

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

А. Ш. Тхостов, Я. И. Левин, Е. И. Рассказова

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ НЕВРОТИЧЕСКОЙ ИНСОМНИИ: ФАКТОРЫ ХРОНИФИКАЦИИ

Предлагается психологическая модель инсомнии, уделяющая основное внимание хронификации инсомнии и особенностям поведения при инсомнии. Обсуждаются социально-психологические факторы возникновения и усиления тревоги в отношении сна и внимания ко сну: личностные особенности больных, принятые в культуре представления о сне и бессоннице (представления о гигиене сна, контроле сна, отношении общества к бессоннице). Реакции больных на инсомнию и их поведенческое проявление: психологическая зависимость от медикаментов, формирование ритуала сна, самоограничительное поведение, активные изменения в жизни — по-разному влияют на ход и эффективность лечения.

Ключевые слова: инсомния, психологическая модель инсомнии, факторы хронификации, психосоматика.

В неврологии и психиатрии проблема инсомнии¹ крайне актуальна: ее распространенность составляет 28—45%, 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. Достаточно очевидна и роль психологических факторов в развитии инсомнии: 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; курсив наш. — Авт.). Несмотря на это, исследованию инсомнии в психологии уделяется значительно меньше внимания, чем в медицине.

Предложены когнитивная модель инсомнии (Principles..., 2005) и несколько поведенческих моделей, рассматривающих факторы ее хронификации.

¹ Медицинский термин «инсомния» считается более точным, чем житейское слово «бессонница» (Инсомния..., 2005), однако при обсуждении принятых в культуре и житейских представлений мы будем говорить именно о бессоннице в ее обыденном понимании, не обязательно подтвержденном медицинским диагнозом.

фикации: нарушение гигиены сна, образование условного рефлекса в связи с проведением в постели времени без сна и др. В классической когнитивной модели в качестве катализирующих факторов инсомнии рассматривается стресс и эмоциональные переживания, приводящие к физиологическому и «когнитивному» возбуждению (мыслям и образам, мешающим уснуть). Тревога и когнитивное возбуждение по поводу самой бессонницы, а не вызвавших ее причин, наряду с дисфункциональными убеждениями в отношении сна («спать надо не меньше 8 часов», «если не буду спать, сойду с ума или заболею») становятся хронифицирующими факторами инсомнии. Реконцептуализация когнитивной модели, предложенная А. Harvey (рис. 1), основное внимание уделяет именно хронифицирующим факторам — тому, в чем конкретно выражается тревога за свою бессонницу: избирательному вниманию к дневным последствиям инсомнии и развитию самоограничительного поведения.

«Тревога ожидания» как ключевой механизм хронификации психопатологических симптомов описана еще Э. Блейлером в качестве уни-

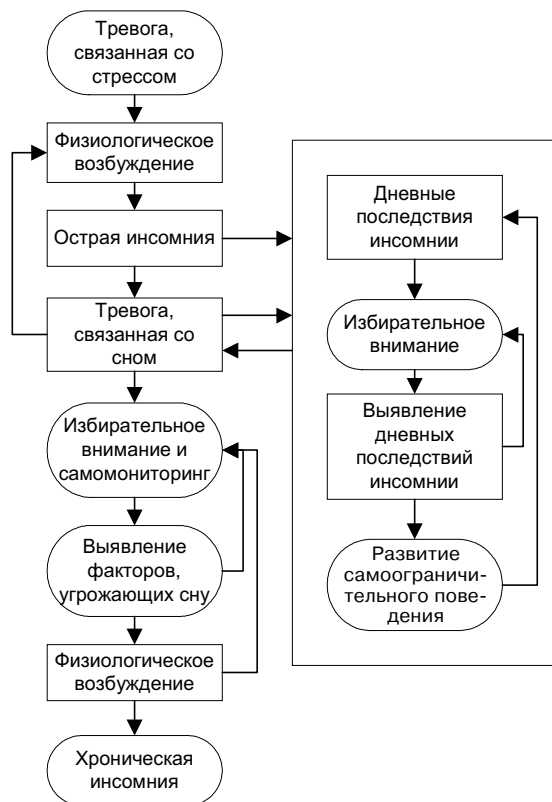


Рис. 1. Реконцептуализация когнитивной модели (модель А. Harvey — Principles., 2005, p. 718)

версального механизма порождения «самоподдерживающейся» тревоги. Ложная каузальная атрибуция симптомов — внимание к проявлениям самой болезни, а не к ее реальным причинам — делает приступы тревоги неконтролируемыми и приводит к хронификации расстройства, формируя порочный круг (Молдовану, 1991).

