

Тхостов А.Ш., Рассказова Е.И. Социокультурные факторы нарушений телесной регуляции (на модели хронической инсомнии)



English version: [Tkhostov A.Sh., Rasskazova E.I. Socio-cultural factors of the body regulation disturbances \(based on a chronic insomnia model\)](#)

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

[Сведения об авторах](#)

[Литература](#)

[Ссылка для цитирования](#)

Работа посвящена психологическим факторам формирования функциональных и органических расстройств. Рассматриваются основные этапы развития телесной регуляции и механизмы ее нарушения на каждом из этапов. На модели хронической инсомнии (бессонницы) проверяются гипотезы о роли социокультурных факторов в развитии и хронификации соматических заболеваний. Показаны различия в распространенности и проявлениях инсомнии в разных странах. В серии исследований (105 испытуемых контрольной группы и 83 больных с хронической инсомнией) подтверждены роль семейных факторов и социокультурных представлений о сне и инсомнии в формировании субъективных жалоб и объективных нарушений сна. Выявлены характерные для российской популяции дисфункциональные представления о сне и инсомнии.

Ключевые слова: психология телесности, телесная регуляция, сон, инсомния, социально-психологические факторы, социокультурные формы патологии, дисфункциональные представления о сне

Формирование различных форм физиологической и психической патологии не может рассматриваться вне социокультурного контекста. Социальные факторы, определяя развитие человека, связаны с изменением структуры и динамики различных физиологических процессов, что сопряжено с риском возникновения новых форм патологии [Тхостов, 2002]. Результаты исследования этих факторов и механизмов их влияния на физиологические и соматические процессы могут способствовать разработке средств диагностики, лечения и профилактики соматических заболеваний. Целью данной работы является разработка модели социокультурных факторов соматических заболеваний и ее верификация на модели хронической инсомнии (бессонницы).

Инсомния является одним из наиболее широко распространенных заболеваний (по разным данным, от 25% до 45% популяции страдает от симптомов инсомнии) первично психогенной природы. Соответственно, мы предполагали, что влияние социокультурного контекста на развитие и течение этого заболевания будет ярко выражено.

Развитие телесной регуляции

Формирование телесной регуляции неотделимо от развития границ между автоматизированными процессами, которые управляются человеком настолько, что становятся незаметными для него, и непредсказуемыми явлениями, требующими текущей регуляции. Телесность [Тхостов, 2002] формируется в зоне «полупрозрачности» между субъектностью (полной «прозрачностью» и контролируемостью) и объектностью (полной «непрозрачностью» и неконтролируемостью). Мы предполагаем существование нескольких этапов этого процесса в отношении физиологических

функции в телесной сфере:– выдвижение задачи «на овладение» телесными функциями: начало формирования регуляции;
– формирование способов прямой и косвенной регуляции функции;
– использование различных способов регуляции при изменении условий существования индивида.

В соответствии с этой гипотезой началом становления произвольной регуляции является задача «на овладение», впервые поставленная перед человеком. Задача «на овладение» может быть выдвинута взрослыми по отношению к ребенку (как следствие системы запретов и требований, невозможности немедленного удовлетворения всех его потребностей) или появиться под влиянием внешних обстоятельств (например, необходимость владеть рукой, чтобы достать предмет). В случае, если внешнее требование отсутствует (например, ребенок дошкольного возраста ходит в памперсе), телесная регуляция соответствующей сферы остается практически несформированной (ребенок не контролирует процессы выделения) [Николаева, Арина, 1996].

Возможности произвольной регуляции конкретной функции расширяются за счет обогащения арсенала способов регуляции. Можно выделить прямые, непосредственные способы регуляции функции – попытки управлять функцией сознательным усилием, без использования внешних средств (например, задержать позывы к мочеиспусканию, заставить себя заснуть) и косвенные опосредствующие способы, подразумевающие определенные внешние средства (употребление медикаментов или трав, использование будильника, чтобы не проспать и т.п.). Изменения внешних условий (например, развитие соматического заболевания) требуют изменения разработанных способов регуляции.

