) применяется для оценки особенностей категоризации соматических ощущений. Модификация теста заключалась в дополнительном вопросе «Отметьте те ощущения, которые относятся ко сну, засыпанию, пробуждению или бессоннице».
4. *Опросник каузальных ориентаций* (Дергачева, 2004) направлен на выявление особенностей принятия решений.
5. *Шкала дисфункциональных убеждений в отношении сна (ШДУС, DBAS, Morin, 1993)*, оценивающая выраженность дисфункциональных убеждений в отношении сна.
6. *Опросник содержания мыслей Глазго (ОСМ, Glasgow Content of Thoughts Inventory, GCTI, Harvey & Espie, 2004)* выявляет содержание и выраженность мыслей перед сном и при невозможности заснуть.
7. *Локус контроля сна (ЛКС, Sleep Locus of Control, SLC, Vincent et al, 2004)* оценивает локус контроля в отношении сна.

С целью оценки представлений испытуемых о сне и инсомнии нами были разработаны следующие методики:

1. *Анкета причин нарушений сна и Анкета средств против бессонницы* основаны на представлениях о причинах и средствах против инсомнии в научной (Инсомния..., 2005), научно-

публицистической (Вейн, 2003, Ковров, 2005, Бережкова, 2003) и литературе широкого потребления (Сон..., 2002, Морозова, 2000).

2. *Тесты отношения ко сну и инсомнии.* Тест отношения ко сну содержит 11 вариантов окончания фразы «Хороший сон для меня – это, прежде всего...», представленных в научной, научно-публицистической и литературе широкого потребления (там же). Тест отношения к инсомнии содержит 23 варианта окончания фразы «Бессонница для меня – это, прежде всего...», основанных на адаптации представлений о личностном смысле болезни к проблеме инсомнии (Николаева, 1995, Тхостов, 1993).

Полисомнография. Оценка стадий и фаз сна осуществлялась сомнологами на основе общепринятой Международной классификации фаз и стадий сна. Оценивались следующие стандартные параметры сна: длительность сна; латентные периоды стадий и фаз сна; время бодрствования внутри сна; длительность 1, 2, 3, 4 (а также дельта-сна) стадий медленного сна и фазы быстрого сна, а также их доля в структуре сна, а также интегративный индекс качества сна SLIND.

Обработка результатов проводилась при помощи программы StatSoft Statistica 6.0. Использовались методы дескриптивной статистики, непараметрические меры сходства (коэффициент ранговой корреляции Спирмена) и различия (критерий Манна-Уитни). Результаты считались значимыми на уровне $p < 0.05$.

В таблице 2 представлены результаты апробации и валидации методик. Надежными и валидными диагностическими методиками могут быть признаны ИТИ, ШДУС, ОСМ. Анкеты представлений о сне и инсомнии также могут быть широко использованы с исследовательских целях. При использовании анкеты смысла сна в связи с ее низкой надежностью интерпретируются отдельные пункты, а не суммарный балл. Тест Локус контроля сна вследствие низкой надежности не может быть использован без дальнейшей апробации.

