

Функции жалоб на нарушения сна и сонливость в межличностном общении: культурно-исторический подход в психосоматике

Е.И. Рассказова*,

Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова,
Научный центр психического здоровья, Москва, Россия,
e.i.rasskazova@gmail.com

С позиций культурно-исторического подхода в психосоматике, приобретая смысл и функции в межличностном общении (например, получения поддержки, оправдания и т.п.), психогенные симптомы могут усиливаться и/или становиться хроническими. Работа посвящена исследованию связи функций двух распространенных в культуре жалоб — на нарушения сна и сонливость — с выраженностью этих жалоб в норме. Предполагалось, что как жалобы, так и их выражение связаны с представлениями людей о том, какие функции выполняют эти симптомы в общении. 113 взрослых респондентов без диагнозов, связанных с нарушениями сна, оценивали свои соматические жалобы (включая жалобы на нарушения сна и сонливость), а также функции, с которыми люди могут использовать эти жалобы в общении, отмечали свои представления об этих симптомах и их причинах, заполняли скрининг соматоформных симптомов, опросник когнитивных представлений о теле и здоровье, методики локуса контроля, каузальности и самоэффективности в отношении болезни и лечения. После статистического контроля общих факторов ипохондризации, предиктором жалоб на нарушения сна выступает возможность их использования для получения инструментальной поддержки, а выражения этих жалоб — возможность их использования для получения эмоциональной поддержки.

Ключевые слова: психосоматика, культурно-исторический подход в психосоматике, функции соматических жалоб в межличностном общении, нарушения сна, сонливость.

Functions of Complaints on Sleep Disturbances and Sleepiness in Interpersonal Communication: Cultural-Historical Approach in Psychosomatics

E.I. Rasskazova,

Lomonosov Moscow State University; Mental Health Research Center, Moscow, Russia,
e.i.rasskazova@gmail.com

From the perspective of cultural-historical approach to psychosomatics, psychogenic symptoms may increase or become chronic by acquiring meaning and functions in interpersonal communication (for example, receiving support, justification, etc.). The paper explores the functions of two common complaints —

Для цитаты:

Рассказова Е.И. Функции жалоб на нарушения сна и сонливость в межличностном общении: культурно-исторический подход в психосоматике // Культурно-историческая психология. 2019. Т. 15. № 4. С. 44–55. doi:10.17759/chp.2019150405

For citation:

Rasskazova E.I. Functions of Complaints on Sleep Disturbances and Sleepiness in Interpersonal Communication: Cultural-Historical Approach in Psychosomatics. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya = Cultural-historical psychology*, 2019. Vol. 15, no. 4, pp. 44–55. (In Russ., abstr. in Engl.). doi: 10.17759/chp.2019150405

* Рассказова Елена Игоревна, кандидат психологических наук, доцент факультета психологии, Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова; старший научный сотрудник отдела медицинской психологии, Научный центр психического здоровья, Москва, Россия. E-mail: e.i.rasskazova@gmail.com
Rasskazova Elena Igorevna, PhD, Associate Professor, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University; Senior Researcher, Mental Health Research Center, Moscow, Russia. E-mail: e.i.rasskazova@gmail.com

of sleep disturbances and sleepiness — and their correlation with the expressiveness of these complaints in typically developing individuals. It was assumed that both the complaints and their expression would be related to personal beliefs about the functions of these symptoms in communication. 113 adults without sleeping disorders evaluated their somatic complaints (including complaints of sleep disturbances and sleepiness) as well as the functions with which people can use these complaints in communication; described their beliefs about these symptoms and their causes; filled in the screening for somatoform symptoms, the questionnaire for cognitive representations of body and health, the scales of the locus of control, causality and self-efficacy related to illness and treatment. Following the statistical control of common factors of hypochondrization, sleep disturbances were predicted by the possibility of using them to obtain instrumental support, while expressing these complaints was predicted by the possibility of using them to obtain emotional support.

Keywords: psychosomatics, cultural-historical approach in psychosomatics, functions of somatic complaints in interpersonal communication, sleep disturbances, sleepiness.

Спозиций культурно-исторического подхода в психосоматике, соматическое заболевание создает для человека особую ситуацию, которая может рассматриваться как кризисная и требующая новообразований для ее преодоления [3]. Внутренняя картина болезни и отношение к лечению, являясь результатом осмысления пациентом своего состояния [9], выступают своеобразным «органом» саморегуляции в ситуации заболевания, определяя принятие решений, состояние пациента в ситуации болезни, его совладание с болезнью и собственными переживаниями. При этом сама телесность формируется в процессе развития и социализации ребенка, и именно социум предлагает систему знаков для дифференциации и обозначения ребенком своих телесных функций и симптомов, которые он использует в дальнейшем [8]. С точки зрения психологии телесности, неполное соответствие («зазор») между системой социальных представлений, регулятивов и телесными функциями открывает возможности для формирования так называемой «культурной патологии». В первую очередь, это касается наиболее распространенных функциональных симптомов, многие из которых имеют психогенную природу или тесно связаны с психологическими факторами [11]. В рамках когнитивного подхода было показано, что риск соматизации и ипохондризации тесно связан со специфической системой представлений о теле и здоровье: склонностью к катастрофизации телесных ощущений, представлением об уязвимости и слабости своего тела, особыми автономными ощущениями, соматосенсорной амплификацией как склонностью к мониторингу телесных ощущений и их последующей катастрофизации и т. п. [15]. Хронификация заболевания, особенно в случае функциональных симптомов [8; 11], может частично объясняться той системой представлений о болезни, ее симптомах и причинах, которые есть у человека. Полученные в рамках другого подхода, эти данные согласуются с положениями психологии телесности об участии социокультурных представлений о теле и здоровье в телесной регуляции и, возможно, — в развитии и хронификации функциональных симптомов. По мере взросления регуляция телесных функций начинает осуществляться также в форме целенаправленной деятельности — заботы о здоровье, диспансеризации, лечения, что позволяет предполагать важность мотивационных факторов, участвующих в принятии

решений о своем здоровье [16], а также локуса контроля в отношении здоровья и болезни, самоофективности в отношении лечения [6].

