

УДК 159.9.07
doi: 10.11621/vsp.2019.02.45

СУБЪЕКТИВНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПРИЧИНАХ НАРУШЕНИЯ СНА У ПАЦИЕНТОВ С ИНСОМНИЕЙ, ПАРАСОМНИЕЙ И АПНОЭ ВО СНЕ И ИХ СВЯЗЬ С ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ БЛАГОПОЛУЧИЕМ

Е. И. Рассказова^{1,2}, Г. В. Ковров³, А. И. Мачулина⁴

¹ МГУ имени М.В. Ломоносова, факультет психологии, Москва, Россия

² ФГБНУ Научный центр психического здоровья, Москва, Россия

³ Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, Москва, Россия

⁴ Городская клиническая больница имени братьев Бахрушиных, Москва, Россия

Для контактов. E-mail: e.i.rasskazova@gmail.com

Актуальность. Исследования, позволяющие установить особенности субъективных представлений о причинах нарушений сна (НС) в норме и при различных заболеваниях, а также их связь с психологическим благополучием, могут способствовать уточнению знаний о функциях таких представлений при различных заболеваниях.

Цель. Сравнение субъективных причин НС в норме, при инсомниях, парасомниях и синдроме апноэ во сне, а также выявление представлений о причинах НС, связанных с тревогой и депрессией.

Методы. Пациенты с синдромом апноэ во сне ($n=77$), парасомниями ($n=18$) и хронической инсомнией ($n=105$) заполняли анкеты причин НС, качества сна, скрининговой оценки апноэ во сне, шкалу сонливости Эпворта, госпитальную шкалу тревоги и депрессии. У 154 из этих пациентов была проведена полисомнография в течение одной ночи. В контрольную группу вошли 102 человека с периодическими НС, не достигающими до клинического уровня, и 33 — без НС. Они заполняли анкеты качества сна и причин НС.

Результаты. В норме для людей характерен широкий круг возможных атрибуций своих НС. При жалобах на периодические нарушения усиливается фокус внимания на эмоциональных причинах, а при хронических нарушениях представления о причинах становятся узко специфичными

для данного заболевания. При апноэ и инсомнии субъективная связь НС с неприятными ощущениями в руках и ногах особенно стрессогенна для человека и отмечается при более высоком уровне депрессии и (на уровне тенденции) тревоги. Атрибуция НС жизненным событиям сопряжена с более высоким уровнем тревоги, особенно при инсомнии.

Выводы. Данные свидетельствуют о том, что некоторые представления о причинах НС связаны с психологическим неблагополучием вне зависимости от субъективного и объективного качества сна.

Ключевые слова: сомнология, психосоматика, представления о болезни, причины нарушений сна, синдром апноэ во сне, инсомния.

Благодарности: Работа выполнена при поддержке РФФИ (проект № 17-06-00363).

Для цитирования: Рассказова Е.И., Ковров Г.В., Мачулина А.И. Субъективные представления о причинах нарушения сна у пациентов с инсомнией, парасомнией и апноэ во сне и их связь с психологическим благополучием // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2019. № 2. С. 45—63. doi: 10.11621/vsp.2019.02.45

Поступила в редакцию 13.01.19/Принята к публикации 27.01.19

SUBJECTIVE BELIEFS ABOUT REASONS OF SLEEP DISTURBANCES IN PATIENTS WITH INSOMNIA, PARASOMNIAS AND SLEEP APNEA AND THEIR RELATIONSHIP WITH PSYCHOLOGICAL WELL-BEING

Elena I. Rasskazova^{1, 2}, *Gennady V. Kovrov*³, *Anna I. Machulina*⁴

¹ Lomonosov Moscow State University, Faculty of Psychology, Moscow, Russia

² Mental Health Research Center, Moscow, Russia

³ I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia

⁴ City Clinical Hospital named after the Bakhrushins brothers, Moscow, Russia

Corresponding author. E-mail: e.i.rasskazova@gmail.com

Abstract

Relevance. In psychosomatics, subjective attributions of the causes of the disease are considered as one of the components of illness representation. In somnology, the dysfunctional beliefs about illness reasons are considered as a factor in insomnia perpetuation. Study of the characteristics of subjective perceptions

of sleep disorders reasons in good sleepers versus sleep disorders, as well as their relationship to well-being, can help to clarify theoretical knowledge about the functions of reasons' representations in various illnesses.

Objective. The aim was to compare the subjective reasons of sleep disorders in good sleepers, insomnia, parasomnias and sleep apnea, as well as to reveal the relationship between beliefs about the reasons of sleep disorders and anxiety and depression.

Methods. The clinical group consisted of 77 patients with sleep apnea syndrome, 18 patients with parasomnias, 105 patients with chronic insomnia who filled the Checklists of Sleep Quality, Subjective Reasons of Sleep Disorders, Screening for Sleep Apnea, Epworth Sleepiness Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale. In 46 patients with apnea, 15 patients with parasomnias and 93 patients with insomnia, polysomnography was performed over one night. The control group included 102 people, 67 of them with periodic sleep complaints, and 33 without sleep complaints who filled Checklists of Sleep Quality, Subjective Reasons of Sleep Disorders.