Табл. 2. Результаты апробации опросников психологических факторов инсомнии

| Тесты | Альфа Кронбаха | | Внешняя валидность* | Различение больных и контрольной группы** |
|--|--------------------|-------|---|--|
| | Клиническая группа | Норма | | |
| Анкета качества сна (АКС) | 0.66 | 0.46 | Отрицательно с частотой нарушений в неделю, тревогой, страхом не уснуть, ИТИ и ШДУС | Сензитивность 79.5% Специфичность 88.7% |
| Индекс тяжести инсомнии (ИТИ) | 0.77 | 0.77 | Положительно с тревогой и депрессией, числом вегетативных симптомов и телесных ощущений, ШДУС, ОСМ, отрицательно – с АКС | Сензитивность 90.2%, специфичность 95.2% |
| Шкала дисфункциональных убеждений в отношении сна (ШДУС) | 0.86 | 0.82 | Положительно с тревогой и депрессией, числом вегетативных симптомов, ИТИ, ОСМ, отрицательно – с АКС. | Сензитивность 82.5%, специфичность 85.7% |
| Опросник содержания мыслей перед сном (ОСМ) | 0.91 | 0.90 | Положительно с числом вегетативных симптомов, ИТИ, конформным и безличным локусом принятия решений. | Сензитивность 56%, специфичность 83.9% |
| Локус контроля сна (ЛКС) | 0.41 | 0.41 | | |
| Анкета причин нарушений сна | 0.89 | 0.82 | Психологические и вторичные причины положительно с тревогой и депрессией, ИТИ, безличным локусом принятия решений, вниманием к ощущениям, связанным со сном, ОСМ, ШДУС. | Классификация больных и нормы на основе представлений о сне и инсомнии |
| Анкета средств против инсомнии | 0.88 | 0.76 | Уверенность в эффективности медикаментозных средств положительно – с долей знакомых ощущений. | показывает сензитивность 83.1%, специфичность – 91.9%. |
| Анкета личностного смысла сна | 0.64 | 0.64 | Сон как ценный сам по себе и как отдых от эмоций положительно с ИТИ, ШДУС. | |

| Тесты | Альфа Кронбаха | | Внешняя валидность* | Различение больных и контрольной группы** |
|--|--------------------|-------|---|---|
| | Клиническая группа | Норма | | |
| Анкета личностного смысла бессонницы | 0.86 | 0.76 | Инсомния как тяжесть и катастрофа положительно с тревогой и депрессией, количеством вегетативных симптомов. Инсомния как угроза – более выражен внешний локус принятия решений и меньше балл по ШДУС. | |
| * - $p < 0.05$ ** - чувствительность и специфичность указаны, если дискриминантный анализ позволяет развести группы на основании баллов по тесту. | | | | |

В шестой главе «Исследование психологических факторов инсомнии» решалась задача выявления структуры изменений ВКБ при невротической инсомнии. Проверялись гипотезы о связи психологических факторов инсомнии и особенностей поведения с субъективным и объективным качеством сна у больных инсомнией.

При проверке эмпирических гипотез были получены следующие результаты:

1. У больных инсомнией в большей степени, чем в контрольной группе, выражена тревога в отношении сна в форме внимания к телесным ощущениям и вегетативным симптомам.

Мы предполагали, что проявлением нарушения саморегуляции по механизму образования порочного круга тревоги является избирательное внимание к телесным ощущениям и ощущениям, связанным со сном.

- Значимых различий между больными инсомнией и контрольной группой о выраженности вегетативных симптомов и телесных ощущений не выявлено. Однако, больные значимо чаще, чем испытуемые контрольной группы, использовали крайние ответы: у них отмечалось или множество, или лишь незначительное количество вегетативных симптомов и опасных и болезненных телесных ощущений.
- Отсутствуют значимые различия между контрольной и клинической группами по доле относящихся ко сну ощущений. Частично подтверждает нашу гипотезу то, что

количество относящихся ко сну ощущений у больных инсомнией положительно коррелирует ($p < 0.01$) с баллом по клинической шкале тревоги, что подтверждает нашу гипотезу о порочном круге тревоги.

- Число вегетативных симптомов коррелирует с более длинной первой стадией и укороченной четвертой стадией сна, т.е. ухудшением объективного сна. При чрезмерно большом или незначительном количестве симптомов укорачивается стадия быстрого сна.

Полученные данные позволяют подтвердить гипотезу лишь отчасти. У больных инсомнией в большей степени, чем в контрольной группе, выражены ипохондрические и алекситимические тенденции, выражающиеся в повышенном внимании к негативным телесным ощущениям (восприятие их как болезненных и опасных) и недооценке телесных ощущений, отсутствии жалоб на вегетативные симптомы соответственно.