Сформированная телесность («телесный феномен») [Николаева, Арина, 1996], может рассматриваться как аналог высшей психической функции в понимании Л.С.Выготского – она социальна по происхождению, частично произвольна и опосредствована по строению (в том числе речью), что позволяет человеку управлять ей. Разумеется, эти характеристики присущи регуляции разных телесных функций в разной степени, в целом в меньшей степени, чем в случае высших психических функций. Тем не менее, будучи аналогом высшей психической функции, телесность приобретает системные связи с различными личностными структурами. Так, ребенок задерживает мочеиспускание, чтобы угодить родителям или потому, что иначе ему будет стыдно. Иными словами, регуляция телесных процессов связана с личностными процессами и переживаниями и опосредствуется ими. С парциальностью этих характеристик и связью телесных процессов с личностными свойствами связано формирование социокультурных форм патологии.

В узком смысле к социокультурным относятся те формы патологии, развитие которых связано с нарушениями или особенностями протекания одного или нескольких этапов формирования произвольной регуляции телесных функций. Например, чрезмерные попытки по управлению ими приводят к их разладу, особенно при наличии предрасположенности к соматической патологии или в стрессовых условиях (попытки заставить себя заснуть перед экзаменом могут привести к полной невозможности уснуть и т.п.). Чрезмерность попыток определяется теми представлениями и убеждениями, которые есть у человека относительно данной функции, и возможностями управления ею (например, «если не уснуть, на следующий день невозможно будет думать и отвечать, быть успешным»).

Источники кросс-культурных различий в телесной регуляции

Основываясь на предложенной модели формирования телесной регуляции, можно предположить существование трех источников кросс-культурных различий телесности:

- задачи на овладение телесными функциями и органами, по всей видимости, являются культурно-специфическими. В случае, если в культуре перед ребенком не ставится задача на овладение какой-либо телесной функцией, овладение происходит лишь частично – настолько, насколько это необходимо для поддержания жизни;
- в культуре могут быть разработаны специфические способы телесной регуляции. К числу таких

способов относятся способы первичного означения интрацептивных ощущений – в разных культурах названия и локализация для одних и тех же ощущений могут быть разными. Известны культуры, где женщины не испытывают боли при родах;
– социокультурные формы патологии тесно связаны с представлениями и убеждениями, принятыми в культуре относительно регуляции тех или иных телесных функций. Поскольку эти представления разнятся, должны существовать соответствующие кросс-культурные различия в симптоматике при патологии в одних и тех же сферах.

Мы предполагаем, что эти три источника определяют кросс-культурные различия не только в формировании телесной регуляции, но и особенности социокультурных форм патологии. Заболевание может быть специфичным для данной культуры вследствие того, что:

- 1) в ней стоит уникальная задача на овладение функцией, что приводит к возникновению различных форм отставания и регресса в развитии, искаженных форм развития [Николаева, Арина, 1996];
- 2) в культуре предлагаются особые представления об организации физиологических функций и способы телесной регуляции, что будет определять уникальную симптоматику нарушений;
- 3) развитые в культуре представления и убеждения о регуляции функций приводят к гипертрофированным усилиям по регуляции нарушенной функции и хронификации заболевания. Например, по механизму «порочного» круга тревоги.

Как следствие, социокультурные формы патологии могут быть выявлены в рамках любой физиологической системы, если в ходе развития ребенка в данной культуре выдвигается хотя бы одна задача на овладение этой системой. Такие системные нарушения могут быть соматическими, двигательными, функциональными (нарушения собственно функции) или поведенческими (нарушения поведения, связанного с данной системой) или комплексными. Например, в пищеварении функциональные симптомы могут быть связаны с болью в области желудка, нарушением функций пищеварения или выделения, а могут быть связаны с поведением (нервная анорексия, булимия).

Хроническая инсомния как модель исследования социокультурных форм соматических заболеваний

В «Международной классификации нарушений сна» инсомния определяется как заболевание, связанное трудностями засыпания и поддержания сна [Principles ... , 2005]. «Исследовательский центр нарушений сна» определяет инсомнию как «переживание неадекватного или плохого качества сна, характеризующееся одним или более из следующих признаков: трудности засыпания, трудности поддержания сна, ранние пробуждения утром, поверхностный сон». Помимо этого инсомния включает такие дневные последствия, как «усталость, потеря энергии, трудности концентрации, раздражительность» [Principles ... , 2005, с. 615].

В МКБ-10 под инсомнией, гиперсомнией и нарушениями ритма сна понимаются «*первично психогенные состояния* с эмоционально обусловленным нарушением качества, длительности или ритма сна» ([МКБ-10 ... , 2003], *курсив наш* – А.Т., Е.Р.). Более того, как показывают экспериментальные исследования, стресс приводит к временным изменениям сна у здоровых испытуемых [Ковров, Вейн, 2004]. Косвенно подтверждает важность психологических факторов в патогенезе инсомнии относительная эффективность методов бихевиоральной и когнитивной терапии при лечении инсомнии [Morin, 1993].