Инсомния, особенно ассоциированная с невротическими расстройствами, часто вызывается нерешенными проблемами в бодрствовании (Ковров, Вейн, 2005). Сон-бодрствование — это единый цикл, и их нельзя рассматривать в отрыве друг от друга. Эту ошибку атрибуции, как правило, и совершают больные, считая инсомнию только нарушением сна. И если в начале заболевания их тревога и напряжение вызваны конкретными дневными проблемами, то при хронической инсомнии больные тревожатся уже не столько из-за реальных проблем, сколько из-за самой невозможности уснуть (Вейн, 2003).

Однако тревога в отношении сна не объясняет индивидуальных различий клинической картины и поведенческих реакций при инсомнии. В 10—15% случаев (по нашим данным) у больных нет страха «не уснуть», и их приводят к врачу другие жалобы, чаще всего нарушения дневного функционирования. Одни больные не могут обходиться без таблеток, другим нужно вечером совершить «ритуал» — систему успокаивающих действий перед сном, а сон третьих не зависит ни от того, ни от другого.

В связи с этим можно выделить две группы задач дальнейших исследований психологических факторов инсомнии: 1) выявление факторов, благодаря которым тревога «переключается» с внешних проблем и причин на саму болезнь, и 2) выявление факторов, определяющих действия человека при инсомнии.

Психологические факторы, способствующие развитию тревоги в отношении сна

Тревога по поводу сна связана с дисфункциональными убеждениями в отношении сна (Bastein, Vallieres, Morin, 2004) и на основании клинических наблюдений определяется двумя основными факторами: особенностями личности больного и принятыми в культуре представлениями о сне и бессоннице.

Длительные симптомы бессонницы практически всегда повышают внимание ко сну. Однако не всегда это внимание перерастает в тревогу ожидания. На этот процесс влияют особенности личности больного. На основании клинических наблюдений можно выделить несколько основных факторов.

1. Первичная алекситимия (Николаева, 1991; Sifneos, 1973) — трудности дифференциации и описания собственных эмоций и ощущений. Тревога, возникающая в результате каких-либо стрессов или нарушения дневного функционирования, алекситимическими пациентами не осознается или определяется как «какое-то напряжение», которое нередко

становится хроническим и «будит» больного. В этих случаях она редко переходит в «тревогу ожидания».

2. Склонность к подавлению своих эмоций (вторичная алекситимия), приводящая к соматизации. В отличие от алекситимиков, такие больные могут четко и подробно описать картину заболевания, однако не находят ему причин в своей жизни. О какой-либо сфере своей жизни больные говорят с явным раздражением, неприязнью или со слезами в голосе, но подчеркивают, что не испытывают никаких чувств по этому поводу. Тревога в этом случае, хотя и не рефлексивируется, может приобретать персистирующий характер, но также редко переходит в «тревогу ожидания». И в первом, и втором случае предъявляются скорее жалобы на бессонницу как нарушение некоторой «функции», нежели как эмоционально нагруженную проблему.

3. Ипохондрический (соматический) стиль, характеризующийся повышенными опасениями за свое здоровье и вниманием к субъективно-телесному опыту (Тхостов, Райзман, 2005; Barsky, Klerman, 1983), как правило, к негативным физическим ощущениям. Мельчайшие нарушения сна рассматриваются как симптомы бессонницы (или более опасно надвигающегося заболевания), что усиливает «тревогу ожидания».

4. Перфекционизм, сопряженный с повышенными требованиями к себе, поэтому любые трудности вызывают у перфекциониста (Бек, Фримен, 2002; Гаранян, Холмогорова, Юдникова, 2001) «тревогу ожидания» не справиться с ними, а частичные нарушения сна — страх плохо работать и быть «не в форме» на следующее утро.

Обыденные представления о сне и бессоннице и внимание ко сну

1. Нормативные представления о сне и гигиене сна.

В современной европейской культуре существуют представления о том, сколько часов в сутки должен в среднем спать человек (обычно 7—8 часов), чтобы высыпаться и нормально функционировать. При этом значительные индивидуальные вариации, как правило, игнорируются (Вейн, 2003).

«Нормальный» сон — это ночной сон без перерывов. Поэтому люди, которые часто просыпаются ночью, но засыпают и хорошо себя чувствуют с утра, тем не менее, приходят к сомнологам с жалобами на «бессонницу».

