

Психологическая модель невротической инсомнии: факторы хронификации

Рассказова Елена Игоревна

аспирантка

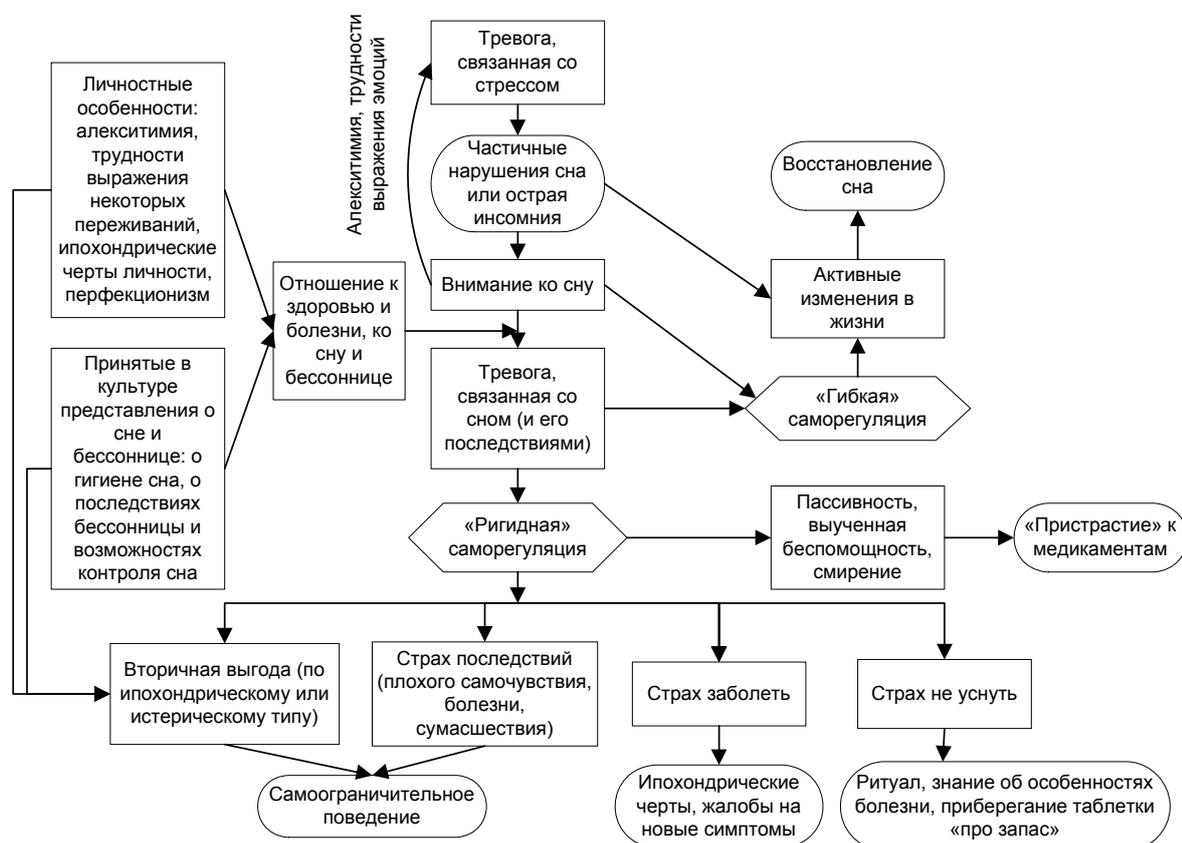
Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия

E-mail: L_rasskazova@yahoo.com

В неврологии и психиатрии проблема инсомнии крайне актуальна: ее распространенность составляет 28-45% (Principles..., 2005). Достаточно очевидна и роль психологических факторов в развитии инсомнии: в МКБ-10 под инсомнией, гиперсомнией и нарушениями ритма сна понимаются «первично психогенные состояния с эмоционально обусловленным нарушением качества, длительности или ритма сна» (МКБ-10..., 2003; курсив наш).