Менее изученной в культурно-историческом подходе в психосоматике остается область предъявления, выражения соматических жалоб. Любой симптом получает свое оформление, выражение и смысл в межличностном общении [5], где может (не обязательно осознаваемо для человека) выполнять различные функции: помогать ему оправдаться за неудачи, обвинить других, получить помощь и поддержку, выгоду или определенные социальные привилегии, поддержать общение (как тема для разговора) и др. Открытым остается вопрос о том, в какой мере функции, которые выполняет в общении симптом, могут провоцировать его усиление или более активное выражение в общении. Можно предположить, что жалобы, более или менее осознанно используемые человеком и поддержанные социумом, будут более распространенными в культуре. Не менее важен вопрос: не сводится ли эффект функций, которые жалобы выполняют в общении, к общим факторам риска соматизации, описанным выше.

Целью данной работы является исследование связи функций двух распространенных в культуре жалоб, связанных со сном, — нарушений сна и сонливости, а также представлений о них и причинах инсомнии с выраженностью жалоб на эти симптомы в норме. Нарушения сна выбраны не только в связи с их широкой распространенностью в норме, но и из-за признанной роли психологических факторов в их развитии и хронификации [12]. К настоящему времени показано, что выраженная мотивация засыпания и попытки контролировать свой сон приводят к фрагментации сна даже у хорошо спящих испытуемых [13], а у пациентов дисфункциональные убеждения и гипертрофированные попытки регулировать свой сон относятся к факторам хронификации нарушений [7; 10].

Предполагается, что:

1) в норме для всех респондентов (независимо от того, есть ли у них нарушения сна и сонливость) характерны представления о нарушениях сна как легких, не опасных, не требующих обращения к врачам и управляемых со стороны самого человека; с точки зрения психологии телесности, именно эти общие представления задают потенциальное пространство

«культурной патологии», развития функциональных симптомов и их хронификации;

2) как жалобы на нарушения сна и сонливость, так и их выражение сопряжены как с общими когнитивными факторами соматизации и ипохондризации, так и с представлениями о том, что эти жалобы могут способствовать достижению каких-либо функций в общении; связи выраженности субъективных жалоб с их функциями будут сохраняться после статистического контроля общих когнитивных факторов (т. е. не сводятся к последним).

Методы

Исследование было организовано как психосемантическое [1], т. е. включало субъективную оценку различных симптомов и заболеваний, однако, в соответствии с целью исследования, на этапе обработки данные использовались не для построения семантических пространств, а для прямого сопоставления представлений о нарушениях сна и о сонливости с выраженностью соответствующих жалоб. Иными словами, оно опиралось не на психосемантические методы анализа данных, а включало статистическое сравнение переменных.

Данные собирались в рамках очных интервью, которые проводились студентами 5-го курса специализации «Клиническая психология» в рамках дополнительного задания по учебному курсу по психосоматике¹. Каждый студент проводил интервью не более чем с двумя респондентами, с целью максимизации гетерогенности выборки (в отличие от интервью знакомых одного человека). Критериями исключения были возраст младше 21 и старше 80 лет, инвалидизирующие соматические заболевания, а также обострение хронического заболевания или острое соматическое заболевание на момент исследования.

113 взрослых жителей г. Москвы и Подмосковья (28 мужчин, 24,8%; 85 женщин, 75,2%) от 21 до 76 лет (средний возраст — $37,79 \pm 15,20$ лет), не имеющих диагнозов, связанных с нарушениями сна, просили оценить их представления о 39 разных симптомах и 20 заболеваниях (как соматических, так и психических). В данном исследовании представлены результаты, относящиеся к двум симптомам — нарушений сна и сонливости и одной болезни — инсомнии.

Большинство респондентов имели высшее образование (81 человек, 71,7%), остальные — среднее специальное или неоконченное высшее образование.

Применялись следующие **методики**.

1. Для оценки функций каждого из симптомов использовалась следующая *инструкция*: «Бывает, что человек действительно испытывает симптом и одновременно использует его для некоторых иных целей (например, чтобы оправдаться за неделанные

дела). Оцените, пожалуйста, для каждого из симптомов ниже, насколько часто, по Вашему мнению, люди жалуются на эти симптомы для того, чтобы получить что-то от других, по шкале от 0 — никогда до 10 — всегда». В соответствии с предложенной классификацией [5] оценка проводилась по следующим функциям (переформулированным житейским языком): оправдание, обвинение, получение выгоды, получение инструментальной и эмоциональной поддержки, поддержание или получение особого социального статуса, поддержание общения (как тема для разговора), социальное сравнение. После этого респонденты оценивали по шкале Лайкерта от 0 до 10, в какой мере они испытывают каждый из этих симптомов и как часто выражают эти жалобы в общении с другими людьми.

2. Далее респондентам предлагали *список представлений о симптомах и болезнях и их причинах*, разработанный в соответствии с моделью саморегуляции в отношении болезни и здоровья [9] и соответствующий шкалам опросника восприятия болезни, предложенного в данной модели [4]. Их просили оценить (по бинарной шкале) каждый симптом и заболевание по тому, насколько им соответствуют эти представления, а каждое заболевание — по типичным его причинам и реакциям окружающих на людей с этим заболеванием. Список представлений включал: «Требуют немедленного обращения к врачу», «Тяжелые и опасные», «Длительные», «Могут привести к инвалидности», «Излечимы», «Человек может сам их контролировать усилием воли», «В возникновении которых человек виноват сам (например, нездоровый образ жизни, халатное отношение к лечению и т. п.)», «Бывают у каждого и не так уж тяжелы, как думают многие люди». В список представлений о причинах входили следующие: «Случайность», «Стресс», «Генетика», «Поведение человека (образ жизни, вредные привычки)», «Внешние условия (например, погода)», «Личностные особенности (например, тревожность)», «Качество медицинского обслуживания». Список реакций на человека с таким заболеванием включал следующие: «Равнодушие — Вам будет не важно, что человек болен», «Дискомфорт — Вам будет неприятно находиться рядом и будет хотеться общаться поменьше», «Стресс — Вы будете испытывать стресс», «Страх заболеть или заразиться — Вы будете опасаться заразиться этим заболеванием или думать о том, что и сами можете заболеть», «Сочувствие/сопереживание», «Желание помочь», «Уверенность, что заболевание не настолько тяжелое и серьезное, как обычно думают, что опасность надуманна».