К числу последствий бессонницы, которых опасаются больные и которые можно встретить в популярной литературе, относятся нарушения дневного функционирования, развитие соматических заболеваний, сумасшествие. Заметим, что реально обосновано у *ряда* больных² лишь

² Разброс данных по функционированию когнитивных процессов в группе больных инсомнией наибольший, поэтому межиндивидуальные вариации очень велики.

нарушение дневного функционирования (Chambers, Alexander, 1993; Fichten et al., 1995; Levitt et al., 2004; Varkevisser, Kerkhof, 2005). При склонности к суицидам и зависимостям (Taylor, Lichstein, Durrence, 2003), тревожным расстройствам и расстройствам психотического уровня инсомния считается не причиной, а продромальным признаком или симптомом. Связь же инсомнии и других заболеваний зачастую объясняют действием стресса в результате инсомнии (Там же), однако точно установить в этом случае каузальную связь невозможно.

2. *Контроль сна.* В западной культуре, где тотальный контроль нередко рассматривается как абсолютно оправданная цель, а время является неоспоримой ценностью, успешный человек может и должен контролировать свой сон (решать, сколько и когда ему спать). Это представление, пожалуй, наиболее разрушительно для больных. Именно оно усиливает тревогу и приводит к мучительным попыткам спать тогда и столько, когда и сколько «положено», что по механизму порочного круга усиливает инсомнию.

3. *Отношение к болезни в обществе.* Болезнь всегда занимает важное место в мировоззрении человека, в системе его эмоций, мотивов (Николаева, 1987; Николаева, Соколова, 1995), в его общих представлениях о здоровье, которые неразрывно связаны с мифами болезни и здоровья, принятыми в данной культуре (Тхостов, 2002). Инсомния не относится к числу «постыдных» заболеваний, а часто является вполне «удобной»: она не лишает больного возможностей общения, не изменяет отношения к нему других людей. В легких формах влияние инсомнии на жизнь человека не столь значимо, как при других хронических заболеваниях: когнитивные способности больных в течение дня не снижены, инсомния не сказывается на качестве их дневного функционирования (если не развивается самоограничительное поведение) и не сопряжена с болезненными процедурами. Поэтому в связи с инсомнией можно ожидать обретения вторичной выгоды — получения дополнительного внимания или расширения возможностей манипуляции близкими. В этом контексте интересно исследование J. Parambil с коллегами (2006), согласно которому увеличение цен на медицинское обслуживание приводит к значимому снижению частоты обращения за помощью пациентов с инсомнией и парасомнией, в отличие от пациентов с синдромом апноэ во сне (САС) и синдромом беспокойных ног (Там же). Хотя сами авторы связывают эти изменения с особенностями диагностики в клинике, изменения в диагностике инсомнии за период 2003—2004 гг. маловероятны. Скорее, результаты объясняются влиянием отношения к своей болезни и ее личностным смыслом.

Влияние культуры на распространенность инсомнии имеет эпидемиологическое подтверждение (Ishigooka et al., 1999; Linton, 2004; Tachibana et al., 1998). Так, в США распространенность инсомнии составляет, по данным разных исследований, 10.2—35.4%, в Австрии — 25—26%. 26.2% жителей Швейцарии страдают инсомнией, в том числе в тяжелой форме — 12.8%. В Швеции процент больных бессонницей в зависимости от исполъ-

зуемых при измерении критериев составляет 2.2—14.3% (Linton, 2004). Распространенность инсомнии в Японии составляет 22.1—27.7%, тогда как 11.7% популяции страдают от бессонницы в течение более 1 месяца (Ishigooka et al., 1999; Tachibana et al., 1998). Непосредственно опираться на эти различия трудно, поскольку разные исследователи использовали разные критерии инсомнии: от мягких до крайне строгих. Более однозначны данные о связи инсомнии с социально-демографическими характеристиками людей в разных странах (Allaert, Urbinelli, 2004). Так, в Великобритании распространенность инсомнии среди граждан 18—35 лет выше, чем во Франции, Германии и Италии, безработные люди чаще страдают инсомнией в Англии, тогда как среди французов с бессонницей больше людей, работающих полный рабочий день. Французы и немцы чаще отмечают длительную, хроническую инсомнию (больше 3 лет в 31% и 28% случаев соответственно), тогда как англичане — острую (1—6 месяцев в 42.4% случаев). Для французов, страдающих инсомнией, менее характерно обращаться за помощью к врачу (49.7% во Франции по сравнению с 65.7—69.9% в Италии, Германии и Англии), хотя они чаще, чем в других странах, принимают снотворное и антидепрессанты (и, как правило, не один препарат). По частоте приема медикаментов за французами следуют англичане, затем итальянцы и, наконец, немцы. Интересно, что пациенты всех стран считают свою инсомнию более тяжелой, чем она является по клиническим оценкам их лечащих врачей, однако во Франции и Германии и врачи, и пациенты серьезнее относятся к бессоннице, чем в Англии и Италии. Похоже, чем серьезнее отношение к бессоннице в стране, тем более хронизированный характер она носит и тем чаще ею страдают работающие взрослые люди.

