

## Рассказова Е.И., Ковров Г.В., Мачулина А.И. Взаимосвязь субъективной и объективной картины нарушений сна с тревогой и депрессией у пациентов с инсомнией, парасомниями, синдромом апноэ во сне: сопоставительный анализ



РАССКАЗОВА Е.И., КОВРОВ Г.В., МАЧУЛИНА А.И. ВЗАИМОСВЯЗЬ СУБЪЕКТИВНОЙ И ОБЪЕКТИВНОЙ КАРТИНЫ НАРУШЕНИЙ СНА С ТРЕВОГОЙ И ДЕПРЕССИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИНСОМНИЕЙ, ПАРАСОМНИЯМИ, СИНДРОМОМ АПНОЭ ВО СНЕ: СОПОСТАВИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ

English version: [Rasskazova E.I., Kovrov G.V., Machulina A.I. The relationship between subjective, objective sleep, anxiety and depression in patients with insomnia, parasomnias, sleep apnea syndrome: a comparative analysis](#)

Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова, Москва, Россия

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

[Сведения об авторах](#)  
[Литература](#)  
[Ссылка для цитирования](#)

Признавая тесную связь тревоги и депрессии в нарушениях сна, сомнология предлагает ряд механизмов, объясняющих эту связь – модели коморбидности, катализации или хронификации нарушений сна, нарушений сна как «хронического стресса». Во многом исследования осложняются разницей в связях объективных и субъективных нарушений сна с тревогой и депрессией. Цель данной работы – исследование связи объективных и субъективных нарушений сна с тревогой и депрессией у пациентов с хронической инсомнией в сравнении с пациентами с синдромом апноэ во сне и парасомниями. В исследовании участвовали 77 пациентов с синдромом апноэ во сне (СОАС), 18 пациентов с парасомниями, 105 пациентов с хроническими инсомниями. Пациенты заполняли госпитальную шкалу тревоги и депрессии, шкалу сонливости Эпворта, анкету качества сна, анкету скрининговой оценки апноэ во сне, а также большая часть пациентов (46, 15 и 93 соответственно) проходили полисомнографическое обследование в течение одной ночи. Субъективное неблагополучие пациентов с инсомнией определялось не столько их качеством сна, сколько субъективной оценкой нарушений дневного функционирования и дыхания во сне. У пациентов с СОАС тревога и депрессия не были связаны с индексом апноэ, хотя до некоторой степени связаны с другими объективными трудностями сна (латентными периодами засыпания и глубокого сна, меньшей эффективностью сна). Как и при инсомнии, тревога и депрессия были связаны с субъективной оценкой нарушений дневного функционирования и дыхания во сне. После статистического контроля объективных показателей сна во всех трех группах тревога и депрессия связаны с худшими субъективными оценками сна в целом, хотя в отношении депрессии эта связь сильнее у пациентов с инсомнией, по сравнению с пациентами с СОАС.

**Ключевые слова:** сомнология, психосоматика, синдром апноэ во сне, инсомния, тревога, депрессия

Пристальное внимание клинической сомнологии к проблемам тревоги и депрессии при инсомнии вызвано и поддерживается рядом причин. Традиционно широкое распространение получили данные о коморбидности инсомнии тревожно-депрессивным расстройствам (а в норме – сочетании жалоб на нарушения сна с жалобами на тревогу и депрессию), а экспериментальные исследования по провокации стресса у животных и людей [Ковров, Вейн, 2004] позволили предполагать, что тревога и депрессия могут участвовать в формировании инсомнии. Дальнейшее развитие психофизиологической, бихевиоральной и когнитивной моделей инсомнии привело к постулированию психогенной природы этого заболевания [Perlis et al., 2011; Рассказова, Тхостов, 2012], в хронификации которого принимает участие «порочный круг тревоги» [Тхостов, 2002], тесно связанный с дисфункциональными убеждениями человека о своем сне и гипертрофированными усилиями по регуляции сна [Morin, 2010]. Иными словами, тревога и депрессия могут рассматриваться в качестве факторов развития и хронификации инсомнии.

В свою очередь, данные о том, что для тревожных и депрессивных расстройств характерны специфические

объективные и субъективные нарушения сна [Staner et al., 2003; Посохов, 1986], и что жалобы на нарушения сна при депрессиях тесно связаны с качеством жизни этих пациентов [McCall et al., 2000], свидетельствуют о том, что по крайней мере в ряде случаев речь идет не об инсомнии, а о жалобах на нарушения сна как симптомах аффективных расстройств, причем сами нарушения сна при этом имеют иную структуру и природу, нежели при инсомнии.