3. *Скрининг соматоформных симптомов* [14] — методика, направленная на выявление симптомов, не получивших достаточного медицинского объяснения и характерных для соматизированного расстройства по DSM-IV и МКБ-10. Она характеризуется высокой

¹ Мотивацией студентов выступали возможность знакомства с современными диагностическими методиками в данной области, по которым им предоставлялись описание и ключи, а также получение дополнительных баллов для зачета. Со студентами проводились краткая подготовительная работа, а также, в случае вопросов, — консультации по их интервью.

надежностью (альфа Кронбаха — 0,92) и позволяет оценить тяжесть соматизации и общее количество соматизированных симптомов.

4. *Опросник когнитивных представлений о теле и здоровье* [15] — направлен на выявление когнитивных представлений о теле и здоровье, характерных для соматоформных и ипохондрических расстройств. Шкалы включают: катастрофизацию при интерпретации телесных симптомов; автономные ощущения; телесную слабость; непереносимость телесных симптомов; привычки, связанные со здоровьем; соматосенсорную амплификацию.

5. *Методика локуса контроля в отношении болезни и лечения и самоофективности в отношении лечения* [6] — позволяют оценить общую уверенность человека в своих силах преодолевать соматические заболевания, а также локус контроля (отдельно интернальный, экстернальный и безличный) в отношении болезни и в отношении лечения.

6. *Методика локуса каузальности в отношении лечения* [16] — основана на теории самодетерминации Э. Деси и Р. Райана и направлена на выявление причин, по которым люди соглашаются на различное лечение. В методике выделяются автономный, контролируемый (с опорой на близких или с опорой на врачей) и безличный локусы каузальности.

Обработка результатов проводилась в программе SPSS Statistics 23.0.

Результаты

Связь пола, возраста и образования с жалобами на нарушения сна и сонливость

Поскольку в выборке доминировали женщины и люди с высшим образованием, исследование этих факторов жалоб на нарушения сна и сонливость следует считать предварительным, что подробнее обсуждается ниже. Безусловно, что в случае наличия различия по полу, возрасту или образованию в отношении зависимых переменных (жалоб на нарушения сна и сонливость, а также склонность к выражению этих жалоб) они должны включаться в анализ в качестве ковариат. Сравнение мужчин и женщин не выявило различий в частоте и выражении жалоб ($t=-1,16$ — $-0,73$; $p>0,20$).

Сравнение по уровню образования выявило, что люди со средним и неоконченным высшим образованием чаще испытывают сонливость и жалуются на нее, по сравнению с людьми с высшим образованием, что закономерно, если предположить, что часть людей этой подгруппы — студенты старших курсов вузов, для которых более характерна намеренная депривация сна, в том числе связанная с процессом обучения ($t=2,27$ — $4,05$; $p<0,05$). Группы не различались по частоте жалоб на нарушения сна.

Возраст респондентов не был связан с жалобами на нарушения сна ($r=-0,07$ — $0,06$), но был связан с меньшей сонливостью ($r=-0,27$ — $-0,25$; $p<0,01$), что, на наш взгляд, как и предыдущий результат, объясняется нормализацией цикла сна и бодрствования с возрастом и выходом на регулярную работу.

В связи с выявленными некоторыми различиями, во всех случаях, когда позволял метод обработки данных, переменные образования и возраста статистически контролировались (подробнее ниже). В остальных случаях для проверки того, объясняются ли выявленные особенности полом, возрастом и образованием, по этим показателям проводилось дополнительное сравнение представлений о нарушениях сна и о сонливости и их функциях в общении. Результаты этого анализа следующие.

• Не было выявлено различий в частоте исследуемых представлений о нарушениях сна и о сонливости у мужчин и женщин ($\chi^2=0,05$ — $3,73$; $p>0,05$; $V=0,02$ — $0,18$), людей с высшим и неоконченным высшим/средним образованием ($\chi^2=0,06$ — $3,86$; $p>0,05$; $V=0,02$ — $0,18$). Кроме того, представления о нарушениях сна и о сонливости не были связаны с возрастом респондентов ($t=-1,04$ — $1,95$; $p>0,05$).

• Мужчины чаще, чем женщины, говорят, что инсомния может быть у каждого ($\chi^2=3,86$; $p<0,05$; $V=0,18$) и вызывает у них равнодушие ($\chi^2=6,27$; $p<0,05$; $V=0,23$), но реже — что причина ее развития кроется в личности пациентов ($\chi^2=5,07$; $p<0,05$; $V=0,21$), хотя величина статистического эффекта низка. Люди со средним и неоконченным высшим образованием чаще отвечают, что инсомнию можно контролировать усилием воли ($\chi^2=4,44$; $p<0,05$; $V=0,20$), что может объясняться меньшим опытом в понимании того, чем инсомния как болезнь отличается от жалоб на нарушения сна. Не было выявлено других различий в частоте представлений об инсомнии как болезни, ее причинах и типичных реакциях на пациентов с инсомнией у мужчин и женщин ($\chi^2=0,00$ — $2,55$; $p>0,05$; $V=0,00$ — $0,15$), людей с высшим и неоконченным высшим образованием ($\chi^2=0,00$ — $3,65$; $p>0,05$; $V=0,00$ — $0,18$). Что касается возраста, то, как и в случае образования, единственный эффект касается представления о том, что инсомнию можно контролировать усилием воли — с этим чаще соглашаются более молодые респонденты ($t=2,68$; $p<0,01$). Других связей представлений об инсомнии с возрастом респондентов выявлено не было ($t=-1,22$ — $1,93$; $p>0,05$).