Эти факторы позволили нам считать инсомнию одной из удачных моделей изучения социокультурных и психологических факторов соматических заболеваний. Исследование первого из указанных следствий проводилось на основе анализа данных литературы, следствия 2–4 проверялись в рамках нашего эмпирического исследования.

Распространенность и особенности инсомнии в разных странах

Оценка распространенности и особенностей инсомнии в разных культурах затруднена нехваткой систематических эпидемиологических исследований, использующих универсальные критерии оценки. Тем не менее, согласно эпидемиологическим данным, распространенность инсомнии в разных странах в значительной степени варьирует, что связано не только с особенностями критериев оценки, но и с объективными различиями [Linton, 2004; Ishigooka et al., 1999; Tachibana et al., 1998].

Несмотря на то что данные о причинах и факторах этих различий отсутствуют, выявлены некоторые психологические и социальные факторы, которые могут объяснить эти различия.

В первую очередь, показано, что связь демографических и социальных характеристик с инсомнией зависит от страны [Allaert, 2004]. Так, в Великобритании распространенность инсомнии среди граждан 18–35 лет выше, чем во Франции, Германии и Италии. Безработные люди чаще страдают инсомнией в Англии, тогда как среди французов с бессонницей больше работающих полный рабочий день.

Различия в распространенности инсомнии в различных странах могут объясняться также различиями в представлениях об инсомнии и поведении при инсомнии. Французы и немцы чаще отмечают длительную хроническую инсомнию (больше 3 лет в 31% и 28% случаев, соответственно), тогда как англичане – острую (1–6 месяцев в 42,4% случаев). Для французов, страдающих инсомнией, менее характерно обращаться за помощью к врачу по поводу инсомнии (49,7% во Франции по сравнению с 65,7–69,9% в Италии, Германии и Англии), хотя они чаще, чем в других странах, принимают снотворные и антидепрессанты (и, как правило, не один). По частоте приема медикаментов за французами следуют англичане, затем – итальянцы и, наконец, немцы. Интересно, что пациенты всех стран воспринимают инсомнию как более тяжелую, чем их врачи, однако во Франции и Германии и врачи, и пациенты серьезнее относятся к бессоннице, чем в Англии и Италии.

Таким образом, по существующим данным можно говорить о специфичности распространенности инсомнии в различных странах, хотя для полного подтверждения гипотезы требуются дальнейшие исследования.

Исследование социокультурных факторов инсомнии

Гипотезы

В случае, если наши предположения относительно формирования социокультурных форм соматической патологии верны, можно ожидать следующие особенности распространенности заболеваний и убеждений о заболеваниях.

1. Различия в распространенности заболевания в различных культурах, не объяснимые при помощи экономических и иных факторов, которые могут быть интерпретированы с точки зрения особенностей принятых в культуре убеждений.
2. Высокая распространенность дисфункциональных убеждений о физиологической функции в популяции и особенно у пациентов с соответствующими соматическими жалобами.
3. Высокая распространенность неэффективных методов совладания с болезнью, характерная для больных.
4. Связь социокультурных факторов и соматических жалоб пациентов.
5. Изменение убеждений пациента и/или его поведения в отношении заболевания должно приводить к изменениям в симптоматике.

Эти особенности уже предполагают возможность операционализации и организации эмпирических исследований на моделях различных заболеваний. В рамках данного исследования на модели невротической инсомнии проверялись выводы 1–4.

Методы

Испытуемые

Клиническую группу составили 82 больных инсомнией (25 мужчин и 57 женщин, средний возраст 46 ± 13 лет), амбулаторно лечившихся в Сомнологическом центре при ММА им. И.М.Сеченова.

Диагностика нарушений сна проводилась сомнологами Центра в соответствии с Международной классификацией расстройств сна 2-й редакции (МКРС-2). Критериями исключения из исследования были:

- 1) наличие тяжелых и острых соматических заболеваний;
- 2) наличие заболеваний желудочно-кишечного тракта;
- 3) алкоголизм;
- 4) прием медицинских препаратов, вызывающих нарушения сна (например, психотропных препаратов);
- 5) наличие сочетанных нарушений сна (нейролепсия, синдром апноэ во сне и т.п.).