Разумеется, эти разрозненные факты — только первый шаг к описанию влияния культурных представлений о сне и бессоннице на внутреннюю картину инсомнии. Как показали интервью, проведенные Е. Collier с коллегами (2003) с пациентами, страдающими инсомнией, сопряженной с психическими расстройствами, внутренняя картина инсомнии чрезвычайно разнообразна и включает в себя представления о месте и роли инсомнии в жизни человека, в его общении с другими людьми (медперсоналом), ее влиянии на здоровье, объяснение причин инсомнии, общие представления о здоровье, в том числе магические, и т.д.

Реакция больного на инсомнию и его поведенческие реакции

Появление тревоги, связанной со сном, и выбор реакций совладания означает, по сути, развертывание процесса *саморегуляции* — процесса борьбы с бессонницей. Определяя термин «саморегуляция», его, как правило, соотносят с целями, которые субъект ставит перед собой (Моросанова, 2001), или с мотивацией в целом (Skinner, Edge, 2002). Вне зависимости от конкретного определения, основной моделью, на основе которой изуча-

ется саморегуляция, является либо модель достижения конкретной цели, либо модель реализации конкретного мотива, — иными словами, регуляция на уровне отдельного действия или отдельной деятельности. С этой точки зрения действия больного по преодолению инсомнии (строгое следование распорядку дня, вечерние ритуалы, попытка «выкинуть из головы» мешающие мысли) также относятся к саморегуляции, но именно они и приводят к окончательному разрушению сна. На наш взгляд, оценивать действия по саморегуляции можно только при соотнесении их с мотивацией в целом. В норме мотив поддержания сна не является ключевым, человек может переключить внимание на другие сферы деятельности (например, если заснуть не удалось, встать и заняться другими делами, подумать о своих проблемах и путях их решения). У больных хронической инсомнией внимание ко сну и тревога в отношении сна приводит к *ригидности саморегуляции*: они пытаются контролировать свой сон и не могут «переключить» внимание на другую деятельность — на свое бодрствование, свою жизнь в целом (например, вести более активный образ жизни). Наше предположение частично подтверждают результаты исследования М. Muraven (2005): трудность смещения внимания (ригидность) у студентов была связана с их тревожностью и депрессивностью. Ригидность внимания, направленного на себя, приводит к тому, что человеку трудно отвлечься от дисфорических мыслей, которые постоянно «вертятся» в голове (Harvey, Espie, 2004; Nelson, Harvey, 2003), нарушая деятельность³, и являются ключевым фактором хронификации инсомнии.

Саморегуляция реализуется через различные поведенческие реакции. В исследовании А. Jorg с коллегами (2004), посвященном действиям самопомощи при депрессии, было выделено 5 групп таких действий: ежедневные действия (упражнения, приятные действия, встречи с друзьями, музыка), альтернативная терапия (ароматерапия, массаж и т.п.), прием не прописанных медикаментов, изменение диеты и поиск профессиональной помощи. Чем тяжелее инсомния, тем больные менее склонны к осуществлению ежедневных приемов (хотя продолжают использовать их довольно часто) и более склонны к поиску профессиональной помощи. Частота применения остальных средств возрастает по мере утяжеления заболевания и затем вновь снижается. А. Jorg с коллегами выдвигают интересную гипотезу о трех волнах действия: использование существующих действий самопомощи (которые не требуют дополнительных сил), разработка новых стратегий самопомощи и поиск профессиональной помощи. Изменение частоты действий каждой волны с ростом тяжести депрессии показано на рис. 2. Более частый поиск профессиональной помощи у тяжело больных можно объяснить тем, что они «все перепробовали» и отчаялись, или тем, что рентная и пассивная установка больного приводит к ухудшению.

³ Это было показано в концепции контроля за действием Ю. Куля (Хекхаузен, 2003; Шапкин, 1997).

