

УДК 159.9

DOI 10.25205/2658-4506-2019-12-1-80-90

Д. Е. Баум, Ю. В. Сарычева, К. С. Доронина

*Новосибирский государственный медицинский университет
ул. Красный пр., 52, Новосибирск, 630091, Россия*

d.baum2011@yandex.ru, julia_sar@mail.ru, doroninaya@gmail.com

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ И СУБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ СНА

Рассматривается проблема взаимосвязи между субъективной оценкой нарушений сна и эмоционально-личностных особенностей. Ведь именно такие особенности как тревожность, навязчивые мысли и действия, раздражительность и др. могут выступить предикторами развития нарушений сна, в то же время, нарушения сна, продолжающиеся достаточно долго могут повлиять на подверженные изменениям в течение жизни психологические свойства. В исследовании приняли участие 20 человек, из которых 6 имеют установленный диагноз хронической первичной инсомнии, а 14 имеют субъективные жалобы в отношении сна. В результате проведенного исследования было выявлено, что нарушения сна и снижение его качества взаимосвязано с такими эмоционально-личностными особенностями, как эмоциональная лабильность / уравновешенность, нейротизм, раздражительность, депрессивность.

Ключевые слова: нарушения сна, инсомния, личностные особенности, дисфункциональные убеждения в отношении сна.

Введение

Согласно современным исследованиям (Александровский Ю. А., Полуэктов М. Г., Левин О. С., Савочкина Д. И. и др.), инсомния является самым распространенным нарушением сна. По мнению некоторых авторов, она варьирует от 4–6 % до 45 % в общей популяции. Распространенность хронической инсомнии составляет 10 % от общей

Баум Д. Е., Сарычева Ю. В., Доронина К. С. Взаимосвязь эмоционально-личностных особенностей и субъективной оценки нарушений сна // Reflexio. 2019. Т. 12, № 1. С. 80–90.

популяции, а преходящие симптомы нарушения сна гораздо чаще – 30–35 % от общей популяции [Стрыгин, Полуэктов, 2017]. При невротических расстройствах различные формы нарушений сна встречаются с частотой 65–100 % [Корабельникова, 2015].

Существует множество факторов, влияющих на нарушения сна. В последнее время значительно возрос интерес к вопросам, связанным с нарушениями сна и их взаимосвязью с психологическими особенностями личности (Корабельникова Е. А., Полуэктов М. Г., Рассказова Е. И., Левин Я. И., Ротенберг В. С., Романова Е. А., Асанов А. О. и др.). Например, актуально изучение инсомнии в рамках невротических расстройств, в связи с их частотой встречаемости и тяжести субъективной переносимости [Там же].

В некоторых современных исследованиях отмечается, что у людей с определенными эмоционально-личностными особенностями нарушения сна возникают чаще. К таким особенностям можно отнести повышенный уровень нейротизма. Повышенный уровень тревожности, раздражительность, эмоциональная неустойчивость, гиперчувствительность – все это может выступить предиктором развития инсомнии [Dekker et al., 2017; Akram et al., 2016].

Следствием повышенной тревоги по поводу сна и длительной продолжительности симптомов нарушенного сна при несвоевременном и неэффективном лечении является гипнофобия – навязчивый, стойкий и иррациональный страх перед сном. Часто гипнофобия может выступать как показатель наличия депрессивного или тревожного расстройства [Васильева и др., 2018].

Исследования показали, что черты личности связаны с расстройствами настроения и нарушениями сна. Высокий уровень нейротизма связан с депрессивным расстройством, а низкий уровень экстраверсии коррелирует с дистимией в общей популяции, при этом и высокий уровень нейротизма, и депрессивные (субдепрессивные) расстройства имеют выраженные взаимосвязи с инсомнией [Changnam et al., 2017].