2. У больных инсомнией в большей степени, чем в контрольной группе, выражены хронифицирующие факторы инсомнии – страх не уснуть, руминации, дисфункциональные убеждения в отношении сна.

- Вторичные причины нарушений сна (страх не уснуть и мысли перед сном) выражены у больных инсомнией значимо больше, чем в контрольной группе ($p < 0.005$).
- Дисфункциональные убеждения и мысли перед сном выражены у больных инсомнией значимо больше, чем в контрольной группе ($p < 0.005$).

Полученные данные полностью подтверждают вторую гипотезу.

3. При наличии руминаций, мешающих заснуть, а также дисфункциональных убеждений в отношении сна объективная и субъективная картина сна ухудшается.

- Большое количество мыслей, мешающих заснуть, и большая выраженность дисфункциональных убеждений в отношении сна соответствуют более тяжелому течению инсомнии, большему количеству вегетативных симптомов.
- В табл. 3 представлены корреляции психологических и объективных показателей сна. Выраженность мыслей, мешающих заснуть, способствует ускорению перехода к быстрому сну за счет уменьшения дельта-сна, при этом

больные инсомнией реже просыпаются ночью, т.е. в целом происходит ухудшение объективной картины сна. Выраженность дисфункциональных убеждений положительно коррелирует с процентной представленностью второй стадии сна в общей структуре сна, т.е. имеет место небольшое ухудшение сна.

Табл. 3. Корреляции по Спирмену методик отношения ко сну и объективных показателей

| Психологические тесты | Объективные показатели сна | Корреляция R | Уровень значимости p |
|---------------------------|------------------------------------|--------------|----------------------|
| ШДУС | Доля второй стадии сна | 0.358 | 0.030 |
| ОСМ | Длительность четвертой стадии сна | -0.379 | 0.021 |
| ОСМ | Доля четвертой стадии сна | -0.385 | 0.019 |
| ОСМ | Доля дельта-сна | -0.442 | 0.006 |
| ОСМ | Длительность фазы быстрого сна | 0.296 | 0.079 |
| ОСМ | Доля быстрого сна | 0.355 | 0.031 |
| ОСМ | Латентный период дельта-сна | 0.293 | 0.083 |
| ОСМ | Латентный период фазы быстрого сна | -0.339 | 0.043 |
| ОСМ | Число пробуждений | -0.318 | 0.093 |
| Доля болезненных ощущений | Латентный период фазы быстрого сна | 0.297 | 0.025 |
| ШТП | Доля первой стадии сна | 0.221 | 0.087 |
| ШТП | Доля четвертой стадии сна | -0.216 | 0.095 |

Полученные данные подтверждают гипотезу.

4. Представления о причинах, следствиях и личностный смысл сна и инсомнии связаны с тяжестью инсомнии.

- Признание психологических и вторичных *причин* инсомнии связано с худшим субъективным качеством сна, действием хронифицирующих факторов инсомнии, большим вниманием к связанным со сном ощущениям, тревожностью и депрессивностью и чаще встречается при принятии решений в бодрствовании «случайно», пассивно. Признание ситуативных

и поведенческих причин инсомнии связано с улучшением целой серии объективных показателей сна: увеличением дельта сна, снижением времени бодрствования, снижением SLIND.

- *Представление о сне* как отдыхе и переработке эмоций и самостоятельная ценность сна связана с большей субъективной тяжестью инсомнии и большей выраженностью дисфункциональных убеждений в отношении сна. Восприятие сна как отдыха от избытка информации связано с улучшением объективного сна (снижением SLIND, увеличением глубокого и быстрого сна и количества циклов), восприятие сна как отдыха от эмоциональных переживаний связано с увеличением быстрого сна и количества циклов. Смысл сна как источника сил и активности и крепкого глубокого сна без пробуждений связано с ухудшением объективного сна (снижением дельта-сна, увеличением латентного периода дельта-сна и второй стадии сна).
- Смысл инсомнии как слабости, катастрофы и болезни коррелирует с клиническими шкалами тревоги и депрессии, безличным локусом каузальности. Инсомния воспринимается как угроза при внешнем локусе каузальности и меньшем балле по ШДУС. Восприятие болезни как своей, как катастрофы и как слабости связано с внешним и безличным локусами каузальности, большей долей ощущений. Восприятие инсомнии как «своей» болезни негативно связано с объективным качеством сна (снижается представленность второй стадии, быстрого сна, увеличивается время бодрствования, снижается количество циклов сна, снижается время сна без пробуждений).