Жалобы на нарушения сна и сонливость и социокультурные представления о них

Жалобы на сонливость относятся ко вторым по частоте соматическим жалобам после усталости (средняя частота 3,95 баллов из 10), тогда как нарушения сна (3,08 баллов) занимают десятое место в этом списке, уступая общесоматическим (усталость, слабость), общепсихическим (тревога, плохое настроение), головной боли и боли в спине, а также простудным (насморк, кашель и боль в горле).

Как нарушения сна, так и сонливость большинством респондентов рассматриваются как распространенные проблемы, которые могут случиться у каждого, не тяжелые и не грозящие инвалидностью, излечимые и зависящие от поведения самого человека. Треть респондентов считают, что нарушения сна можно контролировать усилием воли, примерно столько же — что можно контролировать сонливость. Точно

так же немногие считают нарушения сна и сонливость длительными и требующими обращения к врачу проблемами; особенно это касается представлений о сонливости тех, кто не испытывает сонливости сам.

В соответствии с первой гипотезой, различия между теми, у кого есть жалобы на нарушения сна и сонливость, и теми, у кого их нет, минимальны: единственное различие, достигающее принятого уровня значимости, касается представления о том, что причина нарушения сна и сонливости — в поведении самого человека. Люди с соответствующими жалобами чаще соглашались с тем, что причина — в действиях самого человека.

Сравнение частот не позволяет статистически проконтролировать вклад пола, возраста и образования респондентов, однако, как показано выше, данные свидетельствуют в пользу отсутствия различия в представлениях о нарушениях сна и о сонливости по этим факторам. Иными словами, в данной выборке (с учетом ее ограничений, которые обсуждаются ниже) ни выявленная распространенность, ни различия не объясняются социодемографическими характеристиками респондентов.

Для сравнения, если речь идет не просто о симптоме нарушения сна, а о заболевании инсомнии, люди по-прежнему считают ее поддающейся лечению, но чаще признают, что в этом случае стоит обратиться к врачу, и реже считают, что это случается с каждым, что причина в поведении и что можно контролировать инсомнию усилием воли. Однако и в этом случае люди не склонны относиться к инсомнии как к тяжелому или инвалидизирующему заболеванию. Респонденты с жалобами на нарушения сна чаще считают инсомнию длительным заболеванием, которое может развиваться у каждого по причинам, которые кроются в поведении самого человека, по сравнению с теми, у кого нарушений сна не отмечается.

Сочувствие по отношению к пациентам с инсомнией испытывают (по их оценкам) несколько больше

половины респондентов, независимо от наличия у них самих нарушений сна; желание помочь — каждый третий. Каждый пятый считает, что опасность заболевания надуманна, или остается равнодушным. Не было выявлено различий в эмоциональных реакциях на симптомы инсомнии у окружающих между теми, у кого бывают нарушения сна, и теми, кто их отрицает.

Ключевой причиной нарушений сна люди считают стресс. По нашим результатам, к числу других доминирующих причин люди относят личностные особенности и поведение человека. Лишь один из пяти придает значение внешним условиям. При этом представления о причинах не различаются у тех, кто сообщает о нарушениях сна, и тех, кто их отрицает.

Как и в предыдущем случае, хотя метод сравнения частот не позволяет включить пол, возраст и уровень образования в обработку данных, единичные различия в представлениях у мужчин и женщин и единственное различие между респондентами с высшим и без высшего образования свидетельствуют, скорее, в пользу общего характера выводов, нежели об их зависимости от социодемографических факторов. В частности, лишь в одном случае гендерные различия в представлениях касались того же фактора, что и различия между предъявляющими и не предъявляющими жалобы на сон: мужчины и люди с жалобами на сон чаще, чем женщины и люди без таких жалоб считают, что инсомния бывает у каждого. Однако сами жалобы на нарушения сна от пола не зависели, а значит, речь идет о двух разных, независимых эффектах.

Субъективные представления о жалобах на нарушения сна и сонливость и их функциях в общении

В системе обыденных представлений (рис. 1) жалобы на нарушения сна и сонливость иногда (средние оценки колеблются от 2 до 4,5 баллов по 10-балльной шкале) используют для достижения каких-либо це-

Таблица 1

Представления о нарушениях сна и о сонливости у тех, кто испытывает эти симптомы и тех, кто их отрицает

Представления о соматических симптомах	Представления о нарушениях сна				Представления о сонливости			
	Нет нарушений сна (n=75)	Есть нарушения сна (n=39)	χ^2 Пирсона	Величина эффекта V Крамера	Нет сонливости (n=54)	Есть сонливость (n=60)	χ^2 Пирсона	Величина эффекта V Крамера
Можно вылечить	57,3%	61,5%	0,68	0,08	38,9%	50,8%	3,57	0,18
Бывают у каждого	48,6%	61,5%	1,70	0,12	53,7%	76,3%	1,05	0,10
Причина — поведение человека	42,7%	64,1%	4,72*	0,20	42,6%	66,7%	6,55*	0,23
Требуют обращения к врачу	29,3%	25,6%	0,17	0,04	13,0%	10,0%	0,12	0,03
Можно контролировать усилием воли	28,4%	35,9%	0,19	0,04	27,8%	40,7%	1,30	0,11
Длительные	24,3%	38,5%	2,47	0,15	5,6%	30,5%	0,80	0,08
Тяжелые и опасные	5,3%	2,6%	0,50	0,06	0,0%	1,7%	1,94	0,13
Могут привести к инвалидности	2,7%	2,6%	0,00	0,00	3,7%	0,0%	0,23	0,04

Примечание: «*» — $p < 0,05$.