Распространенной в сомнологии является модель А. Spielman о трех факторах инсомнии (другое название этой концепции – модель 3П). Согласно этой модели выделяют предрасполагающие, провоцирующие и поддерживающие факторы. Предрасполагающие факторы, такие как возраст или пол, а также высокая личностная тревожность делают человека более восприимчивым к возникновению инсомнии, а провоцирующие факторы – это события, которые связаны с началом

инсомнии, т. е. основные стрессоры. В свою очередь, поддерживающие факторы – это те, которые приводят к хронификации инсомнии. Поддерживающие факторы – это поведение и дисфункциональные убеждения, способствующие возникновению инсомнии, такие как тревожные мысли о сне, гипнофобия, дополнительная активность в кровати, счет времени, оставшегося для сна [Савочкина, 2018].

Когнитивные модели бессонницы подчеркивают роль установок к сигналам, связанным со сном, как поддерживающего фактора расстройства. Эти модели признают, что повышенное возбуждение, дистресс и негативные мысли, связанные со сном, а также вера в то, что трудности ночного сна способствуют нарушенному дневному функционированию, порождают и поддерживают специфическое для сна беспокойство [Hertenstein, 2015]. При обнаружении угрозы, связанной со сном, человек с инсомнией может интерпретировать ее в соответствии с расстройством. Страдающие инсомнией интерпретируют двусмысленные предложения таким образом, чтобы соответствовало их специфическим трудностям [Anderson, 2018].

Одним из значимых факторов риска инсомнии является «повторяющееся» мышление. Первоначально изученное в рамках аффективных расстройств таких, как тревога и депрессия, «повторяющееся мышление» – это процесс мыслительной деятельности, при котором многократно и часто возникают навязчивые, тревожные мысли о себе и окружающем мире. Были предложены два типа «повторяющегося» мышления, которые играют важную роль в структуре инсомнии – это беспокойство и руминация. Беспокойство – это стратегия совладания, которая состоит из абстрактного повторяющегося словесного мышления, ориентированного на неопределенные события с потенциальным будущим негативным результатом. Руминация («мыслительная жвачка») – это стратегия совладания, которая состоит из абстрактного повторяющегося мышления о причинах и последствиях негативных эмоций [Lancee et al., 2017].

Несмотря на высокую распространенность инсомнии, ее взаимосвязь с психологическими особенностями остается малоизученной. Поэтому изучение факторов, влияющих на возникновение расстройств сна, а также связанных с их развитием, весьма важно.

Итак, цель данного исследования – выявление взаимосвязи выраженности эмоционально-личностных особенностей и субъективной оценки нарушений сна.

Материалы и методы исследования

Обследовано 20 пациентов, из них 6 мужчин, 14 женщин, средний возраст $26,9 \pm 8,61$ год. Исследование проходило на базе неврологического центра «Сибнейромед», кафедры неврологии лечебного факультета, а также кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии НГМУ. Выборку испытуемых составили люди, имеющие субъективные жалобы в отношении сна, например, нарушение дневного функционирования, трудности засыпания, интрасомнические нарушения – страхи и кошмары среди ночи и т. п. (70 %), а также пациенты с установленным диагнозом – хроническая первичная инсомния (30 %).

Исследование выраженности инсомнии проводилось на основании 1) шкалы тяжести инсомнии (автор С. Morin, адаптирована К. В. Даниленко, 2011); 2) Питтсбургского опросника на определение качества сна (PSQI) (авторы D. Buysse et al., адаптация Е. А. Семенова, К. В. Даниленко, 2009). Также изучены дисфункциональные убеждения пациентов в отношении сна (Шкала дисфункциональных убеждений и предположений в отношении сна – ШДУС (автор С. Morin, адаптация А. Ш. Тхостов, Е. И. Рассказова, 2007)). При выполнении психодиагностического исследования для оценки эмоционально-личностных характеристик пациентов использован ряд методик: 1) Опросник невротических черт личности (авторы Л. И. Вассерман и соавт., 2003); 2) Фрайбургский личностный опросник (авторы J. Fahrenberg et al., адаптация А. А. Крылов, Т. И. Ронгинский, 1989).