Гипотеза подтверждена частично: некоторые представления о сне и инсомнии связаны с ухудшением или улучшением объективной и субъективной картины сна.

5. Чем более активные средства борьбы с инсомнией использует больной, тем лучше его субъективное и объективное качество сна. По данным беседы были выделены три группы больных по степени их пассивности:

1. В **первую группу** вошли испытуемые с самоограничительным (35 больных). Мы предполагали, что ритуал при наличии самоограничительного поведения и

«зависимости» от лекарств будет направлен только на снижение тревоги, а не на активный поиск средств против бессонницы, и потому своей положительной роли играть не будет.

2. Во **вторую группу** вошли больные без самоограничительного поведения, но с психологической «зависимостью» от медикаментов (15 больных).
3. В **третью группу** вошли больные без самоограничительного поведения и «зависимости» от лекарств, но с ритуалом сна (9 больных).

Значимые различия между группами были обнаружены по нескольким объективным показателям.

Длительность нарушений сна. В группе больных с самоограничительным поведением длительность нарушений сна значимо выше (рис. 3), чем в остальных двух группах (что подтверждается при попарном сравнении по критерию Манна-Уитни, $p < 0.5$).

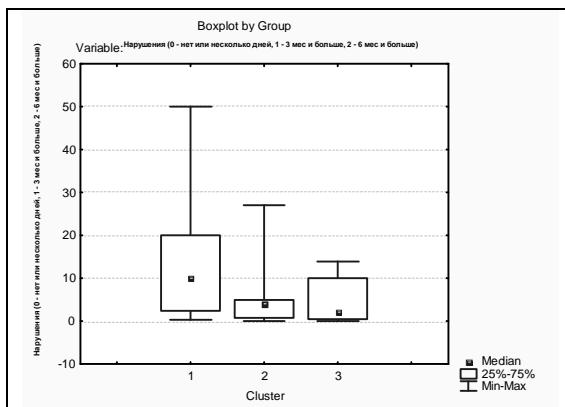


Рис. 3. Длительность нарушений сна в группах с различными типами поведения при инсомнии

Длительность и процентная представленность дельта-сна (рис. 4). Дельта-сон значимо больше в третьей группе по сравнению с первыми двумя (при попарном сравнении по критерию Манна-Уитни, $p < 0.05$), т.е. при наличии ритуала сна без признаков самоограничительного поведения и психологической «зависимости» от медикаментов дельта-сон у больных наиболее выражен.