Контрольную группу (хорошо спящие испытуемые, ХСИ) составили 105 испытуемых (32 мужчины и 73 женщины, средний возраст $28 \pm 9,2$ года), не имевших на момент исследования нарушений сна.

Клиническая и контрольная выборки не различались по полу, однако различались по возрасту. В связи с этим мы провели дополнительную статистическую проверку правомерности использования такой контрольной группы (подробнее см. Рассказова, 2008). Результаты сравнения ответов по всем методикам испытуемых контрольной и клинической групп старше и моложе 35 лет (по t-критерию Стьюдента) выявили лишь небольшое число значимых различий в ответах, которые нивелируются при суммировании баллов по тестам. Таким образом, измеряемые показатели не зависят от возраста как в норме, так и при хронической инсомнии, а контрольная группа может рассматриваться как группа сравнения с клинической группой.

Схема исследования

Обследование больного состояло из трех этапов:

- 1) неврологическое обследование больного и постановка диагноза инсомнии проводилась неврологами Сомнологического центра на предварительном этапе;
- 2) психологическое обследование включало в себя беседу и выполнение больным тестовых методик. Психолог присутствовал при тестировании, чтобы убедиться, что больные правильно понимают инструкции и пункты тестов, а также с целью наблюдения за работоспособностью и особенностями выполнения заданий больными;
- 3) полисомнографическое исследование сна больного в течение 8 часов ночи. Часть больных обследовалась дважды: записывались показатели «фоновой» ночи и адаптационной ночи. Однако, поскольку значительное число больных обследовалось однократно, мы учитывали только показатели фоновой ночи.

Психологическое тестирование

Субъективное качество сна оценивалось при помощи Индекса тяжести инсомнии (ИТИ, Insomnia Severity Index, ISI, [Bastien et al., 2001; Savard et al., 2005]). Шкаласостоит из 7 пунктов, оцениваемых по шкале Ликерта от 0 до 4 баллов. Шкала прошла полную апробацию [Рассказова, 2008], была показана ее достаточная надежность (альфа Кронбаха 0,77) как в контрольной, так и в клинической группах, внешняя и критериальная валидность. Шкала позволяет с высокой точностью выявлять симптомы инсомнии в популяции: сензитивность теста 90,2%, специфичность – 95,2%.

Выраженность *дисфункциональных убеждений в отношении сна* оценивалась при помощи Шкалы дисфункциональных убеждений в отношении сна (ШДУС, DBAS, [Morin, 1993; Рассказова, 2008]). В англоязычном варианте надежность шкалы составляет 0,72. В наших исследованиях надежность–согласованность русскоязычного варианта шкалы составляет 0,86. Шкала обладает хорошей внешней и критериальной валидностью и позволяет выявить больных инсомнией в популяции с сензитивностью 82,5%, специфичностью – 85,7%.

Для оценки *отношения больных к инсомнии и ко сну* использовалась серия разработанных и валидизированных анкет [Рассказова, 2008].

1. *Анкета причин нарушений сна и Анкета средств против бессонницы* основаны на представлениях о причинах и средствах против инсомнии в научной [Инсомния ... , 2005], научно-публицистической и популярной литературе. Анкета причин содержит 24 возможные причины нарушений сна, каждая из которых оценивается по шкале от 0 до 3 («0» – «не нарушает мой сон», 3 – «сильно нарушает мой сон»). Анкета средств против бессонницы содержит 31 средство, также оцениваемое по шкале от 0 до 3 («0» – «не помогает мне спать» «3» – «почти всегда помогает мне»).

2. *Тесты отношения ко сну и бессоннице*. Тест отношения ко сну содержит 11 вариантов окончания фразы «Хороший сон для меня – это, прежде всего...», оцениваемых по шкале от 0 до 3 («0» – «совершенно не согласен», «3» – «совершенно согласен») и представленных в научной, научно-публицистической и популярной литературе (там же). Тест отношения к бессоннице содержит 23 варианта окончания фразы «Бессонница для меня – это, прежде всего...», основанных на адаптации представлений о личностном смысле болезни к проблеме инсомнии [Соколова, Николаева, 1995; Тхостов, 2002].

В наших исследованиях была показана высокая надежность–согласованность (альфа Кронбаха выше 0,8) всех анкет, кроме теста личностного смысла сна, пункты которого в связи с этим не суммируются, а также достаточная внешняя и критериальная валидность. Было показано, что анкеты позволяют отличить больных инсомнией от хорошо спящих испытуемых с сензитивностью 83,1%, специфичностью – 91,9%.