Исследование А. Jorm дает основание для классификации действий, которые предпринимают больные инсомнией, т.е. степени их собственной активности. Введя дополнительное основание — степень ригидности внимания больного ко сну, — можно предложить следующую классификацию копинг-стратегий.

1. Пассивное принятие заболевания и *пристрастие к таблеткам*. Характерный признаком является то, что больные очень подробно рассказывают о лекарствах, но плохо рефлексируют связь бессонницы с внешними обстоятельствами: становится ли им легче в какое-то время года, на отдыхе или тяжелее — после ссоры (или однозначно говорят: «Нет, бессонница у меня ни с чем не связана»). Прием прописанных таблеток не требует от больных собственной активности (кроме походов к врачу) и ответственности. Этот тип действий сочетается обычно с принятием собственной болезни («Ну, к моему возрасту я еще в выигрышном положении»). Пассивное принятие может иметь место и при инсомнии, коморбидной депрессии.

2. *Самоограничительное поведение*. Один из наиболее частых показателей хронической инсомнии таков: после бессонной ночи больной старается себя «не загружать», отоспаться с утра, не вступать в конфликты. Большая часть действий по самопомощи сводится к «балованию» себя (приятная музыка перед сном, проветривание комнаты, расслабление и т.п.). Самоограничительное поведение требует минимальной собственной активности и не менее разрушительно, чем пассивность, поскольку нарушает привычный круг деятельности больного. Вся его жизнь начинает проходить «под знаком» инсомнии. Разрушительность самогра-

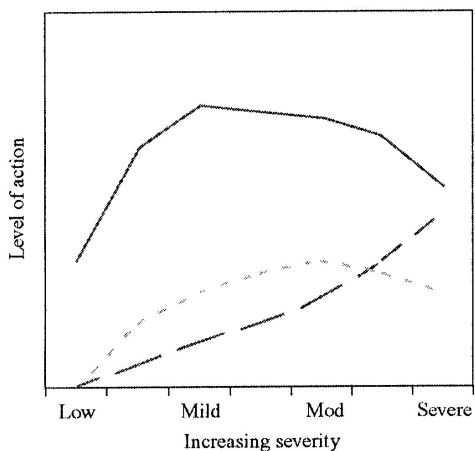


Рис. 2. Модель волн действий: зависимость частоты действий от тяжести депрессии.

Сплошная линия — учащение существующих действий самопомощи,
пунктирная — адаптация новых действий,
штриховая — поиск профессиональной помощи (Jorm et al., 2004, p. 298)

ничительного поведения конкретно при инсомнии была показана в исследовании К. Morgan (2003), в котором было установлено, что низкая физическая активность (и, следовательно, самоограничительное поведение) не только является предиктором инсомнии у пожилых людей, но и способствует ее устойчивости на протяжении 4—8 лет.

3. *Ритуал сна.* В ритуал сна входят разнообразные действия по подготовке ко сну. Сюда относятся, во-первых, все те же действия «заботы о себе», характерные для самоограничительного поведения, и, во-вторых, более активные действия. Важно, что их последовательность является более или менее постоянной и привычной. Ритуал может быть довольно простым (проветрить комнату, принять прохладный душ, выпить теплого молока, потом таблетку и т.п.), более сложным, включающим использование различных аппаратов (люстра Чижевского и т.п.). Разработанный ритуал подразумевает собственную активность больного и (довольно часто) поиск новых средств от бессонницы, чтение специальной литературы и пр. Ритуал — это способ справиться с тревогой, однако если при пассивности и самоограничительном поведении человек смиряется с болезнью (вариант «выученной беспомощности»), то при ритуале человек «торгуется» с болезнью, пытаясь хоть немного контролировать ее. На основании наших наблюдений можно выделить две дополнительные формы ритуала: при одной из них человеку важно знать, что не все действия исчерпаны (еще не принята *та самая* таблетка), а при второй форме человек собирает информацию о том, как и когда, при каких условиях он спит. В обоих случаях собственно ритуала (продуманных действий) может и не быть: в первом случае человек станет просто «тянуть время» до таблетки, а во втором тревогу снизят знания о том, например, сколько минут днем и как надо поспать и с кем надо не поспорить, чтобы «этим вечером» спать хорошо.