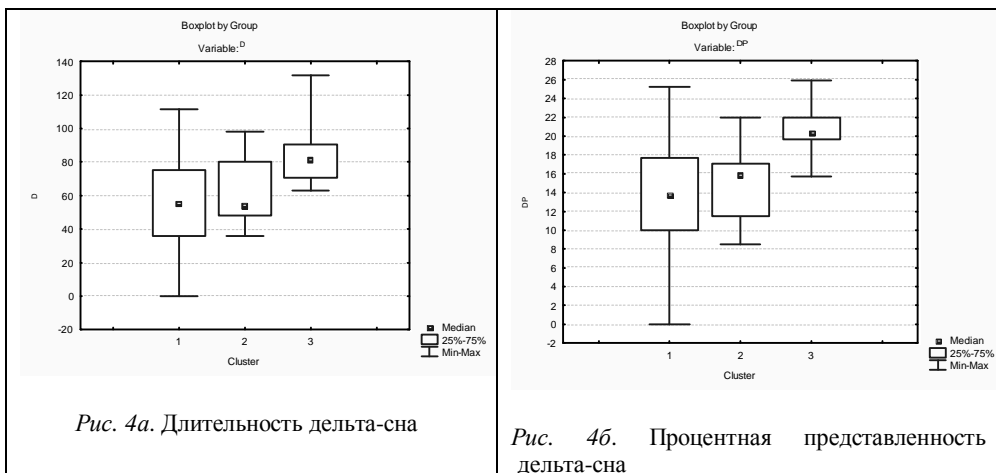


Рис. 4а. Длительность дельта-сна

Рис. 4б. Процентная представленность дельта-сна

Рис. 4. Длительность и процентная представленность дельта-сна в группах с различными типами поведения при инсомнии

Индекс сна SLIND. Индекс сна в первой группе значимо выше, чем во второй группе по критерию Манна-Уитни ($p < 0.05$). Значения индекса сна в третьей группе занимают промежуточное положение. Т.е. сон наиболее нарушен при самоограничительном поведении, однако наименьший индекс сна не у больных с ритуалом сна, а у больных с психологической «зависимостью» от медикаментов, что связано с уже упоминавшейся двойственностью ритуала сна: по всей видимости, он связан со сном как негативно, так и позитивно.

Несмотря на то, что наши выводы ограничены отсутствием группы с активными действиями в бодрствовании, т.е. наиболее активной группы, сравнение 3 групп с различной степенью активности в поведении показало, что при различном поведении субъективная картина сна не меняется, тогда как меняются длительность инсомнии и объективная картина сна. Объективное качество сна наихудшее при самоограничительном поведении, а длительность инсомнии в целом – максимальная.

Седьмая глава «Исследование связи психологических факторов и эффективности медикаментозной терапии» посвящена проверке гипотезы о влиянии психологических факторов инсомнии на эффективность медикаментозной терапии при помощи препарата Кластерфрай Мелисана. В исследовании участвовали 47 больных инсомнией (средний возраст 44.6 ± 10.1 лет, 13 мужчин и 34 женщины).

Процедура исследования не отличалась от описанной выше. Эффективность и безопасность медикаментозной терапии оценивалась после 14-дневного курса приема самими больными и их лечащими врачами.

В соответствии с нашими гипотезами:

1. Субъективная и объективная картина сна больных при медикаментозной терапии улучшается в различной степени при различных представлениях о причинах, следствиях и различном личностном смысле сна и инсомнии. Были получены следующие результаты:

- Больные оценивают препарат как более эффективный, если частота эпизодов инсомнии в неделю у них невелика, при лучшем субъективном качестве сна при обращении.
- Препарат оценивается как менее эффективный, если больные жалуются на частные ночные пробуждения ($p < 0.05$).
- Объективная картина сна практически не улучшается при приеме препарата у тех больных, которые воспринимают инсомнию как угрозу.

Иными словами, гипотеза не подтвердилась. Динамика субъективного состояния больных больше при меньшей тяжести инсомнии при обращении и отсутствии жалоб на ночные пробуждения.

2. При большей выраженности психологических факторов развития и хронификации инсомнии эффект медикаментозной терапии минимален.

Гипотеза частично подтвердилась в отношении мыслей перед сном и дисфункциональных убеждений в отношении сна. Субъективная эффективность препарата ниже при большей выраженности мыслей о самой инсомнии перед сном. Субъективная эффективность выше при наличии ритуала сна. Объективная эффективность ниже при большей выраженности мыслей о самой инсомнии перед сном и убеждении в нестабильности улучшений.