Особенности *поведения* больных выявлялись в ходе структурированной беседы. Выделялись следующие особенности поведения: нарушение или следование гигиене сна, пассивное принятие медикаментозного лечения, самоограничительное поведение, ритуал сна (комплекс действий, регулярно выполняемых перед сном с целью улучшить свой сон).

В нашей выборке оказался лишь один больной, поведение которого соответствовало критериям активных изменений в бодрствовании, поэтому мы использовали показатель представлений больных об эффективности активного образа жизни как средства борьбы с инсомнией (по Анкете средств борьбы с инсомнией). Возможно, что такие больные справляются с заболеванием самостоятельно. Однако очевидно, что обсуждение наших результатов в связи с этим ограничено.

Полисомнография

Полиграфическая регистрация ночного сна проводилась с помощью одновременной непрерывной регистрации электроэнцефалограммы (ЭЭГ), электроокулограммы (ЭОГ), электромиограммы (ЭМГ) подбородочных мышц. Оценка стадий и фаз сна осуществлялась на основе общепринятой Международной классификации фаз и стадий сна [Rechtschaffen, Kales, 1968].

Оценивались следующие стандартные параметры сна:

- длительность сна;
- латентный период сна;
- латентные периоды стадий и фаз сна;
- время и процентная представленность бодрствования внутри сна;
- число пробуждений;
- длительность стадий фазы медленного сна, дельта-сна и фазы быстрого сна, а также их представленность в процентах.

Дополнительно к стандартным параметрам структуры сна рассчитывался интегративный индекс качества сна – SLIND, полученный в результате вычисления доверительного интервала 37 параметров полисомнограммы, в целом индивидуально характеризующей сон человека с объективной стороны. Индекс валидизирован на более чем 1000 здоровых испытуемых и больных с различными видами нарушений сна и неврологической патологией. Проведенные исследования показали, что нормальный физиологический сон характеризуется значениями индекса качества сна от 1 до 9 баллов.

Методы анализа данных

При обработке результатов использовалась программа StatSoft Statistica 8.0. Полученные результаты считались статистически значимыми при $p < 0,05$ и значимыми на уровне тенденции при $p < 0,10$.

Результаты

Представления о причинах и средствах преодоления инсомнии и отношение ко сну у хорошо спящих испытуемых и больных инсомнией

Центральными причинами возникновения и развития нарушений сна считаются психологические (стресс, эмоции, ожидание), а также физиологические и внешние причины, механически мешающие сну, – шум, боль, болезнь (см. табл. 1 Приложения). В контрольной группе нередко и значимо чаще, чем в группе нормы, указываются поведенческие (перелеты, ночная или суточная работа, физическая усталость) факторы. Интересно, что испытуемые выбирают *факторы, на которые могут влиять лишь в ограниченных рамках* (стресс, боль). Так, активный образ жизни, неправильное питание и употребление перед сном алкоголя, еды, просмотр телевизора считаются слабо влияющими на сон, хотя, скажем, активный образ жизни всеми испытуемыми признается как хорошее средство от бессонницы. В группе больных инсомнией по сравнению с контрольной группой поведенческие факторы значимо реже оцениваются как мешающие сну.

Испытуемые контрольной группы чаще, чем больные инсомнией, называют и те поведенческие причины нарушений сна, за которые они сами несут ответственность (ночная и суточная работа и т.п.). И больные, и хорошо спящие испытуемые редко называют причины, разрешение которых максимально зависит от их поведения и активности (например, активный образ жизни) и часто – причины, не зависящие от испытуемых (шум, эмоции, боль, болезни). Интересно, что как раз по этим параметрам представления больных расходятся с данными научных исследований: было показано, что поддержание гигиены сна и активный образ жизни относятся к числу наиболее эффективных способов преодоления инсомнии.