4. *Активные изменения в жизни.* Последний вариант — самый благополучный. Он подразумевает высокую собственную активность и поиск новых средств самопомощи при попытке изменить свою жизнь и бодрствование в целом. В этом случае тревога, связанная со сном, скоротечна, поскольку человек осознает, что причины его бессонницы лежат в бодрствовании, и днем же пытается с ними справиться. Примером могут быть любые попытки активного изменения собственной жизни (решения конфликтов, переживания травматической ситуации⁴ и т.п.) и активных действий самопомощи днем (длительные дневные прогулки, физические упражнения, дыхательная гимнастика несколько раз в день). Надо признать, что в нашей практике такие больные встречаются относительно редко и, как правило, сообщают об улучшении своего состояния за последнее время (по словам одного больного, он «пришел получить совет на будущее»).

⁴ О психотерапии в данном случае надо говорить осторожно, поскольку она может быть выражением собственной активности больного, а может — средством «переложить» на психолога ответственность (как и на врача).

Разумеется, можно выделить и промежуточные варианты: самоограничительное поведение соседствует с пристрастием к таблеткам; только еще формирующийся ритуал похож на самоограничительное поведение.

Рассмотрим теперь, благодаря каким факторам тревога, связанная со сном, приводит к тем или иным действиям. Денотативное содержание тревоги можно разделить на страх не уснуть, страх плохо чувствовать себя с утра (быть разбитым, плохо работать), страх отдаленных последствий (сойти с ума, заболеть). Пассивность в ответ на инсомнию возникает как своеобразная психологическая защита и может развиваться по механизму выученной беспомощности при наличии опыта длительной и бесполезной борьбы с каким-либо заболеванием, в том числе уже бывшей бессонницей. Самоограничительное поведение есть реакция на страх ближайших и отдаленных негативных последствий бессонницы. Ипохондрический личностный стиль может приводить к обнаружению новых симптомов и соответственно к усилению тревоги. К самоограничительному поведению приводит извлечение из болезни вторичной выгоды. Феномен вторичной выгоды характерен для больных инсомнией, поскольку инсомния по соотношению негативных последствий и возможной выгоды является «удобным» заболеванием и коморбидна ипохондрическим или гистрионным чертам личности. Страх не уснуть, усиливая внимание ко сну, приводит к развитию разнообразных форм ритуала по механизму «порочного круга» тревоги.

На основе предложенных наблюдений и теоретических предположений можно построить обобщенную психологическую модель инсомнии (рис. 3), связанную с динамикой не только самого заболевания (хронификацией или выздоровлением), но и внутренней картины болезни (Николаева, 1987; Николаева, Соколова, 1995). Предлагаемая модель акцентирует внимание на изменениях внутренней картины болезни в зависимости от этапа развития заболевания и на психологических и социальных факторах, влияющих на этот процесс. Фиксация внимания на сне может считаться началом формирования внутренней картины инсомнии, обретения ею (помимо чувственной ткани) эмоционального, когнитивного и мотивационного компонентов. Появление тревоги, связанной со сном, и действий самопомощи приводит к дальнейшим изменениям внутренней картины болезни: в связи с поведением больного активно развиваются мотивационный и когнитивный компоненты внутренней картины болезни, она приобретает личностный смысл (третичное означение, согласно модели А.Ш. Тхостова и Г.А. Ариной).

На основе данной модели можно предложить следующие этапы исследования психологических механизмов инсомнии.

1. *Выявление психологических механизмов развития острой инсомнии.* К этим механизмам относятся: (а) катализирующие факторы — события или переживания, происходившие одновременно с появлением инсомнии или предшествовавшие ей; (б) predisposиционные личностные особен-