лей в общении, в первую очередь, для оправдания. Жалобы на нарушения сна почти также часто применяются для получения эмоциональной поддержки, совета, поддержания или приобретения социальных привилегий и как тему для разговора. Жалобы на сонливость относительно часто используют, согласно представлениям людей, для получения выгоды.

Различия в системе социальных представлений касаются как самих функций (основной эффект функций – $F=9,55$; $p<0,01$; $\eta^2=0,42$) и содержания симптомов (основной эффект симптомов – $F=39,02$, $p<0,01$, $\eta^2=0,26$), так и их взаимодействия (т. е. люди говорят о разных функциях жалоб на нарушения сна и жалоб на сонливость – $F=4,30$; $p<0,01$; $\eta^2=0,25$).

Таблица 2

Представления об инсомнии, ее причинах и реакции на нее у тех, кто испытывает нарушения сна, и тех, кто их отрицает

	Представления об инсомнии и ее причинах, а также реакции на нее	Нет нарушений сна (n=75)	Есть нарушения сна (n=39)	χ^2 Пирсона	Величина эффекта V Крамера
Представления	Требуют обращения к врачу	64,9%	50,0%	2,31	0,14
	Можно вылечить	52,0%	63,2%	1,41	0,11
	Длительные	28,0%	55,3%	8,03**	0,26
	Причина – поведение человека	20,0%	39,5%	4,91*	0,20
	Бывают у каждого	16,0%	34,2%	4,86*	0,20
	Можно контролировать усилием воли	14,7%	23,7%	1,27	0,11
	Тяжелые и опасные	13,3%	18,4%	0,51	0,07
	Могут привести к инвалидности	9,3%	2,6%	1,72	0,12
Реакции на нарушения сна у других	Сочувствие/сопереживание	60,0%	59,0%	0,01	0,01
	Желание помочь	32,0%	35,9%	0,18	0,04
	Опасность и тяжесть преувеличены или надуманны	23,0%	25,6%	0,10	0,03
	Равнодушие	20,0%	17,9%	0,07	0,03
	Некомфортно находиться рядом	1,3%	7,7%	3,06	0,16
	Стресс	1,3%	0,0%	0,53	0,07
	Страх заболеть или заразиться	0,0%	0,0%	-	-
Причины	Стресс	56,0%	71,8%	2,70	0,15
	Личностные особенности (например, тревожность)	53,3%	66,7%	1,87	0,13
	Поведение человека (образ жизни, вредные привычки)	48,0%	61,5%	1,89	0,13
	Внешние условия (например, погода)	20,0%	23,1%	0,15	0,04
	Генетика	14,7%	12,8%	0,07	0,03
	Случайность	9,3%	12,8%	0,33	0,05
	Качество медицинского обслуживания	5,3%	7,7%	0,25	0,05

Примечание: «*» – $p<0,05$; «**» – $p<0,01$.

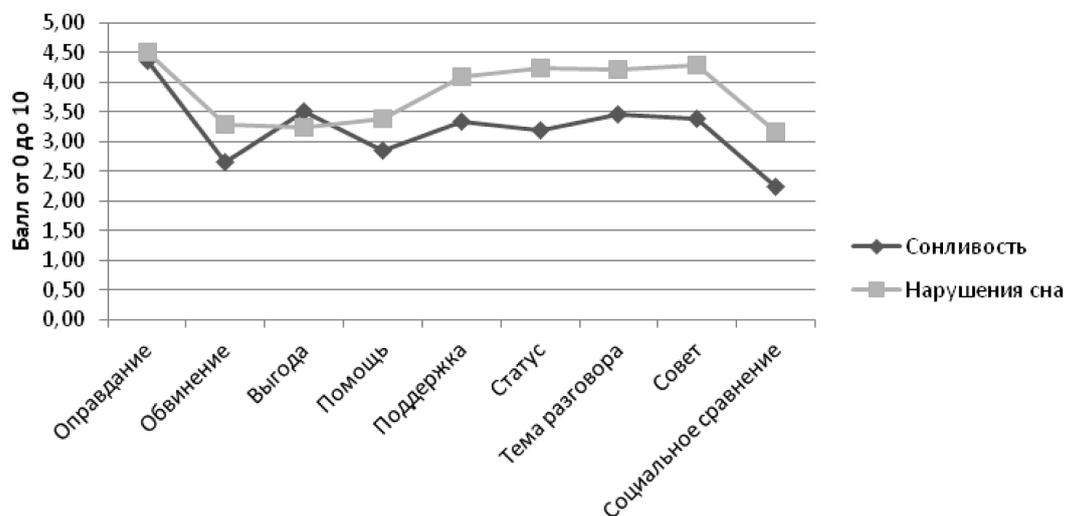


Рис. 1. Субъективные представления о функциях жалоб на нарушения сна и сонливость в межличностном общении

Неспецифические индикаторы функциональных соматических симптомов и ипохондрического поведения как факторы нарушения сна и сонливости

Склонность к соматическим жалобам, не получившим объективной верификации по результатам медицинских обследований, связана с выраженностью жалоб на нарушения сна, но не на сонливость (табл. 3). Соматосенсорная амплификация связана с жалобами на нарушения сна и сонливость, а также с предъявлением жалоб на нарушения сна в общении. Напротив, представления о непереносимости телесных симптомов связаны с меньшей выраженностью сонливости и ее предъявлением. Ни нарушения сна, ни сонливость не связаны с автономными ощущениями, вниманием к здоровому образу жизни, самоэффективностью в отношении лечения.