Статистическая обработка проводилась с использованием непараметрической статистики (U-критерий Манна – Уитни, корреляционный анализ по Спирмену), программного обеспечения («STATISTICA 13.3»). Уровень критической значимости различий $p = 0,05$.

Результаты и обсуждение

При исследовании характеристик сна пациентов установлено, что средние показатели тяжести инсомнии составляют $15,3 \pm 3,08$, что соответствует средним значениям. В структуре тяжести инсомнии преобладали пациенты с легкими нарушениями сна (52,6 %), умеренная тяжесть инсомнии выявлена у 47,4 % испытуемых.

Исследование интегративной субъективной оценки качества сна показало, что в выборке преобладают пациенты, имеющие легкое снижение качества сна (55 %). В 36,8 % случаев больные считали,

что сон нарушен умеренно, лишь одна пациентка (5,3 %) оценила качество сна как очень плохое, еще одна (5,3 %) как нормальное. Средние показатели общей оценки качества сна по группе низкие и составили $11,3 \pm 3,6$.

При изучении отдельных показателей качества сна наиболее высокие результаты получены по шкалам субъективного качества сна ($2,05 \pm 0,6$) и нарушения дневного функционирования ($2,0 \pm 0,79$), меньше всего страдает качество сна по шкале «прием снотворных препаратов» ($1,2 \pm 1,39$) (при возможной оценке по шкалам от 0 до 3 баллов).

Исследование эмоционально-личностных особенностей пациентов с инсомнией показало преобладание черт невротичности ($7,3 \pm 2,0$), открытости ($7,2 \pm 2,0$), эмоциональной лабильности ($6,6 \pm 1,67$). Наиболее низкие показатели получены по шкале уравновешенности $4,05 \pm 2,28$. При выполнении качественного анализа у 78,9 % обследованных установлены высокие показатели по шкале невротичности, что отражает невротизацию личности по астеническому типу со значительными психосоматическими нарушениями. У 57,9 % больных выявлены высокие показатели открытости, что свидетельствует о стремлении к доверительно-откровенному взаимодействию с окружающими людьми при высоком уровне самокритичности, высокой искренности при работе над опросником. У 52,6 % получены низкие, у 31,6 % пациентов умеренные показатели по шкале уравновешенности. Низкие показатели по данной шкале связаны с низкой устойчивостью к стрессу, плохой защищенностью к воздействию стресс-факторов обычных жизненных ситуаций, неуверенностью в себе, пессимистичностью и пассивностью.

При исследовании черт невротических расстройств у пациентов с инсомнией выявлено, что у 9 пациентов (47,4 %) показатели неуверенности в себе находились на среднем уровне, т. е. в настоящее время проблемы, связанные с самопринятием и удовлетворенностью собой, не являются для личности актуальными; можно предположить достаточную степень уверенности при принятии решений и осуществлении социальных контактов, уравновешенный эмоциональный фон и рисунок поведения, адекватность самовосприятия (отсутствие как чрезмерно критического отношения к себе, так и самопереоценки). У 4 больных (21,1 %) на повышенном уровне, что отражает наличие в актуальном психическом состоянии и структуре личности черт тревожности, неуверенности в себе, повышенной склонности к критическому самоанализу, это может выступить предиктором воз-

никновения пресомнических нарушений сна; можно предположить зависимо-уступчивую позицию и повышенную эмоциональную истощаемость в социальных контактах, потребность в эмоциональной поддержке, недостаточную самостоятельность и стеничность при достижении цели.

У 8 человек (42,1 %) выявлены повышенные показатели познавательной и социальной пассивности, что отражает недостаточную продуктивность (повышенную истощаемость) и недостаточную пластичность (трудности переключения) интеллектуальной деятельности, склонность к обдумыванию и углубленной рефлексии, недостаточную спонтанность в решениях, неширокий круг интересов, невыраженность познавательной потребности и восприимчивости к новому; в социальных контактах – снижение инициативы и заинтересованности, склонность к дистанцированию; в целом, невысокий уровень социальной компетентности и активности личности. У 11 испытуемых (57,9 %) средние показатели по данной шкале.