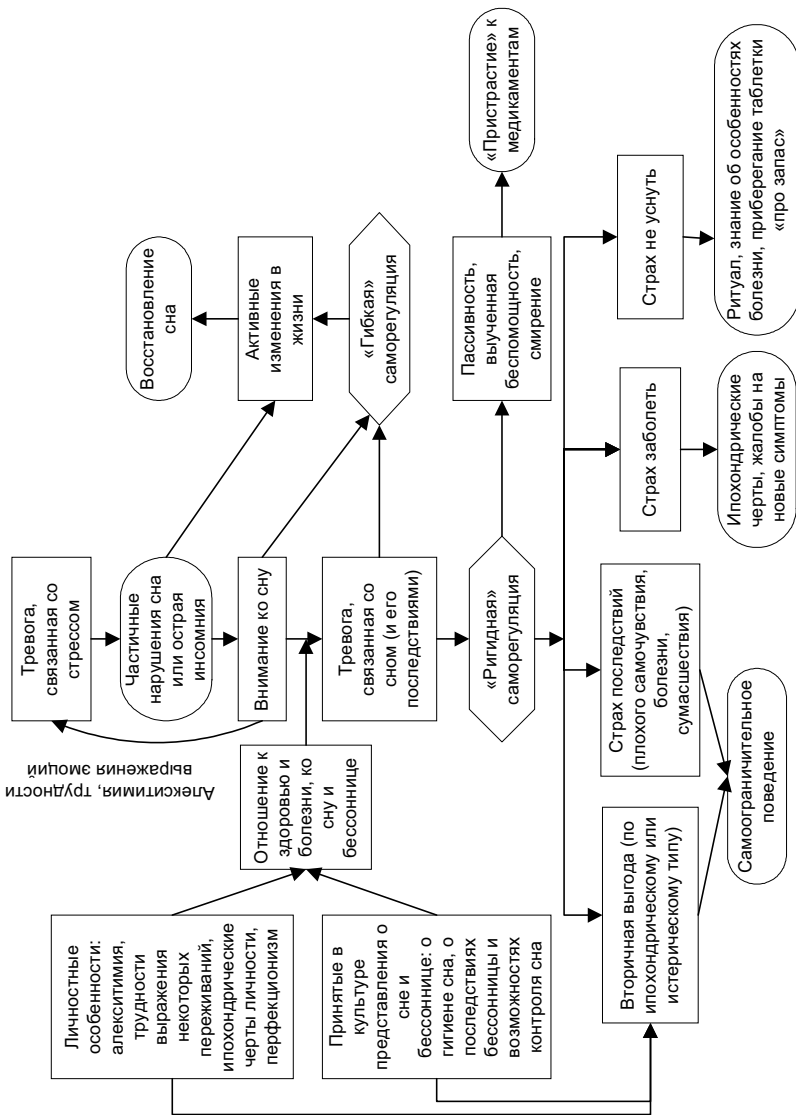


Рис. 3. Психологическая модель инсомнии

ности, которые могли усилить тревогу и стресс в соответствующих условиях; (в) динамика инсомнии и других событий в жизни человека (смена времен года, отпуск, отдых, смена рабочих и выходных дней, ссоры).

2. *Выделение факторов, влияющих на фиксацию внимания ко сну.* Выявление принятых в культуре представлений о сне и бессоннице (гигиене сна и распорядке дня, причинах и последствиях бессонницы, возможности контролировать свой сон), а также личностных особенностей, влияющих на «сдвиг» внимания с бодрствования на сон (алекситимии, перфекционизма, ипохондрии).

3. *Диагностика тревоги, связанной со сном, и внутренней картины инсомнии.* Выделение типов тревоги и действий самопомощи. Диагностика дисфункциональных убеждений в отношении сна и бессонницы, а также личностного смысла инсомнии. Выявление вторичной выгоды по ипохондрическому (поиск жалости, сочувствия и основания для беседы, как правило, в ситуации одиночества) или гистрионному (манипуляция близкими и окружающими) типам.

4. *Диагностика поведенческих хронифицирующих факторов.* Соблюдение гигиены сна, чтение и «лежание» без сна в постели.

Исследование, включающее перечисленные факторы, способствовало бы уточнению и коррекции предложенной модели и разработке на ее основе приемов психотерапии, учитывающих разные механизмы развития и хронификации заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Бек А., Фримен А.* Когнитивная психотерапия расстройств личности. СПб., 2002.
- Вейн А.М.* Сон. Тайны и парадоксы. М., 2003.
- Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдникова Т.Ю.* Перфекционизм, депрессия и тревога // Моск. психотерап. журн. 2001. № 4.
- Инсомния: современные диагностические и лечебные подходы / Под ред. Я.И. Левина. М., 2005.
- Ковров Г.В., Вейн А.М.* Стресс и сон у человека. М., 2005.
- МКБ-10: Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. М., 1995. <http://www.mkb10.ru/?class=5&bloc=69&diag=3257>
- Молдовану И.В.* Нейрогенная гипервентиляция и вегетативная дистония: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 1991.
- Моросанова В.И.* Индивидуальный стиль саморегуляции: феномен, структура и функции произвольной активности человека. М., 2001.
- Николаева В.В.* Влияние хронической болезни на психику. Психологическое исследование. М., 1987.
- Николаева В.В.* О психологической природе алекситимии // Телесность человека / Под ред. П.Д. Тищенко. М., 1991.
- Николаева В.В., Соколова Е.Т.* Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М., 1995.
- Тхостов А.Ш.* Психология телесности. М., 2002.
- Тхостов А.Ш., Райzman Е.М.* Субъективно-телесный опыт и ипохондрия: культурно-исторический аспект // Психол. журн. 2005. Т. 26. № 2.
- Хекхаузен Х.* Мотивация и деятельность. М.; СПб., 2003.