Наконец, очевидно, что хронические нарушения сна могут непосредственно вызывать тревожные и депрессивные переживания [Kazarian et al., 1978], что позволило ряду исследователей говорить об инсомнии как модели хронического стресса [Левин, 2005]. С тревогой и депрессией связаны как собственно жалобы на нарушения сна, так и жалобы на сонливость, нарушения дневного функционирования и апатию [Koffel, Watson, 2009]. Следует отметить, что при таком рассмотрении за связью тревоги и депрессии с нарушениями сна предполагается общепсихологический, неспецифический механизм: тревога и депрессия являются проявлениями снижения субъективного благополучия и качества жизни в стрессогенных условиях хронического соматического заболевания [Вассерман и др., 2011].

Даже из этого небольшого обзора видно, что, признавая тесную связь тревоги и депрессии с нарушениями сна, важно дифференцировать разное содержание этой связи. Идет ли речь о первичных нарушениях сна, вызвавших тревогу и депрессию (т.е. инсомнии как модели хронического стресса), о тревоге и депрессии, принимающих участие в развитии, усилении и/или хронификации нарушений сна (например, в когнитивной модели и психологии телесности) или о нарушениях, которые могут быть относительно независимыми (в модели коморбидности)? Четкое разведение этих связей при инсомнии затруднено невозможностью «чистого» эксперимента: в рамках экспериментального воздействия возможно лишь создание стрессогенной ситуации, тогда как при хронической инсомнии тревога и депрессия дополняют клиническую картину длительное время. Дополнительные трудности создает выраженное расхождение между субъективными жалобами и объективной картиной сна, которые могут быть связаны с тревогой и депрессией по-разному, а также различия между разными клиническими группами: сон может быть по-разному связан с тревогой и депрессией в норме, при инсомнии, при других нарушениях сна, а также при аффективных расстройствах. К сожалению, исследований, сопоставляющих объективный сон и представления о своем сне у пациентов с разными нарушениями сна с уровнем их тревоги и депрессии, относительно немного.

*Цель* данной работы – исследование связи объективных и субъективных нарушений сна с тревогой и депрессией у пациентов с хронической инсомнией в сравнении с пациентами с синдромом апноэ во сне и парасомниями. Тревога и депрессия при этом рассматриваются как общие проявления снижения субъективного благополучия и качества жизни [McDowel, 2006; Sirgy et al., 2006], характерные для различных неврологических и соматических заболеваний, но являющиеся негативным прогностическим признаком в отношении лечения, в том числе из-за возможной хронификации заболевания (например, по типу «порочного круга тревоги»). Иными словами, оставляя за рамками данной работы вопрос о дифференциации механизмов, стоящих за связью нарушений сна с тревогой и депрессией, мы основываемся на допущении, что любые нарушения сна, достигающие до клинического уровня, могут потенциально становиться хроническим стрессом для пациента [Левин, 2005]. В центре исследования стоит вопрос о том, что именно (объективные нарушения, субъективная оценка сна и нарушений дневного функционирования, представления о причинах этих нарушений) и при каких нарушениях сна особенно тесно связано с неблагополучием.

## **Соотношение субъективных представлений о сне и объективного сна с позиции психосоматики**

Современная психосоматика предложила несколько подходов, описывающих саморегуляцию человека в ситуации болезни: подход отношения к болезни [Вассерман и др., 2011], культурно-исторический подход в психосоматике и психология телесности [Николаева, 1987; Тхостов, 2002], теория саморегуляции в отношении здоровья и болезни [Leventhal et al., 2003]. С нашей точки зрения, единое основание этих подходов состоит в понимании человека в ситуации болезни как активно ищущего, формирующего свое более или менее непротиворечивое понимание и отношение к ситуации. Процесс этого поиска в каждый момент времени описывается в разных моделях по-разному, а для результата предложены разные термины: отношение к болезни, внутренняя картина болезни, миф болезни, репрезентация болезни. Однако во всех случаях именно эта новая психологическая структура, не обязательно соотносимая с объективной картиной, медицинскими представлениями и пр., признается ведущим компонентом в дальнейшей регуляции деятельности и состояния пациента, в том числе ведущим фактором его субъективного благополучия.