Испытуемым контрольной группы при нарушениях сна помогают активный образ жизни, расслабление, снотворное, прогулка. Достаточно редко помогают (или используются) средства, связанные с гигиеной сна, специальные средства (беруши, наглазники, грелка). С точки зрения больных инсомнией, по сравнению со здоровыми, значимо меньше эффект активных и пассивных неспециализированных мероприятий: активного образа жизни (выезды на природу, прогулка), релаксации и расслабляющих представлений (они часто говорят, что не могут расслабиться), скучной монотонной деятельности (считать слонов, скучная книга, фильм). Значимо реже, чем в контрольной группе, помогают больным подробные воспоминания о предыдущем дне и включение нескольких будильников, со слов больных, это только усиливает их тревогу. При сопоставлении этих результатов с данными беседы интересно 2 факта: *редкое использование средств гигиены сна* (ложиться и вставать в одно и то же время) и *низкий эффект релаксации и монотонной деятельности*, несмотря на то что тревога и напряжение часто играют ключевую роль в психологическом механизме инсомнии у больных. По-видимому, значение монотонной деятельности и релаксации (как и любых других средств) такими больными переоценивается, и вместо расслабления эти мероприятия приводят к увеличению напряжения.

Больные инсомнией, как правило, воспринимают и описывают бессонницу как болезнь, недомогание, серьезное заболевание, слабость, ограничение, бессилие, угроза. Испытуемые контрольной группы

значимо реже ($p < 0,05$) используют негативные характеристики при описании инсомнии. В структуре их отношения к инсомнии ключевые описания: бессонница – недомогание, возможность подумать, ограничение, бессилие, возможность заняться другими делами. Иными словами, бессонница предстает перед больными инсомнией как бессилие, слабость, нехватка чего-либо, тогда как для хорошо спящих испытуемых – наряду с недомоганием это и возможность – ценить свой сон, подумать. Однако и испытуемые контрольной группы редко воспринимают инсомнию как возможность ценить бодрствование и свое время, заняться другими делами, то есть для обеих групп характерны трудности позитивной переоценки симптомов нарушения сна, хотя в клинической группе эти особенности выражены в максимальной степени.

В целом дисфункциональные убеждения у больных инсомнией значимо более выражены ($p < 0,05$), чем в контрольной группе.

Связь поведения и представлений о сне и инсомнии у больных хронической инсомнией и с объективным и субъективным качеством сна

Выраженность дисфункциональных убеждений в отношении сна положительно коррелирует с субъективной тяжестью инсомнии. Из числа показателей объективного качества сна балл по ШДУС связан только с процентной представленностью второй стадии сна, то есть свидетельствует о некотором ухудшении объективного качества сна. Выявлены значимые положительные корреляции выраженности дисфункциональных убеждений и уровня тревожности и депрессивности, то есть факторов, усиливающих тяжесть инсомнии (см. табл. 2 Приложения).

Таким образом, выраженность дисфункциональных убеждений в отношении сна у больных инсомнией связана с ухудшением субъективного (но не объективного) качества сна. Связь дисфункциональных убеждений и качества сна может опосредствоваться депрессией и тревогой: дисфункциональные убеждения связаны с усилением депрессии и тревоги, что является фактором риска развития и хронификации инсомнии.

Семейные факторы инсомнии

С целью выявления микросоциальных (семейных) факторов инсомнии мы проанализировали связь семейного статуса и жалоб пациентов с качеством их сна.

49 человек (61,25%) связывали начало трудностей сна с семейными конфликтами или проблемами, 31 человек (38,75%) не связывал инсомнию с проблемами в семейной жизни. Из них в 29 (36,25%) случаях больные пережили одну или более психотравматических ситуаций (гибель, тяжелая болезнь близких, развод), по времени связанную с началом или обострением заболевания.

В 54 случаях (67,5%) больные сообщали о том, что близкие сочувствуют им (эмоциональная поддержка) и стараются помогать (инструментальная поддержка). Наиболее часто встречалась инструментальная поддержка двух типов: (1) близкие помогали больным выполнять повседневные обязанности и (2) старались не мешать им спать или обустроивали окружение в спальне.

Больные, живущие в семье, не отличаются от одиноких больных по полу, возрасту, отношению ко сну и причинам инсомнии, а также субъективному и объективному качеству сна. Однако больные, живущие в семье, на уровне тенденции реже относятся к нарушениям сна как катастрофе и болезни ($p < 0,15$).

Больные, связывающие нарушения сна с семейными проблемами на уровне тенденции, дольше страдают от нарушений сна ($p < 0,10$), и в преодолении инсомнии им реже помогают методы релаксации и гедонистические техники, а также активный образ жизни ($p < 0,10$). Больные, у которых развитие инсомнии не связано с семейными трудностями, характеризуются более низким уровнем тревоги ($p < 0,05$) и более высоким субъективным качеством сна ($p < 0,05$) в целом.