Results. Good sleepers are characterized by a wide range of sleep problems' attributions. In case of complaints for some sleep problems, the focus on emotional causes was enhanced while in case of chronic disorders, the number of reasons was narrowed to those specific for that sleep disorder. In both apnea and insomnia, subjective belief that sleep is disturbed by unpleasant sensations in the arms and legs was especially stressful for participants and was associated with depression and marginally associated with anxiety. Attribution of sleep disorders to life events was associated with a higher level of anxiety, especially in insomnia.

Conclusions. The data supports the hypothesis that some subjective reasons of sleep disorders are associated with psychological distress, regardless of the subjective and objective quality of sleep.

Keywords: somnology, psychosomatics, illness representation, reasons of sleep disturbances, sleep apnea syndrome, insomnia.

Acknowledgements: This work was supported by the Russian Foundation for Basic Research (project No. 17-06-00363).

For citation: Rasskazova, E.I., Kovrov, G.V., & Machulina, A.I. (2019). Subjective beliefs about reasons of sleep disturbances in patients with insomnia, parasomnias and sleep apnea and their relationship with psychological well-being. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psikhologiya = Moscow University Psychology Bulletin*, 2, 45—63. doi: 10.11621/vsp.2019.02.45

Received: January 13, 2019/Accepted: January 27, 2019

Введение

Представления пациентов о причинах своего заболевания активно обсуждаются в психосоматике и психологии здоровья в рамках проблемы роли социокультурных представлений в хронификации заболеваний (Тхостов, 2017), в первую очередь в форме проблемы локуса контроля причин болезни (Рассказова, Тхостов, 2016), а также в модели саморегуляции Х. Левенталя (Leventhal et al., 2003), где представления пациентов считаются одним из пяти главных компонентов репрезентации заболевания на когнитивном уровне. В обсуждении роли локуса контроля нам представляется ключевой следующая идея: если внутренний локус контроля лечения является составляющей эффективного восстановления и реабилитации, то внутренний локус контроля причин болезни может быть сопряжен с чувством вины и руминациями, препятствующими эффективному лечению (Ташлыков, 1984). Было показано, что представления больного о причинах болезни позволяют предсказать его участие в программах реабилитации, а также более скорое возвращение на работу и к социальной активности после инфаркта миокарда (Karptein et al., 2003). Представления о биологической, в отличие от психосоциальной, природе заболевания характерны для пациентов с функциональными синдромами (Moss-Morris, Wrapson, 2003).

Следует отметить, что в модели саморегуляции «осмысление» человеком ситуации болезни происходит одновременно на конкретном (на уровне ощущений, переживаний, жалоб) и абстрактном (болезни) уровнях (Leventhal et al., 2003) и нередко включает переживания, связанные с отказом от поставленных ранее жизненных целей и их изменением (Рассказова, 2018). Это хорошо соотносится с представлениями психологии телесности о первичном и вторичном значении болезни (Тхостов, 2002). С нашей точки зрения, в сомнологии такое различие особенно актуально: важно различать представления о причинах инсомнии как заболевания и причинах конкретных, ситуативных *нарушений сна* (НС). Последние описывают скорее субъективную подверженность сна воздействию различных факторов, и именно они рассматриваются в данной работе как наиболее конкретный уровень репрезентации сна при различных его нарушениях.

Психологические подходы в сомнологии считают доказанной ключевую роль представлений и мыслей о сне в хронификации НС

(Espie et al., 2006; Perlis et al., 2011). Более того, Ч. Морин (Morin, 1993, 2010) рассматривает представления о «ложных» причинах НС как важнейшую (первую в его списке) группу дисфункциональных убеждений в отношении сна, выступающих фактором хронификации инсомнии. К ним, в частности, относятся объяснения невозможности засыпания любыми внешними причинами: болью, аллергией, менопаузой, возрастом, депрессией, нарушением обмена веществ, поскольку такие атрибуты связаны с переживанием бессилия и пассивностью в лечении. С нашей точки зрения, атрибуты НС внутренним факторам также может способствовать их хронификации в случае, если эти факторы воспринимаются человеком как неконтролируемые, независимые от его усилий (Рассказова, Тхостов, 2012). В этом случае «стресс», признаваемый причиной НС большинством респондентов, будет относиться к этой группе условно «ложных» атрибуций, поскольку, в отличие от поведения или особенностей личности, он воспринимается людьми как неконкретный и скорее вынужденный, чем выбранный и контролируемый.

Тем не менее, несмотря на теоретический интерес к причинам НС, исследований, посвященных сравнению субъективных причин НС при различных хронических заболеваниях, а также изучению их связи с тяжестью заболевания и психологическим благополучием, немного (Инсомния..., 2005; Краткое руководство..., 2018).

Отметим два момента, напрямую следующих из когнитивного подхода (Beck, 2011), центрального для психологии сна (Perlis et al., 2011). Во-первых, строго говоря, дисфункциональные убеждения не всегда бывают ошибочными, поэтому термин «ложные», использованный Ч. Морин, неточен. Дисфункциональны любые представления, являющиеся факторами риска или хронификации некоторых психологических проблем или нарушений. Прибегая к метафоре: сон человека действительно зависит от менопаузы, возраста и пр. и может зависеть от погоды, но объяснение своих НС менопаузой, возрастом или погодой чревато их усугублением. Во-вторых, исходное допущение когнитивной терапии состоит в том, что работа должна начинаться с обсуждения конкретных ситуаций. В этом смысле атрибуты НС также делятся на конкретные (смена часовых поясов, например) и обобщенные (стресс); последние скорее выступают факторами риска, поскольку дают человеку иллюзию «объяснения» и понимания (Тхостов, 2002).