Применение этих подходов в клинической сомнологии, с нашей точки зрения, создает основу для понимания механизмов расхождения субъективного и объективного сна, традиционно привлекавшую внимание исследователей в этой области [Feige et al., 2008; Harvey, Tang, 2012]. Субъективная оценка своего сна даже за одну ночь (тем более обобщенная за период времени) представляет результат осмысления того, что человек помнит о своей ночи, в сопоставлении с ожиданиями, представлениями о нормальном сне и т.д. Иными словами, расхождение между субъективной и объективной картиной сна определяется не только, а возможно и не столько, тем, что человек не

все помнит о том, как спал, как тем, чего ожидает, желает, опасается человек в отношении своего сна. В норме экспериментально показано, что эти ожидания могут, в свою очередь, в дальнейшем сказываться и на объективной картине сна [Rasskazova et al., 2014].

Продолжая эту логику, субъективное неблагополучие (тревога и депрессия) при любых нарушениях сна должно определяться не столько объективными его нарушениями, сколько оценкой этого сна самим пациентом – оценкой, зависящей, в том числе, от его представлений о болезни [Leventhal et al., 2003], которые, разумеется, у пациента с инсомнией иные, чем у пациента с синдромом апноэ во сне [Morin, 2010].

В соответствии с этими теоретическими основаниями выдвигались следующие *гипотезы*.

1. Как и в предыдущих исследованиях, уровень тревоги и депрессии при инсомнии будет выше, чем при других нарушениях сна. При парасомниях уровень тревоги будет выше, чем при синдроме апноэ во сне (СОАС) в связи с редкостью симптомов [Leventhal et al., 2003] и их субъективной неопределенностью для пациентов.
2. Объективные показатели сна будут слабее связаны с тревогой и депрессией при СОАС, парасомниях и инсомнии, чем субъективная оценка сна. Однако во всех случаях худший по объективным показателям сон будет связан с большей тревогой и депрессией.
3. После статистического контроля объективного качества сна более низкая субъективная оценка своего сна будет связана с тревогой и депрессией во всех группах.

Поскольку часть исследования, связанная со сравнением пациентов с разными нарушениями сна, носила поисковый характер, отдельных гипотез о различиях в связях сна с тревогой и депрессией не формулировалось.

## Методы

### Выборка

В исследовании участвовали 77 пациентов с синдромом апноэ во сне (СОАС, 59 мужчин, 75,6%), 18 пациентов с парасомниями (14 мужчин, 77,8%), 105 пациентов с хроническими инсомниями (38 мужчин, 35,8%), проходивших амбулаторное лечение в Сомнологическом центре при Московском государственном медицинском университете И.М.Сеченова. Оценка диагноза нарушения сна проводилась в соответствии с Международной классификацией расстройств сна 2-й редакции (Iber et al., 2007). Из них полная запись полисомнографии, сделанной в данном центре, была у 46 пациентов 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 редкой распространенностью и обращением в сомнологические клиники.

Критериями исключения были: 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 нарушениями сна.

### Процедура исследования

Обследование включало следующие этапы.

1. Клинико-психологический этап включал обследование неврологом-сомнологом, опрос об особенностях цикла сна и бодрствования, а также заполнение анкеты качества сна [Левин, 2005] – скрининговой методики субъективной оценки сна, анкеты скрининговой оценки апноэ во сне [Левин, 2005], шкалы сонливости Эпворта [Johns, 1991], а также госпитальной шкалы тревоги и депрессии [Zigmond, Snaith, 1983; Сыропятов и др., 2003].
2. Полисомнографический этап включал запись сна в течение одной ночи (регистрировались ЭЭГ, ЭМГ, движения глаз, а у пациентов с апноэ – 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 [Левин, 2005]. У пациентов с апноэ дополнительно рассчитывался индекс апноэ во сне.

Мужчин в выборках с СОАС и парасомниями было больше, чем в выборке с инсомнией ( $\chi^2 = 32,90$ , Cramer's V = 0,40,  $p < 0,01$ ). Пациенты не различались по частоте различных хронотипов ( $\chi^2 = 3,19$ , Cramer's V = 0,09,  $p > 0,20$ ):

37,3% пациентов с СОАС, 33,3% пациентов с парасомниями и 31,1% пациентов с инсомнией охарактеризовали себя как «жаворонков». «Совами» назвали себя 50,0% пациентов с СОАС, 44,4% пациентов с парасомниями и 58,5% пациентов с инсомнией. Остальные описали себя как «голубей» или считают свой хронотип нечетким / неясным.