В рамках когнитивной модели инсомнии (Principles..., 2005) ключевым механизмом хронификации симптомов считается «тревога ожидания». Ложная каузальная атрибуция симптомов – внимание к проявлениям самой болезни, а не к ее реальным причинам (проблемам в бодрствовании) – делает приступы тревоги неконтролируемыми и приводит к хронификации расстройства, формируя порочный круг.

Однако, тревога в отношении сна не объясняет индивидуальных различий клинической картины и поведенческих реакций при инсомнии. В связи с этим, можно выделить 2 группы задач дальнейших исследований психологических факторов инсомнии: (1) выявление факторов, благодаря которым тревога «переключается» с внешних проблем и причин на саму болезнь и (2) выявление факторов, определяющих действия человека при инсомнии. Наблюдения, проведенные нами на базе Сомнологического Центра при ММА им. И.М.Сеченова, и результаты исследований в русле когнитивной модели инсомнии позволили предположить психологическую модель инсомнии (рис. 1).



Психологические факторы, способствующие развитию тревоги в отношении сна

Тревога по поводу сна связана с дисфункциональными убеждениями в отношении сна (Morin et al, 2001) и на основании клинических наблюдений определяется двумя основными факторами: особенностями личности больного и принятыми в культуре представлениями о сне и бессоннице.

Особенности личности больного и внимание ко сну.

1. Первичная алекситимия (Sifneos, 1973) - трудности дифференциации и описания собственных эмоций и ощущений.
2. Склонность к подавлению своих эмоций (вторичная алекситимия), приводящая к соматизации.
3. Ипохондрический (соматический) стиль, характеризующийся повышенными опасениями за свое здоровье и вниманием к субъективно-телесному опыту.
4. Перфекционизм, сопряженный с повышенными требованиями к себе.

Обыденные представления о сне и бессоннице и внимание ко сну.

1. *Нормативные представления о сне и гигиене сна* (сколько часов в сутки должен спать человек, каковы последствия бессонницы и т.п.)
2. *Контроль сна.* В западной культуре, где тотальный контроль нередко рассматривается как абсолютно оправданная цель, а время является неоспоримой ценностью, успешный человек может и должен контролировать свой сон (решать, сколько и когда ему спать).
3. *Отношение к болезни в обществе.* Инсомния не относится к числу «постыдных» заболеваний, а часто является вполне «удобной»: она не лишает больного возможностей общения, не изменяет отношения к нему других людей.

Реакция больного на инсомнию и его поведенческие реакции

Исследование A.Jorm (2004), посвященное действиям самопомощи при инсомнии, дает основание для классификации действий, которые предпринимают больные инсомнией – степень собственной активности больного:

1. *Пассивное принятие заболевания и пристрастие к таблеткам.* Этот тип действий сочетается обычно с принятием собственной болезни («Ну, к моему возрасту я еще в выигрышном положении»).
2. *Самоограничительное поведение.* Большая часть действий по самопомощи сводится к «балованию» себя: приятная музыка перед сном, проветривание комнаты, расслабление и т.п.
3. *Ритуал сна.* В ритуал сна входят самые разнообразные действия по подготовке ко сну.
4. *Активные изменения в жизни.* В этом случае тревога, связанная со сном, скоротечна – поскольку человек осознает, что причины его бессонницы лежат в бодрствовании и днем же пытается с ними справиться.

Литература

1. МКБ-10: Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Татарстан, Медицина, 2003 / <http://www.mkb10.ru/?class=5&bloc=69&diag=3257>
2. Bastein C, Vallieres A, Morin C (2001) Precipitating factors of insomnia / Behav Sleep Med 2004, 2: 50-62
3. Jorm A.F., Griffiths K.M., Christensen H., Parslow R.A. & Rogers B. (2004) Actions Taken to Cope With Depression at Different Levels of Severity: A Community Survey / Psychological Medicine, 34, pp 293-299.

4. Principles and Practice of Sleep Medicine (2005) (Eds) M.Kryger, T.Ross, W.Dement. Philadelphia – pp 547-575, 615-622, 714-746, 1297-1349.
5. Sifneos P.E. (1973) The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients // Psychother. Psychosom. N 22, p. 255- 262.