ВЫВОДЫ

Полученные нами результаты позволяют сделать следующие выводы:

1. Основным психологическим механизмом инсомнии является нарушение саморегуляции в звене опосредствования.
2. Нарушения саморегуляции при инсомнии проявляются в изменениях ВКБ:

- сензитивного (трудности дифференциации ощущений и расширение сферы болезненных ощущений),
 - когнитивного (руминации перед сном, дисфункциональные убеждения в отношении сна),
 - эмоционального и мотивационного уровней (страх не уснуть, страх последствий инсомнии).
3. Выраженность изменений ВКБ связана у больных инсомнией с ухудшением объективного и субъективного сна. Субъективное и, в меньшей степени, объективное ухудшение сна отмечается при искажении иерархии мотивов (сдвиге цели на мотив), если инсомния становится самостоятельной проблемой, не связанной с бодрствованием.
 4. Субъективное и объективное качество сна коррелирует с особенностями поведения человека: самоограничительное поведение и психологическая «зависимость» от лекарственных препаратов связаны с факторами хронификации инсомнии и ухудшением, в первую очередь, объективного сна, тогда как действия перед сном неоднозначно связаны с качеством сна, поскольку сопряжены с усилением ипохондрических тенденций.
 5. Выделены несколько конфигураций факторов представлений о сне и инсомнии, что может свидетельствовать о существовании нескольких различных психологических механизмов хронификации инсомнии.
 6. Представления о причинах, следствиях и отношении ко сну и инсомнии не влияют на эффективность медикаментозного лечения. Эффективность медикаментозного лечения выше при меньшей выраженности тревоги и депрессии, руминаций перед сном, а также у больных с ритуалом сна. Объективная картина сна после курса приема препарата практически не улучшается у тех больных, которым свойственны руминации о самой инсомнии.
 7. Шкала дисфункциональных убеждений в отношении сна, опросник содержания мыслей перед сном, индекс тяжести инсомнии, анкеты причин и средств борьбы с инсомнией и отношения ко сну и инсомнии являются надежными и валидными методами исследования инсомнии.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Публикации в изданиях, рекомендуемых ВАК МО и науки РФ:

1. Тхостов А.Ш., Левин Я.И., Рассказова Е.И. Психологическая модель инсомнии: факторы хронификации. // Вестник МГУ. Серия 14. Психология. – 2007. – №3. – С. 44-56.

Список публикаций по теме диссертации:

2. Тхостов А.Ш., Рассказова Е.И. Шкала дисфункциональных убеждений в отношении сна. Учебно-методическое пособие. М., Изд-во МГУ. – 2007. – 33 с.
3. Rasskazova E. Psychotraumatic stressors as trigger of chronic insomnia / Paper presented on the 2nd World Conference of Stress, Budapest, Hungary, 23-26 August 2007. Ed. M.Dallman. – P. 38-39.
4. Рассказова Е.И. Психологическая модель невротической инсомнии: факторы хронификации / Материалы научно-практического конгресса III Всероссийского форума «Здоровье нации – основа процветания России». Т. 3, ч. 2. М. Под ред. Ю.П.Зинченко – 2007. –С. 556-558.
5. Рассказова Е.И. Представления о сне и бессоннице у больных хронической инсомнией и испытуемых без нарушений сна // Новые в психологии. Сборник статей молодых ученых факультета психологии МГУ. Под ред. М.А.Степановой. М., МГУ. – 2006. – С. 186-195.
6. Рассказова Е.И. К проблеме успешности и неудачи в саморегуляции / Личностный ресурс субъекта труда в изменяющейся России. Материалы I Международной Конференции 4-6 окт. 2006. Под ред. В.И.Моросановой. Кисловодск-Ставрополь-Москва. - С. 582-583.
7. Рассказова Е.И. Представление о сне и бессоннице у больных хронической инсомнией и испытуемых без нарушений сна / Актуальные проблемы сомнологии. Тезисы докладов V Всероссийской конференции. Под ред. Я.И.Левина. - М. – 2006. – С. 82-84.
8. Рассказова Е.И. Фиксация внимания на соматических ощущениях и симптомах как основа страха не уснуть при хронической инсомнии / Актуальные проблемы сомнологии. Тезисы докладов V Всероссийской конференции. Под ред. Я.И.Левина. - М. . – 2006. – С. 82-84.