Пациенты с СОАС и парасомниями чаще, чем пациенты с инсомнией, отмечали, что спят днем (37,2%, 38,9% и 17,1% соответственно,  $\chi^2 = 10,60$ , Cramer's V = 0,23,  $p < 0,01$ ).

Обработка данных проводилась в программе SPSS Statistics 23.0 и включала методы сравнения групп, корреляционный анализ и анализ модерации.

## Результаты

### Тревога и депрессия при различных нарушениях сна

Уровень субъективной тревоги и депрессии у пациентов с инсомнией выше, чем при СОАС (post hoc сравнение по критерию Шеффе,  $p < 0,01$ ), а пациенты с парасомниями занимают промежуточное положение (табл. 1), не отличаясь значимо от двух других групп, хотя по уровню депрессии ближе к пациентам с СОАС.

**Таблица 1**

Уровень тревоги и депрессии при различных нарушениях сна (суммарный балл по шкалам)

Клинические группы		Госпитальная шкала – тревога	Госпитальная шкала – депрессия
СОАС	Среднее	5,75	5,06
	Стандартное отклонение	3,27	3,32
Парасомнии	Среднее	7,13	5,00
	Стандартное отклонение	4,26	2,63
Инсомнии	Среднее	9,45	7,19
	Стандартное отклонение	4,35	4,39
F критерий Фишера		19,61**	7,46**
Стат. эффект $\eta^2$		0,17	0,07

*Примечания.* Уровень значимости различий: \* –  $p < 0,05$ , \*\* –  $p < 0,01$ ; сравнение методом дисперсионного анализа.

### Связь тревоги и депрессии при нарушениях сна с субъективным и объективным качеством сна

Ни одна из корреляций объективных показателей дыхания с уровнем тревоги и депрессии не достигала принятого уровня значимости у пациентов с СОАС и не превышала по модулю 0,20 (размер подвыборки – 68 человек). Не было выявлено связи тревоги и депрессии и с вариабельностью сердечного ритма, хотя средняя частота сердечных сокращений значимо положительно коррелировала с уровнем депрессии ( $r = 0,35$ ,  $p < 0,01$ ), но не тревоги ( $r = 0,09$ ,  $p < 0,01$ ).

Напротив, уровень тревоги был выше у пациентов с СОАС при более длительном латентном периоде глубокого сна, а уровень депрессии – при большей длительности засыпания и худшей общей эффективности сна (табл. 2). Следует отметить, что связь депрессии с эффективностью сна полностью объясняется длительностью засыпания, потому что корреляции частоты и продолжительности ночных пробуждений с депрессией отрицательны (хотя и незначимы). Пациенты с СОАС, хуже оценивающие свой сон в целом, испытывают большую тревогу и депрессию, тогда как сонливость и показатели апноэ связаны у них с более высоким уровнем депрессии (табл. 3).

Следует отметить, что размер выборки пациентов с парасомниями в данном исследовании мал для конечных выводов; результаты представляют интерес лишь в связи с тем, что такого рода данные практически отсутствуют в целом. Общий уровень тревоги связан у них с более длительным засыпанием в ночь полисомнографического исследования и худшей эффективностью сна. Интересно, что в отношении субъективных показателей в этой группе отмечается парадоксальный эффект: пациенты с более высоким уровнем депрессии лучше оценивают ночь записи в лаборатории, чем пациенты с низким уровнем депрессии. Несмотря на то что в силу малого размера выборки ни одна из связей субъективных показателей с тревогой и депрессией у пациентов с парасомниями не достигает принятого уровня значимости, показатели апноэ в среднем связаны с более высоким уровнем тревоги и депрессии.

Неожиданным для нас результатом явилось и полное отсутствие связи между тревогой и депрессией с

объективными и субъективными показателями сна при *инсомнии*. Единственное исключение составляют слабые связи депрессии с худшим объективным качеством сна на основе интегративного индекса сна, сонливостью и большей выраженностью клинических признаков апноэ, а также связь тревоги с сонливостью.