Цели исследования: 1) сравнение субъективных причин НС в норме, при инсомниях, парасомниях и синдроме апноэ во сне; 2) выявление представлений о причинах НС, связанных с тревогой и депрессией после статистического контроля типа заболевания, объективной и субъективной картины сна. Тревога и депрессия при этом рассматриваются как общие проявления снижения психологического благополучия и качества жизни (McDowel, 2006; Sirgy et al., 2006).

Методы

Клиническую выборку составили следующие группы респондентов: 77 пациентов с синдромом обструктивного апноэ во сне — СОАС (59 мужчин, 75.6%); 18 пациентов с парасомниями (14 мужчин, 77.8%) и 105 пациентов с хронической инсомнией (38 мужчин, 35.8%), проходивших амбулаторное лечение в Сомнологическом центре при Московском государственном медицинском университете имени И.М. Сеченова. Оценка диагноза НС проводилась в соответствии со 2-й редакцией Международной классификации расстройств сна (Iber et al., 2007). Полная запись полисомнографии, сделанная в указанном центре, была у 46 пациентов с СОАС (объективные данные о дыхании у 68 пациентов), 15 пациентов с парасомниями и 93 пациентов с инсомнией. Малый размер выборки пациентов с парасомниями обусловлен их малой распространенностью и редкими обращениями в сомнологические клиники.

Критерии исключения: возраст менее 18 или более 70 лет, опыт злоупотребления психоактивными веществами (кроме предписанных неврологом снотворных препаратов в соответствии с рекомендуемыми дозировками и регулярностью), черепно-мозговые травмы и инсульты, диагностированные психические заболевания (кроме реакций на острый стресс в анамнезе), обострения соматических заболеваний, которые могли быть связаны с НС.

Обследование проходило в два этапа.

1. *Клинико-психологический этап* включал: 1) обследование неврологом-сомнологом; 2) опрос об особенностях цикла сна и бодрствования, а также 3) заполнение анкеты качества сна (Инсомния..., 2005) — скрининговой методики субъективной оценки сна дважды (общей и после полисомнографической регистрации сна), анкеты скрининговой оценки апноэ во сне (Там же), шкалы сонливости Эпворта (Johns, 1991), а также госпитальной шкалы тревоги и де-

прессии (Сыропятов и др., 2003; Zigmond, Snaith, 1983). Кроме того, респонденты заполняли анкету причин НС (Инсомния..., 2005), которая представляет собой перечень внутренних и внешних факторов (список представлен далее в табл. 3), каждый из которых респондент оценивает по бинарной шкале (нарушает ли данный фактор его сон или нет). Анкета использовалась в данной работе для оценки субъективных представлений респондентов о чувствительности своего сна к действию различных факторов.

2. *Полисомнографический этап* включал запись сна в течение одной ночи (регистрировались ЭЭГ, ЭМГ, движения глаз, а у пациентов с СОАС — дыхание во сне и вариабельность сердечного ритма) и последующую его расшифровку (Iber et al., 2007) с вычислением длительности сна, его стадий и латентных периодов, числа и длительности пробуждений за одну ночь, а также индекса сна (Инсомния..., 2005). У пациентов с СОАС дополнительно рассчитывался индекс СОАС.

Контрольную выборку (группу нормы — Н-группу) составили 102 человека, не обращавшихся за медицинской консультацией по поводу НС и считавших себя не имеющими клинических НС на данный момент (29 мужчин, 28.7%). Из них 67 человек (65.7%) положительно ответили на вопрос, были ли когда-либо у них НС, 33 человека (32.4%) — отрицательно и двое (2.0%) не дали ответа.

Респонденты Н-группы заполняли анкеты качества сна (общую версию) и причин НС.

Обработка данных проводилась в программе SPSS Statistics 23.0 и включала методы сравнения частот, сравнения групп и анализа модальности.

Результаты

1. Субъективные нарушения сна

Из табл. 1, где приведены средние баллы по анкете качества сна в клинических и контрольной группах, видно, что в Н-группе люди без истории НС оценивают свой сон лучше, чем люди с историей НС ($t=4.73$, $df=98$, $p<0.01$, $\eta^2=0.19$), но не столь негативно, как пациенты с инсомнией ($F=97.96$, $df_1=2$, $df_2=202$, $p<0.01$, $\eta^2=0.49$). По критерию Шеффе группы пациентов с инсомнией, людей без истории жалоб на НС и людей с историей таких жалоб значительно различаются между собой ($p<0.01$).

Таблица 1

Показатели субъективного качества сна в норме и патологии

Группа		Субъективное качество сна			
		Общее		Отдельная ночь	
		Среднее	Ст. откл.	Среднее	Ст. откл.
Контрольная (норма)	в целом	3.54	0.50	–	–
	без НС в прошлом	3.84	0.43	–	–
	с НС в прошлом	3.39	0.46	–	–
СОАС		3.26	0.47	3.13	0.54
Парасомнии		3.47	0.47	2.90	0.73
Инсомнии		2.38	0.73	2.60	0.89
F-критерий Фишера		76.47**		8.47**	
Величина статистического эффекта η^2		0.44		0.09	

Примечание. Здесь и в следующих таблицах уровень значимости различий: * — $p < 0.05$, ** — $p < 0.01$.