Внутренний и внешний локус контроля в отношении причин болезни и лечения не связан с жалобами на нарушения сна и сонливость. Однако у тех, кто склонен приписывать причины болезней судьбе и случайности, выше субъективная частота нарушений сна, и они более склонны выражать эти жалобы в общении.

Выражение жалоб на нарушения сна связано с общей готовностью к лечению. Если же рассматривать причины этой готовности (локус каузальности в отношении лечения), эта связь объясняется контролируемым локусом каузальности: более склонны жаловаться на нарушения сна те, кто идет лечиться под давлением окружающих, в основном близких. Кроме того, отмечаются слабые связи между безличным (случайным) принятием решения о лечении и предъявлением жалоб на нарушения сна.

С целью статистического контроля возможной роли пола, возраста, образования выборки дополнительно рассчитывались частные корреляции после включения в анализ этих трех факторов (приведены в табл. 3 в скобках). В большинстве случаев коэффициенты корреляции сохранились практически без изменений.

Единственное исключение составили связи субъективной непереносимости телесных ощущений с жалобами на сонливость, которые после контроля социодемографических факторов оставались близкими по размеру, но их значимость снижалась до уровня тенденции. В связи с этим указанные связи следует считать предварительными и требующими уточнения в дальнейшем.

Связь представлений о функциях жалоб на нарушения сна и сонливость в общении с выраженностью этих жалоб

Во всех случаях (табл. 4), чем более люди согласны с тем, что жалобы на нарушения сна и сонливость можно использовать в общении для какой-либо цели, тем чаще они сами испытывают эти жалобы и тем чаще выражают их в общении с другими людьми.

Жалобы на нарушения сна наиболее тесно связаны с представлениями о том, что такие жалобы можно использовать для получения инструментальной помощи, совета, особых социальных привилегий или просто поддержания разговора. Жалобы на сонливость наиболее тесно связаны с представлениями о том, что их применяют для оправдания, получения выгоды или сочувствия и также, как и в случае нарушений сна, для поддержания разговора.

Учет факторов пола, возраста и образования в большинстве случаев не приводит к изменению общих паттернов результатов. Перестают достигать принятого уровня значимости связи (хотя в ряде случаев сохраняются на уровне тенденции) обвинения с выраженностью жалоб на нарушения сна и сонливость, получения выгоды — с предъявлением этих жалоб, поддержания или достижения социального статуса — с выражением жалоб на нарушения сна и сонливостью. Тем не менее, результаты четко свидетельствуют в пользу общей связи субъективных представлений о функциях симптомов в общении и

Таблица 3

Связь жалоб на нарушения сна и сонливость со склонностью к соматизации, когнитивными факторами соматизации, локусами каузальности и контроля болезни и лечения (в скобках приведены частные корреляции после контроля пола, возраста и образования)

Неспецифические индикаторы функциональных соматических симптомов и ипохондрического поведения	Нарушения сна		Сонливость	
	Субъективная частота симптомов	Частота жалоб	Субъективная частота симптомов	Частота жалоб
SOMS — Склонность к соматизации	0,30** (0,30**)	0,14 (0,15)	0,15 (0,18)	-0,04 (-0,04)
САВАН — Непереносимость телесных симптомов	-0,09 (-0,08)	-0,05 (0,05)	-0,19* (-0,17)	-0,23* (-0,15)
САВАН — Соматосенсорная амплификация	0,27** (0,23**)	0,36** (0,34**)	0,20* (0,19*)	0,18 (0,15)
Безличный локус контроля в отношении причин болезни	0,22* (0,22*)	0,26** (0,32**)	0,11 (0,23*)	0,08 (0,15)
Общее согласие с лечением — автономное, контролируемое, безличное	0,05 (0,04)	0,22* (0,22*)	0,01 (0,02)	0,02 (0,02)
Контролируемый локус каузальности — Другие	0,08 (0,08)	0,24* (0,22*)	0,14 (0,11)	0,15 (0,10)
Безличный локус каузальности	0,11 (0,11)	0,21* (0,22*)	0,06 (0,08)	0,04 (0,04)

Примечание: «*» — $p < 0,05$; «**» — $p < 0,01$.

Таблица 4

Связь жалоб на нарушения сна и сонливость и функциями предъявления этих жалоб (в скобках приведены частные корреляции после контроля пола, возраста и образования)

Функции жалоб на нарушения сна и сонливость	Нарушения сна		Сонливость	
	Субъективная частота симптомов	Частота жалоб	Субъективная частота симптомов	Частота жалоб
Оправдание	0,19* (0,22**)	0,12 (0,07)	0,34** (0,23**)	0,18 (0,09)
Обвинение	0,20* (0,18)	0,14 (0,07)	0,21* (0,12)	0,25** (0,14)
Получение выгоды	0,27** (0,26**)	0,21* (0,16)	0,31** (0,21*)	0,26** (0,18)
Получение помощи, инструментальной поддержки	0,41** (0,41**)	0,30** (0,26**)	0,29** (0,23*)	0,20* (0,13)
Получение сочувствия, эмоциональной поддержки	0,28** (0,27**)	0,36** (0,30**)	0,30** (0,19)	0,36** (0,29**)
Поддержание или достижение социального статуса	0,31** (0,32**)	0,23* (0,18)	0,29** (0,18)	0,34** (0,29**)
Поддержание самого общения (тема для разговора)	0,30** (0,30**)	0,31** (0,23*)	0,36** (0,27**)	0,24** (0,16)
Получение совета	0,33** (0,33**)	0,29** (0,26**)	0,21* (0,24*)	0,17 (0,18)
Социальное сравнение	0,27** (0,27**)	0,28** (0,23*)	0,13 (0,09)	0,07 (0,03)

Примечание: «*» – $p < 0,05$; «**» – $p < 0,01$.

жалобами на эти симптомы, не сводимых к возрасту, полу и образованию респондентов.