**Таблица 2**

Корреляции объективных показателей сна с тревогой и депрессией у пациентов с СОАС, парасомниями и инсомнией

Объективные показатели сна	СОАС (n = 46)		Парасомнии (n = 15)		Инсомнии (n = 93)	
	Тревога	Депрессия	Тревога	Депрессия	Тревога	Депрессия
Первая стадия F	-0,08	-0,19	-0,01	-0,32	0,04	0,04
Вторая стадия S	0,14	-0,07	-0,28	0,23	0,12	0,05
Дельта-сон	0,21	0,12	-0,06	0,07	0,10	0,05
Фаза быстрого сна REM	-0,02	0,03	0,03	0,14	0,07	-0,07
Длительность бодрствования во сне W	0,07	-0,16	-0,12	-0,21	0,03	0,05
Длительность движений во сне	0,14	-0,06	0,27	0,00	-0,02	0,02
Латентный период засыпания	0,05	0,30*	0,74**	0,41	-0,05	-0,02
Латентный период второй стадии сна	-0,23	-0,17	0,07	0,14	-0,04	-0,05
Латентный период дельта-сна	0,44**	0,16	0,16	-0,06	-0,08	0,01
Латентный период фазы быстрого сна	0,19	-0,12	-0,04	0,01	-0,08	0,04
Количество циклов сна	-0,17	-0,24	-0,14	-0,35	0,17	-0,05
Число пробуждений	-0,08	-0,23	0,05	-0,34	0,01	0,03
Индекс сна	-0,28	-0,27	0,28	0,50	0,02	0,22*
Эффективность сна	-0,17	-0,34*	-0,54*	-0,17	-0,08	-0,16

*Примечания.* Уровень значимости различий: \* –  $p < 0,05$ , \*\* –  $p < 0,01$ ; метод корреляционного анализа. Курсивом выделены корреляции, достигающие слабого уровня (абсолютное значение  $r > 0,20$ ).

**Таблица 3**

Корреляции субъективных оценок сна и сонливости с тревогой и депрессией у пациентов с СОАС, парасомниями и инсомнией

Субъективные показатели оценки сна и сонливости	СОАС (n = 77)		Парасомнии (n = 16)		Инсомнии (n = 105)	
	Тревога	Депрессия	Тревога	Депрессия	Тревога	Депрессия
Субъективная оценка сна	-0,39**	-0,46**	-0,20	-0,18	-0,11	-0,06
Анкета скрининговой оценки апноэ во сне	0,21	0,28*	0,34	0,28	0,11	0,20*
Шкала сонливости Эпворта	0,14	0,32**	0,10	0,08	0,20*	0,24*

*Примечания.* Уровень значимости различий: \* –  $p < 0,05$ , \*\* –  $p < 0,01$ ; метод корреляционного анализа. Курсивом выделены корреляции, достигающие слабого уровня (абсолютное значение  $r > 0,20$ ).

### Уровень тревоги и депрессии при разной субъективной и объективной картине сна: результаты анализа модерации

Дальнейшее исследование связи объективной картины сна и субъективных представлений о сне и причинах его нарушения с тревогой и депрессией при инсомнии и СОАС проводилось при помощи анализа модерации. Группа пациентов с парасомниями в анализ не включалась ввиду малочисленности. На первом шаге в модели, предсказывающие тревогу и депрессию, в качестве независимых переменных вносились диагноз (инсомния / СОАС) и объективные характеристики сна, корреляции которых с тревогой и депрессией соответственно хотя бы в одной клинической группе превышали по модулю 0,15. В случае тревоги это были длительность третьей стадии, латентный период 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 второй и третьей стадий, количество пробуждений, количество циклов сна, индекс сна, эффективность сна. На втором шаге – переменные-модераторы, характеризующие взаимодействие этих объективных показателей и клинической группы (пациенты с СОАС кодировались как -1, инсомнией – как 1). На третьем шаге добавлялись переменные, характеризующие субъективные характеристики сна и бодрствования, – субъективное качество сна, выраженность сонливости и апноэ во сне; на четвертом – переменные взаимодействия клинической группы и субъективных характеристик.

Результаты первого и второго шагов модели, предсказывающей тревогу, показали, что только эффект клинической группы достигает принятого уровня значимости ( $\beta = 0,42$ ,  $p < 0,01$ ), поэтому переменные, характеризующие объективное качество сна, были исключены из анализа. На третьем шаге была исключена сонливость, поскольку лишь субъективное качество сна и апноэ оказывались предикторами тревоги; все переменные взаимодействия четвертого шага были исключены как не связанные с тревогой.

Согласно полученным результатам, тревога у пациентов с инсомнией и СОАС выше при инсомнии, не связана с объективным качеством сна, но в обеих клинических группах возрастает при более низких показателях субъективного качества сна и более высоких – апноэ во сне (табл. 4). В целом учет клинической группы и субъективных характеристик позволяет предсказать 22,68% дисперсии в уровне тревоги у пациентов.