У пациентов с СОАС и парасомниями субъективное качество сна ниже, чем в Н-группе, но выше, чем у пациентов с инсомнией. Однако по критерию Шеффе попарные различия между СОАС и парасомниями не достигают принятого уровня значимости. Пациенты с инсомнией оценивают свой сон в целом хуже, чем респонденты всех остальных групп ($p < 0.01$). Кроме того, качество сна при СОАС хуже, чем в Н-группе в целом ($p < 0.05$). В ситуации полисомнографии (одна ночь) пациенты с инсомниями оценивают свой сон хуже, чем пациенты с СОАС ($p < 0.01$), но не отличаются от пациентов с парасомниями. В группе с парасомниями отмечается расхождение между общей и ситуативной оценкой: при общей оценке своего сна как относительно благополучного пациенты жалуются, что плохо спали именно в ночь полисомнографического обследования.

Различия по анкете скрининга апноэ во сне (табл. 2) касаются исключительно пациентов с СОАС, набирающих более высокие по-

Таблица 2

Показатели апноэ во сне, сонливости, тревоги и депрессии при различных нарушениях сна

Клинические группы		Анкета скрининга апноэ во сне	Шкала сонливости Эпворта	Госпитальная шкала — тревога	Госпитальная шкала — депрессия
СОАС	Среднее	6.47	9.24	5.75	5.06
	Ст. откл.	2.53	5.84	3.27	3.32
Парасомнии	Среднее	2.35	6.35	7.13	5.00
	Ст. откл.	2.52	3.92	4.26	2.63
Инсомнии	Среднее	3.18	5.78	9.45	7.19
	Ст. откл.	2.41	5.01	4.35	4.39
F-критерий Фишера		45.30**	10.30**	19.61**	7.46**
Величина статистического эффекта η^2		0.32	0.10	0.17	0.07

казатели по сравнению с другими группами (по критерию Шеффе только пациенты с СОАС отличаются от двух других групп, $p < 0.01$). Практически повторяют этот паттерн результаты по сонливости, хотя попарные различия между пациентами с парасомниями и с СОАС немного не достигают принятого уровня значимости ($p < 0.05$). Уровень субъективной тревоги и депрессии у пациентов с инсомниями выше, чем при СОАС ($p < 0.01$), а пациенты с парасомниями не отличаются значимо от двух других групп, хотя по уровню депрессии ближе к пациентам с СОАС.

2. Субъективные причины нарушений сна

Как видно из табл. 3, большинство респондентов Н-группы считают причинами своих НС стресс, жизненные события, колебания настроения, болезни, ночную или суточную работу и перелеты. Каждый третий в этой группе называет причиной НС неприятные ощущения в конечностях (это чаще, чем в клинических группах), а также нарушения дыхания во сне. Респонденты клинических групп редко признают влияние на свой сон колебаний настроения, болез-

Таблица 3

Частота субъективных причин нарушений сна у пациентов с СОАС, парасомниями и инсомниями

Субъективные причины нарушений сна	Частота субъективных причин в группах (%)				Сравнение клинических групп между собой		Сравнение клинических групп с нормой	
	СОАС	Парасомнии	Инсомнии	Норма	χ^2 Пирсона	Стат. эффект V Крамера	χ^2 Пирсона	Стат. эффект V Крамера
Стресс	33.3	27.8	60.0	67.7	15.65**	.28	27.33**	.30
Жизненные события	14.1	11.1	53.3	64.6	35.28**	.42	56.93**	.44
Колебания настроения	10.3	5.6	20.0	78.8	4.71	.15	120.01**	.63
Болезнь	16.7	11.1	22.9	56.6	1.97	.10	43.76**	.38
Повышенная двигательная активность во сне	10.3	22.2	7.6	11.1	3.67	.14	3.65	.11
Неприятные ощущения в ногах/руках	15.4	11.1	20.0	33.3	1.21	.08	10.58*	.19
Храп	84.6	11.1	11.4	11.1	106.84**	.73	146.97**	.70
Нарушения дыхания во сне	67.9	0.0	15.2	31.3	65.49**	.57	66.71**	.47
Энурез	7.7	0.0	1.9	–	4.74	.15		
Снохождение	2.6	44.4	0.0	6.1	65.41**	.57	61.49**	.45
Сноговорение	9.0	55.6	1.0	4.0	56.19**	.53	69.78**	.48
Ночное скрежетание зубами	1.3	27.8	3.8	7.1	22.35**	.33	20.31**	.26
Ночная или суточная работа	3.8	0.0	7.6	53.5	2.38	.11	92.03**	.55
Быстрая смена часовых поясов (перелеты)	6.4	0.0	6.7	43.4	1.26	.08	62.65**	.46
Смена времени года	2.6	0.0	11.4	9.1	6.91*	.19	6.75	.15

ни, а также работы и перелетов, т.е. тех факторов, которые можно контролировать.

Пациенты с инсомнией, как и респонденты Н-группы, винят в своих НС стресс и жизненные события чаще, чем пациенты с СОАС и парасомниями. Каждый десятый человек без НС или с инсомнией говорит о влиянии смены времен года, чего практически не отмечают пациенты с СОАС и парасомниями. У пациентов с СОАС на первый план выходят храп и нарушения дыхания во сне; для пациентов с парасомниями — снохождение, сноговорение, бруксизм (ночное скрежетание зубами), повышенная двигательная активность во сне. Хотя частоты упоминания этих причин невелики (по-видимому, в силу разнообразия парасомний).