- Шапкин С.А.* Экспериментальное изучение волевых процессов. М., 1997. (Серия «Практикум», Вып. 1).
- Allaert F., Urbinelli R.* Sociodemographic profile of insomniac patients across National Survey // *CNS Drugs*. 2004. Vol. 18.
- Barsky A.J., Klerman G.L.* Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles // *Am. J. Psychiatry*. 1983. Vol. 140.
- Bastein C., Vallieres A., Morin C.* Precipitating factors of insomnia // *Behav. Sleep. Med.* 2004. Vol. 2.
- Chambers M.J., Alexander S.D.* The role of state-trait anxiety in insomnia and daytime restedness // *Behav. Med.* 1993. Vol. 19.
- Collier E., Skitt G., Cutts H.* A study on the experience of insomnia in a psychiatric inpatient population // *J. of Psychiat. and Mental Health Nursing*. 2003. Vol. 10.
- Fichten C.S., Creti L., Amsel R., Brender W., Weinstein N., Libman E.* Poor sleepers who do not complain insomnia: Myths and realities about psychological and lifestyle characteristics of older good and poor sleepers // *J. of Behav. Med.* 1995. Vol. 18.
- Harvey K., Espie C.* Development and preliminary validation of the Glasgow Content of Thoughts Inventory (GCTI): A new measure for the assessment of pre-sleep cognitive activity // *Brit. J. of Clin. Psychol.* 2004. Vol. 43.
- Ishigooka J., Suzuki M., Isawa S., Muraoka H., Murasaki M., Okawa M.* Epidemiological study on sleep habits and insomnia of new outpatients visiting General Hospitals in Japan // *Psychiat. and Clin. Neurosci.* 1999. Vol. 53.
- Jorm A.F., Griffiths K.M., Christensen H., Parslow R.A., Rogers B.* Actions taken to cope with depression at different levels of severity: A community survey / *Psychol. Med.* 2004. Vol. 34.
- Levitt H., Wood A., Moul D.E., Hall M., Germain A., Kupfer D.J., Buysse D.J.* A pilot study of subjective daytime alertness and mood in primary insomnia participants using ecological momentary assessment // *Behav. Sleep Med.* 2004. Vol. 2. № 2.
- Linton S.* Does work stress predict insomnia? A prospective study // *Brit. J. of Health Psychol.* 2004. Vol. 9.
- Morgan K.* Daytime activity and risk factors for late-life insomnia // *J. Sleep Res.* 2003. Vol. 12.
- Muraven M.* Self-focused attention and the self-regulation of attention: Implications for personality and pathology // *J. of Soc. and Clin. Psychol.* 2005. Vol. 24. № 3.
- Nelson J., Harvey A.G.* An exploration of pre-sleep cognitive activity in insomnia: Imagery and verbal thoughts // *Brit. J. of Clin. Psychol.* 2003. Vol. 42.
- Parambil J.G., Olson E.J., Shepard J.W., Harris C.D., Schniepp B.J., Schembari E.E., Morgenthaler T.I.* Effects of shifting costs to patients on specialty evaluation for sleep disorders // *Mayo Clinic Proc.* 2006. Vol. 81. № 2.
- Principles and practice of sleep medicine / Ed. by M. Kryger, T. Ross, W. Dement. Philadelphia, 2005.
- Skinner E., Edge K.* Self-determination, coping, and development // *Handbook of Self-Determination* / Ed. by E. Deci, R. Ryan. N.Y., 2002.
- Sifneos P.E.* The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients // *Psychother. Psychosom.* 1973. Vol. 22.
- Tachibana H., Izumi T., Honda S., Takemoto T.* The prevalence and pattern of insomnia in Japanese industrial workers: Relationship between psychosocial stress and type of insomnia // *Psychiat. and Clin. Neurosci.* 1998. Vol. 52.
- Taylor D.J., Lichstein K.L., Durrence H.H.* Insomnia as a health risk factor // *Behav. Sleep Med.* 2003. Vol. 1. № 4.
- Varkevisser M., Kerkhof G.A.* Chronic insomnia and performance in a 24-h constant routine study // *J. Sleep Res.* 2005. Vol. 14.

Поступила в редакцию
01.03.07