**Таблица 4**

Предсказание тревоги и депрессии на основе объективного, субъективного сна и субъективных причин его нарушения у пациентов с инсомнией и с апноэ во сне: результаты анализа модерации

Зависимая переменная	Шаги модели	Независимые переменные в модели	Стандартизованный коэффициент $\beta$	t-критерий Стьюдента	Уровень значимости p	$\Delta R^2$
Тревога	Шаг 1(2)	Клиническая группа	0,42	6,26	0,000	17,88%**
	Шаг 3 (4)	Субъективное качество сна	-0,21	-2,65	0,009	4,80%**
		Индекс апноэ	0,17	2,15	0,033	
Депрессия	Шаг 1(2)	Клиническая группа	0,18	1,88	0,063	14,51%**
		Индекс сна	-0,02	-0,18	0,854	
		Эффективность сна	-0,17	-1,83	0,070	
		Взаимодействие индекса сна и клинической группы	0,21	1,99	0,048	
	Шаг 3(4)	Субъективное качество сна	-0,34	-2,37	0,020	5,38%*
		Взаимодействие субъективного качества сна и клинической группы	0,31	2,55	0,012	

*Примечания.* Уровень значимости различий: \* –  $p < 0,05$ , \*\* –  $p < 0,01$ ; метод анализа модерации.

По результатам двух первых шагов модели, предсказывающей депрессию, эффект клинической группы достигает уровня тенденции, а из объективных показателей лишь эффективность сна оказывается значимым предиктором депрессии (табл. 4). Кроме того, в модели был оставлен показатель индекса сна, поскольку после исключения других объективных показателей отмечался эффект взаимодействия индекса сна и клинической группы. На третьем и четвертом шаге были исключены показатели апноэ и сонливости, а значимый эффект был установлен как в отношении субъективного качества сна, так и взаимодействия субъективного качества сна и клинической группы.

В целом уровень депрессии на уровне тенденции выше у пациентов с инсомнией, по сравнению с СОАС, но после учета других субъективных факторов эта связь исчезает. Во обеих клинических группах депрессия выше при низкой эффективности сна, а при инсомнии – еще и при высоком индексе сна, характеризующем общую выраженность объективных нарушений. В обеих группах после учета объективного качества сна депрессия связана с худшей субъективной оценкой сна, особенно это характерно для пациентов с инсомнией. Учет этих клинических, объективных и субъективных особенностей позволяет предсказать 19,89% различий в уровне депрессии пациентов.

## Обсуждение результатов

В полном соответствии с первой гипотезой и предыдущими данными, у пациентов с хронической инсомнией уровень тревоги и депрессии выше, чем при других нарушениях сна. Иными словами, это наименее психологически благополучная группа пациентов, что, как говорилось выше, может объясняться как ролью тревоги и депрессии в развитии и хронификации инсомнии, так и стрессогенностью этого заболевания для человека. Хотя средний уровень тревоги (в отличие от депрессии) у пациентов с парасомниями более чем на 0,5 стандартных отклонения выше, чем при СОАС, это различие не достигает принятого в статистике уровня значимости  $p < 0,05$ , возможно, в связи с малым размером и разнородностью этой группы, и должно рассматриваться как гипотеза для дальнейших исследований.

Вопреки второй гипотезе, субъективное неблагополучие пациентов с инсомнией оказалось практически не связано не только с объективными нарушениями сна, но и с их субъективной оценкой. Однако и тревога, и депрессия у них связаны с большей сонливостью, а депрессия – с более высокими показателями по анкете скрининга апноэ во сне. Иными словами, тревога и депрессия при хронической инсомнии связаны скорее с субъективным нарушением

дневного функционирования, плохим самочувствием, нежели с качеством сна. Вероятно, эти результаты объясняются тем, что все пациенты данной группы длительно страдали инсомнией, и для них качество сна выступало не столь тревожным или расстраивающим обстоятельством, как качество бодрствования. Помимо этого, можно предположить, что храп и субъективные трудности дыхания у этих пациентов (хотя и не вызванные апноэ) либо могут усиливать депрессивное состояние, либо оказываться проявлением депрессивного состояния, при котором пациенты становятся менее «избирательными» в своих жалобах, замечая и то, чего не отмечается объективно.