Таблица 4

Частота субъективных причин нарушений сна в контрольной группе: сравнение респондентов, признающих и отрицающих нарушения сна в прошлом или настоящем

Субъективные причины нарушений сна	Жалобы на нарушения сна (%)		χ^2 Пирсона	Стат. эффект V Крамера
	нет	были/есть		
Стресс	50.0	76.1	6.75**	.26
Жизненные события	43.8	74.6	9.03**	.30
Колебания настроения	62.5	86.6	7.51**	.28
Болезнь	53.1	58.2	0.23	.05
Повышенная двигательная активность во сне	12.5	10.4	0.09	.03
Неприятные ощущения в ногах/руках	34.4	32.8	0.02	.02
Храп	3.1	14.9	3.05	.18
Нарушения дыхания во сне	31.3	31.3	0.00	.00
Снохождение	6.3	6.0	0.00	.01
Сноговорение	3.1	4.5	0.10	.03
Ночное скрежетание зубами	6.3	7.5	0.05	.02
Ночная или суточная работа	43.8	58.2	1.82	.14
Быстрая смена часовых поясов (перелеты)	46.9	41.8	0.23	.05
Смена времени года (если да, то в какой сезон сон хуже)	12.5	7.5	0.67	.08

Дополнительное сравнение респондентов Н-группы, отрицающих и утверждающих наличие НС в прошлом или настоящем (табл. 4), показывает, что люди, признающие НС в своей жизни, чаще отмечают в качестве причин стресс. Если общее количество называемых респондентами причин НС рассматривать как показатель «хрупкости», «уязвимости» сна под воздействием внешних факторов, то этот показатель наиболее высок в Н-группе (среднее количество причин 5.12 ± 2.74), затем следуют пациенты с СОАС (2.86 ± 1.74), инсомнией (2.43 ± 1.79) и, наконец, парасомниями (2.28 ± 1.45 , $F=32.21$, $p<0.01$, $\eta^2=0.25$). При *post hoc* попарном сравнении по критерию Шеффе подтверждение получают только отличия Н-группы от всех трех клинических групп.

При этом респонденты Н-группы, отрицающие НС в прошлом, несколько реже говорят о том, что их сон ухудшается под воздействием стресса, жизненных событий и колебаний настроения. Общее количество причин НС на уровне тенденции выше в Н-группе у тех, кто имеет опыт НС (4.39 ± 2.87 у отрицающих и 5.47 ± 2.63 у признающих НС; $t= -1.86$, $p<0.07$, $\eta^2=0.19$). Других различий между группами не выявлено.

3. Субъективные причины нарушений сна как предиктор тревоги и депрессии при инсомнии и апноэ во сне

Исследование связи субъективных причин НС с тревогой и депрессией при инсомнии и СОАС проводилось при помощи анализа модерации. Группа с парасомниями в анализ не включалась ввиду малочисленности. На первом шаге в модели, предсказывающей тревогу и депрессию, в качестве независимых переменных вносились диагноз (инсомния/СОАС), объективные характеристики сна, корреляции которых с тревогой и депрессией соответственно хотя бы в одной клинической группе превышали по модулю 0.15, а также общая субъективная оценка сна, сонливость, апноэ во сне и переменные модераторы, характеризующие взаимодействие каждого из этих параметров сна с клинической группой (пациенты с СОАС кодировались как -1, инсомнией — как 1). В случае тревоги объективными характеристиками, включенными в модель, были длительность третьей стадии, латентные периоды второй, третьей и четвертой стадий, быстрого сна, количество циклов сна и его эффективность, индекс сна. В случае депрессии: длительность первой стадии, бодрствования во сне, латентные периоды засыпания, длительность второй и третьей стадий, количество пробуждений, количество циклов сна, индекс сна,

эффективность сна. На втором шаге в модель добавлялись причины НС, которые были значимо связаны с тревогой и депрессией хотя бы в одной клинической группе. Для тревоги это были: общий показатель «хрупкости» сна, стресс, жизненные события, настроение, неприятные ощущения в ногах/руках, смена времени года. Для депрессии: неприятные ощущения и смена времени года. На третьем шаге добавлялись переменные взаимодействия клинической группы и причин.

По результатам первого шага модели, предсказывающей тревогу у пациентов с инсомнией и СОАС, уровень тревоги выше при инсомнии, не связан с объективным качеством сна и сонливостью (на основании чего данные переменные были исключены из анализа), но в обеих клинических группах он возрастает при более низких показателях по субъективному качеству сна и более высоких — по апноэ во сне ($\beta=0.42$, $p<0.01$ и $\beta=0.17$, $p<0.05$ соответственно; $\Delta R^2=22.68\%$). Из переменных второго шага предсказывали тревогу и были оставлены в модели такие причины НС, как стресс, жизненные события и (на уровне тенденции) неприятные ощущения в руках/ногах ($\beta=0.15$, $p<0.07$, $\beta=0.18$, $p<0.05$ и $\beta=0.11$, $p<0.08$ соответственно; $\Delta R^2=9.15\%$); из переменных третьего шага — переменная взаимодействия жизненных событий и клинической группы ($\beta=0.26$, $p<0.01$; $\Delta R^2=3.30\%$). Иными словами, в обеих клинических группах уровень тревоги выше у тех, кто считает, что его сон нарушается под влиянием жизненных событий и (на уровне тенденции) под влиянием стресса и неприятных ощущений в руках и ногах. При этом представление о роли жизненных событий значимо лучше предсказывает тревогу при инсомнии, чем при СОАС. Дополнительный учет представлений о причинах НС позволяет объяснить еще 12.45% дисперсии уровня тревоги.