У 9 испытуемых (47,3 %) наблюдаются: повышенные показатели по шкале невротического сверхконтроля поведения, что связано с потребностью в тщательном планировании и обдумывании поступков, стремление к завершению начатого; трудности переключения с одного вида деятельности на другой; точность, корректность, педантичность, терпеливость в работе и социальном взаимодействии; при этом мотивация избегания неуспеха доминирует над мотивацией высоких достижений; в целом – серьезное отношение к жизни в сочетании с затруднением свободной самореализации может быть связано с наличием дисфункциональных убеждений в отношении сна (преувеличение собственной способности контролировать и предсказывать сон, что усиливает тревогу и инсомнию).

Лишь у 5 чел. (26,3 %) выявлены повышенные показатели аффективной неустойчивости, у большинства (13 чел. – 68,4 %) наблюдаются пониженные показатели по шкале ипохондричности. Показатели по шкале социальной неадаптивности находятся в пределах средних, пониженных и низких оценок.

Показатели выраженности дисфункциональных убеждений в отношении сна $82,7 \pm 16,8$. У 6 испытуемых (30 %) отмечены высокие показатели, соответствующие патологии; у 9 (45 %) были сопоставимы со здоровыми, и у 5 чел. (25 %) находились в пограничной зоне.

При проведении корреляционного анализа по Спирмену установлена сильная связь тяжести инсомнии и невротичности ($r = 0,7$, $p < 0,05$). Этот факт подтверждает данные современных исследова-

ний. Именно невротичность выступает как причина возникновения инсомнии, в свою очередь, инсомния может приводить к невротизации личности. Выраженность расстройства сна прямо связана с уровнем депрессии ($r = 0,7, p < 0,05$), эмоциональной лабильности ($r = 0,7, p < 0,05$), невротичности ($r = 0,5, p < 0,05$), раздражительности ($r = 0,5, p < 0,05$). Нарушения сна приводят к дестабилизации эмоционального фона, так как именно во сне происходит эмоциональная разрядка посредством сновидений. Нарушение дневного функционирования прямо связано со шкалами невротичности ($r = 0,5, p < 0,05$) и депрессии ($r = 0,5, p < 0,05$). Это свидетельствует о том, что субъективные жалобы на сон часто содержат ложные убеждения о последствиях инсомнии, в том числе значительное снижение работоспособности при недостаточном количестве сна, что, в свою очередь, вызывает повышенное беспокойство и приводит к невротизации, а также к снижению эмоционального фона. Результаты по шкале «прием снотворных» прямо связаны со шкалой ипохондрии ($r = 0,5, p < 0,05$), что отражает сосредоточенность на состоянии своего здоровья и внимательное отношение к незначительным нарушениям сна со склонностью к незамедлительному избавлению от симптомов инсомнии медикаментозным способом. Это отражает группу дисфункциональных убеждений в отношении сна о средствах борьбы с инсомнией и указывает на незнание эффективных немедикаментозных методов лечения (психотерапия, соблюдение гигиены сна, энцефалопония и др.). Шкалы «прием снотворных» и «ипохондрия» обратно связаны со шкалой уравновешенности ($r = -0,6, p < 0,05$), что подтверждает повышенную восприимчивость к стрессу при недостаточном количестве сна. Общая оценка качества сна прямо связана с уровнем раздражительности (чем ниже качество сна, тем выше уровень раздражительности ($r = 0,4, p < 0,05$)), это объясняется тем, что фаза быстрого сна выполняет роль регулятора эмоциональной стабильности. Выраженность дисфункциональных убеждений в отношении сна прямо связана с уровнем раздражительности, невротизации ($r = 0,5, p < 0,05$) и уровнем аффективной нестабильности, ($r = 0,4, p < 0,05$). Следовательно, это говорит о том, что механизмы дисфункциональных убеждений приводят к появлению или усилению имеющихся невротических черт личности.