Получавшие поддержку больные характеризовались значимо более высоким уровнем вторичных факторов инсомнии – они чаще боялись не уснуть, им мешали мысли перед сном о предстоящей ночи

($p < 0,05$). При этом они значимо чаще воспринимали инсомнию как угрозу ($p < 0,001$) и как возможность ($p < 0,05$). Больные, получающие поддержку от близких, реже считают ($p < 0,05-0,1$ для разных убеждений), что бессонная ночь влияет на их раздражительность и активность на следующий день, и не склонны объяснять свое состояние только последствиями бессонной ночи.

Заметим, что более половины испытуемых в нашей выборке связывали начало или обострение нарушений сна с конфликтами или проблемами в семейной жизни, что свидетельствует о значительной актуальности проблемы семейных факторов инсомнии. Хотя проживание в семье само по себе не оказывает влияния на качество сна больных инсомнией, оно связано с более «терпимым» отношением к заболеванию – при наличии семейной поддержки больные реже считают факт заболевания катастрофой или тяжелой болезнью.

Связь развития и течения заболевания с семейными проблемами способствует хронификации заболевания (ухудшению субъективного качества сна) и повышению тревоги, что подтверждает вторую гипотезу исследования.

Распространенность неэффективных методов совладания с инсомнией и их связь с качеством сна

В значительном проценте случаев у больных нарушена гигиена сна и отмечаются признаки самоограничительного поведения. Последнее неразрывно связано с ухудшением объективного качества сна.

Гигиена сна нарушена в 52 из 72 классифицированных случаев (72,2%). Больные, не соблюдающие гигиену сна, значимо чаще жалуются на трудности засыпания по ИТИ ($p < 0,05$).

Признаки самоограничительного поведения имеются у 36 из 77 классифицированных больных (46,8%). Объективно сон таких больных более нарушен: по сравнению с больными без самоограничительного поведения у них на уровне тенденции меньше процентная представленность дельта-сна ($p < 0,10$), больше абсолютное время и относительная представленность бодрствования во время сна ($p < 0,10$), выше индекс сна SLIND ($p < 0,05$).

Пассивность в отношении лечения, по данным беседы, диагностирована у 26 больных из 67 (38,8%) классифицированных случаев, однако не связана с качеством сна больных. По данным беседы, у 22 человек из 72 классифицированных случаев отмечается ритуал сна (30,6%). Хотя объективный сон не зависит от наличия ритуала сна, ритуал сна тесно связан, с одной стороны, с тревогой в отношении инсомнии и вниманием ко сну и ипохондрическими тенденциями, а с другой стороны – с большей удовлетворенностью своим состоянием (вне зависимости от тяжести нарушений).

Выводы

По нашим данным, получены эмпирические подтверждения роли культурно- специфических представлений о сне и инсомнии, а также выбора способов контроля сна у больных инсомнией.

1. Результаты пилотажного анализа данных о распространенности инсомнии выявили ее культурную специфику. Однако эти результаты разрозненны и требуют проведения дальнейших систематических исследований.
2. Показана высокая распространенность дисфункциональных убеждений о сне и инсомнии у хорошо спящих испытуемых, и особенно у пациентов с соответствующими соматическими жалобами. Отмечается недооценка эффективных средств совладания с инсомнией (активный образ жизни, изменение гигиены сна).
3. Обнаружены некоторые семейные факторы, связанные с качеством сна при инсомнии, в первую очередь, субъективным.

4. В половине и выше случаев у больных отмечаются нарушения гигиены сна и самоограничительное поведение, что связано с ухудшением качества сна.

На данном этапе мы не могли исследовать динамику заболевания при изменении убеждений пациентов, что требует дальнейших исследований. На наш взгляд, полученные нами данные позволяют говорить о существовании социокультурной детерминации инсомнии и открывают возможность дальнейших исследований социокультурных форм соматических заболеваний.

Выражение признательности

Авторы выражают признательность доктору медицинских наук профессору Я.И.Левину за помощь в организации сбора клинических данных.

Финансирование

Исследование выполнено при поддержке Российского гуманитарного научного фонда, проект 11-06-00257а.