По результатам первого шага модели, предсказывающей депрессию (в целом, $\Delta R^2=19.89\%$), уровень депрессии на уровне тенденции выше у пациентов с инсомниями по сравнению с СОАС, хотя после учета других субъективных факторов эта связь исчезает ($\beta=0.18$, $p<0.07$). В обеих клинических группах депрессия выше при низкой эффективности сна, а при инсомниях — еще и при высоком индексе сна, характеризующем общую выраженность объективных НС ($\beta=-0.17$, $p<0.07$ и $\beta=0.21$, $p<0.05$ соответственно). В обеих группах после учета объективного качества сна депрессия связана с худшей субъективной оценкой сна, особенно это характерно для пациентов с инсомниями ($\beta=-0.34$, $p<0.05$ и $\beta=0.31$, $p<0.05$ соответственно). На втором шаге модели был выявлен эффект жалоб на НС из-за неприятных ощущений в руках и ногах ($\beta=0.18$, $p<0.05$; $\Delta R^2=3.07\%$).

Обсуждение результатов

Субъективные жалобы при различных нарушениях сна. Результаты, полученные при сравнении субъективных жалоб пациентов на качество сна, нарушения дыхания во сне, дневную сонливость, тревогу и депрессию, согласуются с существующими данными (Инсомния..., 2005; Краткое руководство..., 2018). Так, наихудшие субъективные оценки сна характерны для пациентов с инсомнией, а в норме люди с историей НС в прошлом оценивают свой сон хуже, чем люди без опыта НС. В сравнении с другими клиническими группами у пациентов с инсомнией отмечается более высокий уровень тревоги и депрессии, что также закономерно, учитывая тесную связь этих факторов с жалобами на НС (Perlis et al., 2011). Напротив, показатели апноэ и сонливости максимальны у пациентов с СОАС.

Субъективные причины нарушений сна в норме и патологии. Представление о том, что стресс и негативные жизненные события, а также ряд внешних факторов (ночная работа, перелеты) являются причинами НС, по-видимому, распространено в культуре в целом, независимо от отсутствия/наличия НС (Рассказова, Тхостов, 2012). Пациенты с инсомнией признают эти причины не чаще, а даже немного реже, чем респонденты без НС. Хронические НС, требующие обращения за медицинской помощью, напротив, сопряжены с «сужением» круга возможных причин: для пациентов клинических групп начинают выходить на первый план конкретные субъективные причины, тогда как другие они перестают признавать. Иными словами, для пациентов с НС характерна бóльшая в сравнении с популяцией *селективность* в отборе того, что нарушает их сон, а что — нет. Воспользуемся метафорой Х. Левенталя (Leventhal et al., 2003): в поисках смысла своего состояния, своей болезни человек движется к более узкому, а не к широкому кругу субъективных причин, поскольку ему важно объяснить это состояние не только себе, но и обосновать врачу и близким тяжесть своего состояния и важность адресной медицинской помощи.

Субъективные причины нарушений сна как предиктор тревоги и депрессии. В соответствии с психологическими моделями в психосоматике, в отличие от объективного качества сна, слабо связанного или не связанного с субъективным неблагополучием пациентов с апноэ во сне и инсомнией, субъективная оценка связана с благополучием более тесно, а представления о причинах нарушения вносят дополнительный вклад в предсказательную модель. В частности, в

обеих клинических группах уровень тревоги выше у тех, кто считает, что его сон нарушается под влиянием жизненных событий (особенно выражен этот эффект у пациентов с инсомнией) и (на уровне тенденции) под влиянием стресса и неприятных ощущений в руках и ногах. Уровень депрессии выше у тех, кто жалуется на нарушения сна из-за неприятных ощущений в руках и ногах, что также характерно и для пациентов с СОАС и с инсомнией. Иными словами, неприятные ощущения в руках и ногах особенно стрессогенны для человека и связаны с депрессией. Следует отметить, что речь не идет о клинически значимых симптомах, постольку ни у одного из пациентов данного исследования не было соответствующего диагноза. Можно предположить, что атрибуция НС, по каким бы причинам они ни развивались, неприятным ощущениям субъективно тяжело переживается человеком. Напротив, те, кто считает, что их сон зависит от жизненных событий, демонстрируют более высокий уровень тревоги, особенно при инсомнии.

Заключение

С теоретической точки зрения полученные данные согласуются с представлениями модели саморегуляции и психологии телесности о регуляторной функции субъективных атрибуций людьми своих НС в отношении психологического благополучия, не сводимой к субъективному и объективному качеству сна. Представления о причинах заболевания выступают одной из составляющих внутренней картины болезни, определяя в том числе эмоциональное состояние пациентов. С практической точки зрения эти результаты указывают на различные мишени психологических интервенций у лиц с жалобами на НС в норме, в отличие от лиц с хронической инсомнией и апноэ во сне. В частности, в начале развития НС важную роль могут играть анализ возможных атрибуций и их конкретизация, переоценка важности эмоциональных причин. При хронических нарушениях сна на первый план выходит обсуждение атрибуции НС неприятным ощущениям в руках и ногах, а также стрессу и жизненным событиям, поскольку именно они сопряжены с неблагополучием. Следует отметить, что выводы данной работы ограничиваются использованием лишь двух негативных индикаторов благополучия — тревоги и депрессии, а также неучетом других аспектов внутренней картины болезни и лечения, что является задачей дальнейших исследований.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Инсомния: современные диагностические и лечебные подходы / Под ред. Я.И. Левина. М.: Медпрактика, 2005.