Установлено, что показатели социальной неадаптивности значимо выше в группе с более выраженным снижением качества сна ($p < 0,05$). Следовательно, это говорит о том, что при более выраженных нарушениях сна страдают приспособляемость к различным социальным

ситуациям и снижению социальной перцепции, в связи с нарушениями когнитивной и эмоциональной сфер. В группе с умеренной тяжестью инсомнии значимо выше показатели невротичности, по сравнению с инсомнией легкой степени, что отражает двунаправленную причинно-следственную связь нарушений сна и эмоционально-личностных особенностей.

Выводы

1. Установлено, что среди испытуемых преобладали нарушения сна легкой и умеренной степени, отмечено снижение субъективной оценки качества сна и дневного функционирования, что доказывает тот факт, что субъективные жалобы на сон являются наиболее тяжело переживаемыми, а также это говорит о степени влияния дисфункциональных убеждений в отношении сна.

2. При исследовании эмоционально-личностных особенностей в выборке преобладали черты невротичности, эмоциональной лабильности, недостаточной уравновешенности, невротического сверхконтроля, познавательной и социальной пассивности, однако явных нарушений социальной адаптации не выявлено.

3. Установлена взаимосвязь показателей субъективной оценки нарушений сна с уровнем невротичности, депрессии, эмоциональной лабильности, раздражительности и обратная связь с уровнем уравновешенности. Это свидетельствует о значительной роли сна в эмоциональной сфере – регуляция эмоциональной стабильности.

Список литературы

Васильева А. В., Караваева Т. А., Моргачева Т. В. Нарушения сна у женщин с тревожными расстройствами невротического уровня // Материалы Всерос. науч.-практ. конгресса с международным участием, посвященного 100-летию кафедры психиатрии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова, бывшего Женского медицинского института. СПб., 2018. С. 43–45.

Корабельникова Е. А. Лечение инсомний у больных с невротическими расстройствами // Медицинский совет. 2015. № 10. С. 54–59.

Савочкина Д. И. Инсомния: определение, модели патогенеза, частота встречаемости в разных возрастных группах // *Международный студенческий научный вестник*. 2018. № 4. С. 293–297.

Стрыгин К. Н., Полуэктов М. Г. Инсомния // *Медицинский совет*. 2017. №15. С. 52–58.

Akram U., Ellis J., Myachykov A., Barclay N. Misperception of tiredness in young adults with insomnia // *Journal of Sleep Research*. 2016. Vol. 26. P. 466–474.

Anderson K. Insomnia and cognitive behavioural therapy – how to assess your patient and why it should be a standard part of care // *Journal of Sleep Research*. 2018. Vol. 10. P. 94–102.

Changnam K., Suyeon L., Soyounng Y., Boram P., Seockhoon C. Insomnia and neuroticism are related with depressive symptoms of medical student // *Sleep Medicine Research*. 2017. Vol. 8. P. 33–38.

Dekker K., Blanken T., Someren E. Insomnia and personality – a network approach // *Brain Science*. 2017. Vol. 7. P. 68–74.

Hertenstein E., Nissen C., Riemann D., Feige B., Baglioni C., Spiegelhalder K. The exploratory power of sleep effort, dysfunctional beliefs and arousal for insomnia severity and polysomnography-determined sleep // *Journal of Sleep Research*. 2015. Vol. 24. P. 399–406.

Lancee J., Eisma M. C., Zanten M., Topper K. When thinking impairs sleep: trait, daytime and nighttime repetitive thinking in insomnia // *Behavioral Sleep Medicine*. 2017. Vol. 15. P. 53–69.