В отличие от пациентов с инсомнией, результаты пациентов с СОАС поддерживают вторую гипотезу исследования: тревога и депрессия у них связаны с некоторыми показателями худшего объективного сна, хотя связи тревоги и депрессии с объективными показателями дыхания во сне не отмечалось. Так, тревога у них выше при большем латентном периоде дельта-сна, а депрессия – при большем латентном периоде засыпания и меньшей эффективности сна. У пациентов с парасомниями последние связи также отмечаются, но в отношении тревоги, а не депрессии. В соответствии с моделью саморегуляции в отношении здоровья и болезни (Leventhal et al., 2003), можно предполагать, что тревога и депрессия при нарушениях сна не связаны непосредственно с выраженностью объективных нарушений сна (в случае СОАС – дыхания во сне, в случае инсомнии – объективных времени засыпания, продолжительности и непрерывности сна), но выше, если пациенты чувствуют себя хуже днем. Кроме того, при любых нарушениях сна храп и субъективное переживание удушья / задержки дыхания во сне, неважно, в структуре апноэ или нет, являются субъективно тяжело переносимыми, связанными с депрессией и, в меньшей степени, тревогой. Следует отметить, что, если нарушения сна не носят характера хронической инсомнии, длительность засыпания и низкая эффективность сна связаны с субъективным неблагополучием.

В подтверждение третьей гипотезы, после статистического контроля объективных показателей сна, во всех трех группах тревога и депрессия связаны с худшими субъективными оценками сна в целом, хотя в отношении депрессии эта связь сильнее у пациентов с инсомнией, по сравнению с пациентами с СОАС. И при СОАС, и при инсомнии ощущения удушья и трудностей дыхания во сне, неважно, объясняющиеся апноэ или нет, связаны с выраженной тревогой, что закономерно, если учесть как субъективную важность дыхания и страх смерти при ощущении удушья, так и физиологическую связь нарушения дыхания и тревоги.

Таким образом, субъективное неблагополучие пациентов с инсомнией определялось не столько их качеством сна, сколько субъективной оценкой нарушений дневного функционирования и дыхания во сне. У пациентов с СОАС тревога и депрессия также не связаны с объективным индексом апноэ, хотя до некоторой степени связаны с объективными трудностями сна (латентными периодами засыпания и глубокого сна, меньшей эффективностью сна). Однако, как и при инсомнии, они связаны с субъективной оценкой нарушений дневного функционирования и дыхания во сне. После статистического контроля объективных показателей сна во всех трех группах тревога и депрессия связаны с худшими субъективными оценками сна в целом, хотя в отношении депрессии эта связь сильнее у пациентов с инсомнией, по сравнению с пациентами с СОАС. С теоретической точки зрения результаты согласуются с представлениями о том, что субъективное неблагополучие при нарушениях сна более тесно связано с оценкой своего сна, нежели с объективной его картиной, – и даже более тесно с оценкой риска удушья во сне и бодрствования днем. С практической точки зрения субъективная оценка сна, в отличие от объективной его картины, может быть более изменяемым «звеном», выступая потенциальной мишенью психотерапевтических воздействий (Morin, 2010) не только при инсомнии, но и при СОАС и парасомниях. Следует, однако, предполагать, что при парасомниях конечной целью психологических интервенций является снижение тревоги, тогда как при СОАС и инсомнии – снижение или профилактика тревоги и депрессии.

### **Финансирование**

Исследование выполнено при поддержке гранта РФФИ, проект 17-06-00363 «Когнитивные механизмы нарушений сна и их формирование в онтогенезе».

### **Литература**

Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике. Практическое руководство. СПб.: Речь, 2011.

Ковров Г.В., Вейн А.М. Стресс и сон у человека. М.: Нейро-медиа, 2004.

Левин Я.И. (Ред.). Инсомния: современные диагностические и лечебные подходы. М.: Медпрактика, 2005.

Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику: Психологическое исследование. М.: Моск. гос. университет, 1987.

Посохов С.И. Клинико-физиологический анализ нарушений сна при неврозах: дис. ... канд. мед. наук. ММА имени И.М.Сеченова, Москва, 1986.

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

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

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

Feige B., Al-Shajlawi A., Nissen C., Voderholzer U., Hornyak M., Spiegelhalder K., Kloepfer C., Perlis M., Riemann D. Does REM sleep contribute to subjective wake time in primary insomnia? A comparison of polysomnographic and subjective sleep in 100 patients. *Journal of Sleep Research*, 2008, Vol. 17, 180–190.