Краткое руководство по клинической сомнологии: Учеб. пособие / Под общей ред. проф. Г.В. Коврова. М.: МЕДпресс-информ, 2018.

Рассказова Е.И. Апробация русскоязычной версии шкалы отказа и смены цели // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2018. № 2. С. 100—117. doi.org/10.11621/vsp.2018.02.100

Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш. Клиническая психология сна и его нарушений. М.: Смысл, 2012.

Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш. Апробация методик диагностики локуса контроля причин болезни и лечения и самоэффективности в отношении лечения // Вестник ЮУрГУ. Сер. Психология. 2016. Т. 9. № 1. С. 71—83. doi.org/10.14529/psy160108

Сыропятов О.Г., Дзержинская Н.А., Астапов Ю.Н., Иванцова Г.В. Ранняя диагностика и лечение депрессии в общей медицинской практике. Киев: Гелариум-тест, 2003.

Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса. Л.: Медицина, 1984.

Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002.

Тхостов А.Ш. Возможности и перспективы социальной патопсихологии // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2017. № 1. С. 36—50. doi.org/10.11621/vsp.2017.01.36

Beck J.S. Cognitive therapy for challenging problems. N.Y.: The Guilford Press, 2011.

Espie C.A., Broomfield N.M., MacMahon K.M. et al. The attention-intention-effort pathway in the development of psychophysiological insomnia: a theoretical review // Sleep Medicine Review. 2006. Vol. 10. P. 215—245. doi.org/10.1016/j.smr.2006.03.002

Iber C., Ancoli-Israel S., Chesson A. et al. The American Academy of Sleep Medicine Manual for the Scoring of Sleep and Associated Events: Rules, Terminology and Technical Specifications. 1st ed. Westchester, Ill: American Academy of Sleep Medicine, 2007.

Johns M.W. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale // Sleep. 1991. Vol. 14. P. 540—545. doi.org/10.1093/sleep/14.6.540

Kaptein A., Scharloo M., Helder D. et al. Representation of chronic illness // The self-regulation of health and illness behavior / Ed. by L.D. Cameron, H. Leventhal. N.Y.: Routledge, 2003. P. 97—118.

Leventhal H., Brissette I., Leventhal E. The common-sense model of self-regulation of health and illness // The self-regulation of health and illness behavior / Ed. by L.D. Cameron, H. Leventhal. N.Y.: Routledge, 2003. P. 42—65.

McDowel J. Measuring health. A guide to rating scales and questionnaires. N.Y.: Oxford University Press, 2006. doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195165678.001.0001

Morin C.M. *Insomnia: psychological assessment and management*. N.Y.: Guilford Press, 1993.

Morin C.M. Chronic insomnia: recent advances and innovations in treatment developments and dissemination // *Canadian Psychology*. 2010. Vol. 51. N 1. P. 31—39. doi.org/10.1037/a0018715

Moss-Morris R., Wrapson W. Representational beliefs about functional somatic syndromes // *The self-regulation of health and illness behavior* / Ed. by L.D. Cameron, H. Leventhal. N.Y.: Routledge, 2003. P. 119—137.

Perlis M., Shaw P.J., Cano G., Espie C.A. Models of insomnia // *Principles and Practice of Sleep Medicine* / Ed. by M. Kryger, T. Ross, W. Dement. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders, 2011. P. 850—865. doi.org/10.1016/B978-1-4160-6645-3.00078-5

Sirgy M.J., Michalos A.C., Ferris A.L. et al. The quality of life (QOL) research movement: past, present and future // *Social Indicators Research*. 2006. Vol. 76. P. 343—466. doi.org/10.1007/s11205-005-2877-8

Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale // *Acta Psychiatria Scandinavica*. 1983. Vol. 67. N 6. P. 361—370. doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

REFERENCES

Beck, J.S. (2011). *Cognitive Therapy for Challenging Problems*. N.Y.: The Guilford Press.

Espie, C.A., Broomfield, N.M., MacMahon, K.M., et al. (2006). The attention-intention-effort pathway in the development of psychophysiological insomnia: a theoretical review. *Sleep Medicine Review*, 10, 215—245. doi.org/10.1016/j.smrv.2006.03.002

Iber, C., Ancoli-Israel, S., Chesson, A., et al. (2007). *The American Academy of Sleep Medicine Manual for the Scoring of Sleep and Associated Events: Rules, Terminology and Technical Specifications*. 1st ed. Westchester, Ill: American Academy of Sleep Medicine.

Johns, M.W. (1991). A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep*, 14, 540—545. doi.org/10.1093/sleep/14.6.540

Kaptein, A., Scharloo, M., Helder, D., et al. (2003). Representation of chronic illness. In L.D. Cameron, H. Leventhal (eds.), *The Self-regulation of Health and Illness Behavior* (pp. 97—118). N.Y.: Routledge.