Приложение

Таблица А

Причины нарушений сна у больных инсомнией и в контрольной выборке

Причины бессонницы	Контрольная группа		Больные инсомнией	
	Среднее	Стандартное отклонение	Среднее	Стандартное отклонение
Сильные эмоции	2,18	0,93	2,42	0,85
Стресс	1,95***	0,96	2,57	0,82
Ожидание	1,69	1,11	1,87	1,09
Болезни	1,68	1,01	1,47	1,22
Ночная или суточная работа	1,54***	1,21	0,56	0,99
Шум	1,44	1,13	1,69	1,22
Мысли	1,37	0,93	1,64	1,11
Перелеты	1,32***	1,16	0,65	1,05
Усталость	1,25	1,19	1,55	1,12
Недостаток активного образа жизни	1,11	1,14	1,10	1,17
Действия перед сном	1,08	1,03	1,04	1,21
Страх не уснуть	0,64***	0,97	1,82	1,21

Примечания. Уровень значимости различий по критерию t-Стьюдента: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,005$.

Таблица В

Корреляции r-Спирмена дисфункциональных убеждений в отношении сна и клинических шкал тревоги, депрессии и тяжести инсомнии

Клинические показатели	r	p-уровень значимости
Индекс тяжести инсомнии	0,527	0,001
Госпитальная шкала депрессии	0,325	0,074
Госпитальная шкала тревоги	0,389	0,031
Процентная представленность второй стадии сна	0,358	0,030

Литература

Николаева В.В., Арина Г.А. От традиционной психосоматики психологии телесности // Вестник МГУ. Серия 14, Психология. 1996. N 2. С. 8–17.

Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М.: SvR-Аргус, 1995.

Рассказова Е.И. Нарушения психологической саморегуляции при невротической инсомнии: дис. ... канд. психол. наук. М., 2008.

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

Allaert F., Urbinelli R. Sociodemographic Profile of Insomniac Patients across National Survey // CNS Drugs. 2004. Vol. 18(1). P. 3–7.

Bastein C., Vallieres A., Morin C. Validation of the Insomnia Severity Index as an Outcome Measure for Insomnia Research // Sleep Medicine. 2001. Vol. 2(4). P. 297–307.

Bastein C., Vallieres A., Morin C. Precipitating factors of insomnia // Behavioral Sleep Medicine. 2004. Vol. 2(1). P. 50–62.

Ishigooka J., Suzuki M., Isawa S., Muraoka H., Murasaki M., Okawa M. Epidemiological Study on Sleep Habits and Insomnia of new Outpatients Visiting General Hospitals in Japan // Psychiatry and Clinical Neuroscience. 1999. Vol. 53(4). P. 515–522.

Kryger M., Ross T., Dement W. (Eds.). Principles and Practice of Sleep Medicine. Philadelphia: Saunders, 2005.

Linton S. Does Work Stress Predict Insomnia? A Prospective Study // British Journal of Health Psychology. 2004. Vol. 9(2). P. 127–136.

Morin C.M. Insomnia: psychological assessment and management. New York: Guilford Press, 1993.

Rechtschaffen A., Kales A. A manual of standardized terminology, techniques and scoring for sleep stages of human subjects. Bethesda, Washington DC: U.S. Government Printing office, 1968.

Savard M.-H., Savard J., Simard S., Ivers H. Empirical Validation of the Insomnia Severity Index in Cancer Patients // Psycho-Oncology. 2005. Vol. 14(6). P. 429–441.

Tachibana H., Izumi T., Honda S., Takemoto T. The Prevalence and Pattern of Insomnia in Japanese Industrial Workers: Relationship between Psychosocial Stress and Type of Insomnia // Psychiatry and Clinical Neuroscience. 1998. Vol. 52(4). P. 397–402.

Поступила в редакцию 1 июля 2011 г. Дата публикации: 24 декабря 2011 г.

Сведения об авторах

Тхостов Александр Шамилевич. Доктор психологических наук, профессор, зав. каф. нейро- и патопсихологии, факультет психологии, Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, ул. Моховая, д. 11, стр. 9, 125009 Москва, Россия.
E-mail: tkhostov@gmail.com

Рассказова Елена Игоревна. Кандидат психологических наук, доцент, факультет психологии, Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, ул. Моховая, д. 11, стр. 9, 125009 Москва, Россия.
E-mail: e.i.rasskazova@gmail.com

[Ссылка для цитирования](#)

Тхостов А.Ш., Рассказова Е.И. Социокультурные факторы нарушений телесной регуляции (на модели хронической инсомнии) [Электронный ресурс] // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2011. N 6(20). С. 13. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг). 0421100116/0072. [Последние цифры – номер госрегистрации статьи в Реестре электронных научных изданий ФГУП НТЦ "Информрегистр". 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.]

[К началу страницы >>](#)