Психологические предикторы нарушений сна и сонливости: результаты иерархического регрессионного анализа

Для проверки гипотезы о том, что значение функций симптомов в межличностном общении не сводится к общим факторам ипохондризации и соматизации и является специфическим феноменом, проводилась серия иерархических регрессионных анализов. Зависимыми переменными выступали выраженность жалоб на нарушения сна и на сонливость. Поскольку статистический учет факторов возраста, пола и образования не приводил к минимальным изменениям в матрицах корреляций, регрессионный анализ проводился без их включения, чтобы избежать чрезмерного усложнения статистической модели.

В модель, предсказывающую нарушения сна, на первом этапе были включены те общие факторы ипохондризации и соматизации, которые коррелировали с выраженностью этих нарушений (количество необъясненных соматических жалоб, соматосенсорная амплификация, безличный локус контроля болезни). На втором шаге добавлялись все функции предъявления симптомов, но их включение было пошаговым. Поскольку содержательно маловероятно, что представления о том, что нарушения сна длительны и являются следствием поведения человека, сопряжены с большим риском развития или хронификации нарушений сна на начальном этапе (в норме), а других связей представлений и нарушений сна выявлено не было, эти факторы в анализ не включались. Общие факторы объясняли 16,8% дисперсии жалоб на нарушения сна в выборке ($F=6,92$; $p < 0,01$), однако принятого уровня значимости достигал лишь эффект количества необъясненных жалоб ($\beta=0,27$; $p < 0,01$). Второй шаг приводил к улучшению предсказательной силы модели на

10,1% ($\Delta F=14,05$; $p < 0,01$) за счет учета функции получения инструментальной поддержки при жалобах на нарушения сна ($\beta=0,32$; $p < 0,01$).

Тот же анализ в отношении выражения жалоб на нарушения сна показал, что количество необъясненных соматических жалоб, соматосенсорная амплификация, безличный локус контроля болезни объясняют 15,4% процента дисперсии в выражении жалоб на нарушения сна ($F=6,20$; $p < 0,01$), хотя принятого уровня значимости достигает лишь эффект соматосенсорной амплификации ($\beta=0,27$; $p < 0,05$). Второй шаг также приводил к улучшению модели ($\Delta R^2=10,7\%$; $\Delta F=14,61$; $p < 0,01$), но включенной в анализ переменной оказывалась функция получения эмоциональной поддержки ($\beta=0,33$; $p < 0,01$).

В модель, предсказывающую сонливость, на первом шаге вносилась соматосенсорная амплификация; на втором – представления о том, что сонливость можно вылечить, контролировать усилием воли и что она бывает у каждого (поскольку они были более характерны для людей с жалобами на сонливость и теоретически могут участвовать в развитии или хронификации сонливости); на третьем – все функции, кроме социального сравнения (которая не связана с выраженностью жалоб на сонливость). Соматосенсорная амплификация предсказывала 4,4% различий между людьми в степени сонливости ($\beta=0,21$; $F=4,93$; $p < 0,05$). Учет представлений приводил к улучшению модели ($\Delta R^2=11,0\%$; $\Delta F=4,45$; $p < 0,01$), при этом принятого уровня значимости достигал только эффект представления о том, что сонливость бывает у каждого ($\beta=0,22$; $p < 0,05$). Учет функций жалоб на сонливость в общении приводил к дополнительному улучшению модели ($\Delta R^2=9,1\%$; $\Delta F=12,26$; $p < 0,01$), причем в качестве предиктора в анализ включалась функция «поддержания разговора» при помощи жалоб на сонливость ($\beta=0,31$; $p < 0,05$).

Если в качестве зависимой переменной рассматривалось выражение жалоб на сонливость в общении, то ни первый, ни второй шаг не приводили к

значимому улучшению модели, тогда как на третьем шаге добавлялась функция получения социального статуса ($\beta=0,36$; $p<0,01$; $\Delta R^2=12,6\%$; $\Delta F=15,92$).

Обсуждение результатов

Социокультурные представления о нарушениях сна и о сонливости. В соответствии с полученными результатами, и нарушения сна, и сонливость действительно предстают в обыденном сознании как «удобные» жалобы: легкие, излечимые, не опасные, но — в случае инсомнии — вызывающие опасения и сочувствие и не вызывающие у людей страха или отвержения (хотя равнодушие и сомнение в тягостности этих симптомов также являются распространенными реакциями). Стресс и личностные особенности человека (хотя также и его поведение) считаются наиболее частыми причинами инсомнии. С нашей точки зрения, эта система представлений не провоцирует развития симптомов (и не зависит от наличия у людей жалоб на нарушения сна), но создает удобную «почву» для них, делая жалобы на нарушения сна и сонливость удачными с точки зрения соотношения: тяжесть симптомов / возможные социальные выгоды. В психологии телесности [7] в этом контексте предлагается термин «культурной патологии» — как «зазора» между объективным течением физиологических функций и социокультурными представлениями о них. Важно отметить, что хотя стресс считается ключевой причиной нарушений сна, по данным многих исследований [2], смысл «стресса» для пациентов нередко остается неуточненным в исследованиях. По нашим данным, пациенты более склонны [7] приписывать свои нарушения сна стрессу и личностным особенностям, нежели своим действиям, мыслям и эмоциональным переживаниям, т. е. тому, что находится под их контролем. Иными словами, ответственность самого человека за инсомнию не столь уж высока — в обыденном сознании это уязвимая личность, попавшая в трудную ситуацию. В данном исследовании не согласуются с этой гипотезой лишь результаты о том, что поведение человека также считается одной из ведущих причин нарушений сна. Однако уверенность в этой причине снижается, если речь идет об инсомнии как болезни, особенно у тех, кто сам не испытывает нарушений сна.