Kovrova, G.V. (2018, ed.). *Kratkoe rukovodstvo po klinicheskoy somnologii: Ucheb. posobie* [A brief guide to clinical somnology: tutorial]. Moscow: MEDpress-inform.

Leventhal, H., Brissette, I., Leventhal, E. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L.D. Cameron, H. Leventhal (eds.). *The Self-regulation of Health and Illness Behavior* (pp. 42—65). N.Y.: Routledge.

Levin, Ya.I. (2005, ed.). *Insomniya: sovremennyye diagnosticheskie i lechebnyye podhody* [Insomnia: modern diagnostic and therapeutic approaches]. Moscow: Medpraktika.

McDowel, J. (2006). *Measuring Health. A guide to rating scales and questionnaires*. N.Y.: Oxford University Press. doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195165678.001.0001

Morin, C.M. (1993). *Insomnia: Psychological Assessment and Management*. N.Y.: Guilford Press.

Morin, C.M. (2010). Chronic insomnia: recent advances and innovations in treatment developments and dissemination. *Canadian Psychology*, 51, 1, 31—39. doi.org/10.1037/a0018715

Moss-Morris, R., Wrapson, W. (2003). Representational beliefs about functional somatic syndromes. In L.D. Cameron, H. Leventhal (eds.). *The Self-regulation of Health and Illness Behavior* (pp. 119—137). N.Y.: Routledge.

Perlis, M., Shaw, P.J., Cano, G., Espie, C.A. (2011). Models of Insomnia. In M. Kryger, T. Ross, W. Dement (eds.), *Principles and Practice of Sleep Medicine* (pp. 850—865). Philadelphia, PA: Elsevier Saunders. doi.org/10.1016/B978-1-4160-6645-3.00078-5

Rasskazova, E.I. (2018). Aprobatsiya russkoyazychnoy versii shkaly otkaza i smeny tseli [Testing the Russian version of the scale of failure and target change]. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psihologiya* [Moscow University Psychology Bulletin], 2, 100—117. doi.org/10.11621/vsp.2018.02.100

Rasskazova, E.I., Thostov, A.Sh. (2012). *Klinicheskaya psikhologiya sna i ego narusheniy* [Clinical psychology of sleep and its disorders]. Moscow: Smysl.

Rasskazova, E.I., Tkhostov, A.Sh. (2016). Aprobatsiya metodik diagnostiki lokusa kontrolya prichin bolezni i lecheniya i samoeffektivnosti v otnoshenii lecheniya [Testing methods for diagnosing locus for controlling the causes of disease and treatment and self-efficacy in relation to treatment]. *Vestnik YuUrGU. Ser. Psikhologiya* [Bulletin of the South Ural State University. Series: Psychology]. 2016. T. 9. № 1. S. 71—83. doi.org/10.14529/psy160108

Sirgy, M.J., Michalos, A.C., Ferris, A.L., et al. (2006). The quality of life (QOL) research movement: past, present and future. *Social Indicators Research*, 76, 343—466. doi.org/10.1007/s11205-005-2877-8

Syropyatov, O.G., Dzeruzhinskaya, N.A., Astapov, Yu.N., Ivantsova, G.V. (2003). *Rannyyaya diagnostika i lechenie depressii v obshchey medicinskoj praktike* [Early diagnosis and treatment of depression in general medical practice]. Kiev: Gelarium-test.

Tashlykov, V.A. (1984). *Psikhologiya lechebnogo protsessa*. Leningrad: Medicina.

Tkhostov, A.Sh. (2002). *Psikhologiya telesnosti* [Psychology of Physicality]. Moscow: Smysl.

Tkhostov, A.Sh. (2017). Vozmozhnosti i perspektivy sotsial'noy patopsikhologii [Opportunities and prospects of social pathopsychology]. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psihologiya* [Moscow University Psychology Bulletin], 1, 36—50. doi.org/10.11621/vsp.2017.01.36

Zigmond, A.S., Snaith, R.P. (1983). *The Hospital Anxiety and Depression Scale*. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 67, 6, 361—370. doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Рассказова Елена Игоревна — кандидат психологических наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии ф-та психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, старший научный сотрудник отдела медицинской психологии ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия. *E-mail:* e.i.rasskazova@gmail.com

Ковров Геннадий Васильевич — доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник научно-исследовательского отдела неврологии Первого МГМУ имени И.М. Сеченова, Москва, Россия. *E-mail:* kgv2006@yandex.ru

Мачулина Анна Ивановна — врач-невролог неврологического отделения ГКБ имени братьев Бахрушиных, Москва, Россия. *E-mail:* anna.machulina@gmail.com

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Elena I. Rasskazova, Cand. Sci. (Psychol.), Associate Professor at the Department of Neuro-and Pathopsychology, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University; Senior Researcher, Department of Medical Psychology, Mental Health Research Center, Moscow, Russia. *E-mail:* e.i.rasskazova@gmail.com

Gennady V. Kovrov, Doct. Sci. (Med.), Professor, Chief Researcher of the Research Department of Neurology at the I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia. *E-mail:* kgv2006@yandex.ru

Anna I. Machulina, Neurologist of the Neurological Department of the City Clinical Hospital named after the Bakhrushins brothers, Moscow, Russia. *E-mail:* anna.machulina@gmail.com