Материал поступил в редколлегию 20.04.2019

D. E. Baum, Y. V. Sarycheva, K. S. Doronina

*Novosibirsk State Medical University
52 Krasny Ave., Novosibirsk, 630091, Russian Federation*

d.baum2011@yandex.ru, julia_sar@mail.ru, doroninaya@gmail.com

RELATIONS OF EMOTIONAL AND PERSONAL FEATURES AND SUBJECTIVE ASSESSMENT OF SLEEP DISORDERS

This article discusses the problem of the relationship between the subjective assessment of sleep disorders and emotional and personal characteristics. After all, such features as anxiety, obsessive thoughts and

actions, irritability, etc. can act as predictors of sleep disorders, at the same time, long enough sleep disorders can affect the psychological features to changes during life. The study sample included 20 people, of whom 6 were diagnosed with chronic primary insomnia, and 14 had subjective complaints about sleep. It was revealed that disturbance and poor quality of sleeping correlated with emotional-personal characteristics such as emotional instability, neuroticism, irritability, depression.

Keywords: sleep disorders, insomnia, personal features, dysfunctional attitudes about sleep.

References

Vasilyeva A.V., Karavaeva T. A., Morgacheva T. V. Lechenie insomnij u bol'nyh s nevroticheskimi rasstrojstvami [Sleep disorders in women with anxiety disorders of neurotic level]. *Materialy Vserossijskogo nauchno-prakticheskogo kongressa s mezhdunarodnym uchastiem, posvjashhennogo 100-letiju kafedry psixiatrii Pervogo Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta im. akad. I. P. Pavlova, byvshego Zhenskogo medicinskogo instituta* [Proceedings of the all-Russian scientific and practical congress with international participation dedicated to the 100th anniversary of the department of psychiatry of the First St. Petersburg state medical University named after academician I. P. Pavlov, the former Women's medical Institute]. Saint-Petersburg. 2018. P. 43–45. (in Russ.)

Korabelnikova E. A. Lechenie insomnij u bol'nyh s nevroticheskimi rasstrojstvami [Treatment of insomnia in patients with neurotic disorders]. *Medicinskij Sovet [Medical Council]*. 2015. No. 10. Pp. 54–59. (in Russ.)

Savochkina D. I. Insomnija: opredelenie, modeli patogeneza, chastota vstrechaemosti v raznyh vozrastnyh gruppah [Insomnia: definition, models of pathogenesis, frequency of occurrence in different age groups]. *International student scientific Bulletin [Mezhdunarodnyj studencheskij nauchnyj vestnik]*. 2018. No. 4. P. 293–297. (in Russ.)

Strygin K. N., Poluektov M. G. Insomnija [Insomnia]. *Medicinskij Sovet [Medical Council]*. 2017. No. 15. Pp. 52–58. (in Russ.)

Akram U., Ellis J., Myachykov A., Barclay N. Misperception of tiredness in young adults with insomnia. *Journal of Sleep Research*. 2016. Vol. 26. P. 466–474.

Anderson K. Insomnia and cognitive behavioural therapy – how to assess your patient and why it should be a standard part of care. *Journal of Sleep Research*. 2018. Vol. 10. P. 94–102.

Changnam K., Suyeon L., Soyoung Y., Boram P., Seockhoon C. Insomnia and neuroticism are related with depressive symptoms of medical student. *Sleep Medicine Research*. 2017. Vol. 8. P. 33–38.

Dekker K., Blanken T., Someren E. Insomnia and personality – a network approach. *Brain Science*. 2017. Vol. 7. P. 68–74.

Hertenstein E., Nissen C., Riemann D., Feige B., Baglioni C., Spiegelhalder K. The exploratory power of sleep effort, dysfunctional beliefs and arousal for insomnia severity and polysomnography-determined sleep. *Journal of Sleep Research*. 2015. Vol. 24. P. 399–406.

Lancee J., Eisma MC, Zanten M., Topper K. When thinking impairs sleep: trait, daytime and nighttime repetitive thinking in insomnia. *Behavioral Sleep Medicine*. 2017. Vol. 15. P. 53–69.