Harvey A.G., Tang N.K.Y. (Mis)perception of sleep in insomnia: a puzzle and a resolution. *Psychological Bulletin*, 2012, 138(1), 77–101.

Iber C., Ancoli-Israel S., Chesson A., Quan S.F. The American Academy of Sleep Medicine Manual for the Scoring of Sleep and Associated Events: Rules, Terminology and Technical Specifications. Westchester, Illinois: American Academy of Sleep Medicine, 2007.

Johns M.W. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep*, 1991, Vol. 14, 540–545.

Kazarian S.S., Howe M.G., Merskey H., Deinum E.J. Insomnia: anxiety, sleep-incompatible behaviors and depression. *Journal of Clinical Psychology*, 1978, 34(4), 865–869.

Koffel E., Watson D. The two-factor structure of sleep complaints and its relation to depression and anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 2009, 118(1), 183–194.

Leventhal H., Brissette I., Leventhal E. 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*. New York: Routledge, 2003. pp. 42–65.

McCall W.V., Reboussin B.A., Cohen W. Subjective measures of insomnia and quality of life in depressed inpatients. *Journal of Sleep Research*, 2000, Vol. 9, 43–48.

McDowell J. *Measuring health. A guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press, 2006.

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

Perlis M., Shaw P.J., Cano G., Espie C.A. Models of insomnia. In: M. Kryger, T. Ross, W. Dement (Eds.), *Principles and Practice of Sleep Medicine*. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders, 2011. pp. 850–865.

Rasskazova E., Zavalko I., Tkhostov A., Dorokhov V. High intention to fall asleep causes sleep fragmentation. *Journal of Sleep Research*, 2014, 23(3), 295–301. doi: 10.1111/jsr.12120.

Sirgy M.J., Michalos A.C., Ferris A.L., Easterlin R.A., Patrick D., Pavot W. The quality of life (QOL) research movement: past, present and future. *Social Indicators Research*, 2006, Vol. 76, 343–466.

Staner L., Cornette F., Maurice D., Viardot G. Sleep microstructure around sleep onset differentiates major depressive insomnia from primary insomnia. *Journal of Sleep Research*, 2003, Vol. 12, 319–330.

Zigmond A.S., Snaith R.P. The *Hospital Anxiety And Depression Scale*. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 1983, 67(6), 361–370.

Поступила в редакцию 19 ноября 2018 г. Дата публикации: 20 апреля 2019 г.

### [Сведения об авторах](#)

Рассказова Елена Игоревна. Кандидат психологических наук, доцент, кафедра нейро- и патопсихологии, факультет психологии, Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова, ул. Моховая, д. 11, с. 9, 125009 Москва, Россия.

E-mail: [e.i.rasskazova@gmail.com](mailto:e.i.rasskazova@gmail.com)

*Ковров Геннадий Васильевич.* Доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник, научно-исследовательский отдел неврологии, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М.Сеченова, ул. Трубецкая, д. 8, с. 2, 119991 Москва, Россия.

E-mail: [kgv2006@yandex.ru](mailto:kgv2006@yandex.ru)

*Мачулина Анна Ивановна.* Врач-невролог, неврологическое отделение, Городская клиническая больница имени братьев Бахрушиных, ул. Стромьнка, д. 7, 107014 Москва, Россия.

E-mail: [anna.machulina@gmail.com](mailto:anna.machulina@gmail.com)

### [Ссылка для цитирования](#)

Стиль psystudy.ru

Рассказова Е.И., Ковров Г.В., Мачулина А.И. Взаимосвязь субъективной и объективной картины нарушений сна с тревогой и депрессией у пациентов с инсомнией, парасомниями, синдромом апноэ во сне: сопоставительный анализ. Психологические исследования, 2019, 12(64), 1. <http://psystudy.ru>

Стиль ГОСТ

Рассказова Е.И., Ковров Г.В., Мачулина А.И. Взаимосвязь субъективной и объективной картины нарушений сна с тревогой и депрессией у пациентов с инсомнией, парасомниями, синдромом апноэ во сне: сопоставительный анализ // Психологические исследования. 2019. Т. 12, № 64. С. 1. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).

[Описание соответствует ГОСТ Р 7.0.5-2008 "Библиографическая ссылка". Дата обращения в формате "число-месяц-год = чч.мм.гггг" – дата, когда читатель обращался к документу и он был доступен.]

Адрес статьи: <http://psystudy.ru/index.php/185-v12n64/1701-rasskazova64.html>

[К началу страницы >>](#)