Иная система представлений о нарушениях сна и о сонливости выступает, с нашей точки зрения, потенциальным фактором хронификации нарушений. Это те представления, которые препятствуют обращению за квалифицированной помощью, провоцируют гипертрофированные усилия по регуляции своего сна и пассивность: так, люди редко соглашаются обращаться к врачу по поводу нарушений сна и еще реже — по поводу сонливости; почти каждый третий считает возможным контроль за сном усилием воли, по крайней мере, пока речь не дошла до явного заболевания, инсомнии. Отметим, что и в отношении этих представлений практически нет различий между людьми с жалобами на нарушения сна и сонливость и без них.

Единственное исключение составляет большая уверенность людей с сонливостью в том, что сонливость можно контролировать. Результат может объясняться как тем, что при таких убеждениях люди легче нарушают режим, так и тем, что их опыт преодоления собственной сонливости довольно высок.

Общие психологические факторы соматизации и жалобы на нарушения сна и сонливость. В соответствии с гипотезой, нарушения сна связаны с общей склонностью к соматизации, что согласуется с представлением о часто функциональной (и психологической) природе этих симптомов. Среди когнитивных факторов соматизации с жалобами на нарушения сна связана соматосенсорная амплификация. Иными словами, можно предполагать, что к группе риска относятся не люди с особыми ощущениями, считающие свое тело слабым, чрезмерно следящие за здоровьем и страшась любых нарушений, а те, кто склонен к постоянному мониторингу своего тела и катастрофизации по отношению к обнаруженным в процессе этого мониторинга ощущениям. Кроме того, нарушения сна связаны с безличным локусом контроля болезни, что также может объяснять и их развитие, и их хронификацию в норме: человек, считающий, что его здоровье зависит от судьбы и случайности, скорее не следит за своим сном и может не обращаться за помощью длительное время, поскольку от его действий ничего не зависит. Интересно, что сонливость, чаще в норме являющаяся результатом действий самого человека, связана с соматосенсорной амплификацией, но не риском соматизации и безличным локусом контроля болезни. В качестве слабой поддержки гипотезы о том, что внимание к своему телу и тревога о здоровье могут способствовать лучшей гигиене сна и за счет этого меньшей сонливости, можно рассматривать отрицательную связь непереносимости телесных ощущений и жалоб / выражения жалоб на сонливость. Человек, считающий, что не может вынести недомогания, будет скорее стараться выспаться, а если испытывает сонливость, скорее рассказать об этом. Однако поскольку речь идет лишь о двух слабых связях, этот результат требует дальнейшей проверки.

Особый интерес представляют результаты о расхождении факторов переживания жалоб и их выражения. Выражение жалоб на нарушения сна связано со случайным и контролируемым (с опорой на мнение окружающих людей) принятием решения о лечении. Важность мнения окружающих, в том числе врачей, при принятии решения о здоровье — довольно очевидное основание стремления к выражению им своих жалоб. Напротив, человек, считающий, что болезни вряд ли случайны (безличный локус каузальности), будет менее склонен рассказывать о своих нарушениях сна.

Функции жалоб на нарушения сна и сонливость в общении как возможный фактор их хронификации. Вопрос о функциях тех или иных жалоб в общении — косвенный способ оценки того, какие социальные представления приняты человеком, а значит, могут участвовать в телесной регуляции, усиливая риск соматических жалоб. Результаты согласуются с

этим представлением: и на нарушения сна, и на сонливость чаще жалуются те, кто верит, что эти жалобы могут в чем-то быть полезными. Интересно, что, хотя наиболее часто признаваемая функция этих жалоб — для оправдания, признание этой функции более тесно связано с жалобами на сонливость, нежели с жалобами на нарушения сна. Разумеется, направление связи может быть и обратным или иметь место взаимозависимость: в частности, люди, уже испытывающие нарушения сна и сонливость, вторично «обнаруживают», что эти жалобы можно использовать в общении. С теоретической точки зрения важно, что оба направления связи свидетельствуют в пользу участия представлений о функциях жалоб либо в хронификации, либо в симптомообразовании. Регрессионный анализ подтверждает, что связь функций жалоб на нарушения сна и сонливость с выраженностью этих жалоб не объясняется общими когнитивными факторами соматизации. После статистического учета общих факторов, наиболее ярким непосредственным предиктором жалоб на нарушения сна выступает возможность их использования для получения инструментальной поддержки, а выражения этих жалоб — возможность их использования для получения эмоциональной поддержки. Непосредственными специфическими предикторами жалоб на сонливость выступали представление о том, что сонливость «бывает у каждого», и возможность поддержания общения при помощи этих жалоб, а предиктором выражения этих жалоб была возможность получения или поддержания особого социального статуса.

В качестве важного ограничения работы следует отметить широкий возрастной диапазон, доминирование в выборке женщин и респондентов с высшим образованием, а также присутствие в выборке не только жителей г. Москвы, но и ближнего Подмосковья. Безусловно, что люди разного пола, возраста и образования могут быть более или менее восприимчивы к различным социокультурным представлениям, а также характеризоваться разной частотой нарушений сна и сонливости. Однако с позиций культурно-исторического подхода в психосоматике после того, как те или иные представления стали личностными для человека, именно они выполняют дальнейшие регулирующие функции в отношении его переживаний, мыслей и действий по поводу здоровья и болезни, независимо от того, какие люди оказались более «чувствительны» к этим представлениям. Намеренно упрощая ситуацию, с позиций этого подхода важнее выявить не то, есть ли гендерные, возрастные и другие различия в жалобах и представлениях, а то, меняются ли в зависимости от этих факторов общие связи, а именно: связи дисфункциональных представлений о теле, здоровье, болезни и лечении, а также о функциях симптомов — с жалобами на эти симптомы.

По результатам данного исследования, социодемографические факторы были связаны с жалобами на сонливость, но не связаны с жалобами на нарушения сна; кроме того, были выявлены некоторые особенности представлений о нарушениях сна и о

сонливости у мужчин и женщин, людей с высшим образованием и средним / неоконченным высшим образованием, людей разного возраста. С нашей точки зрения, сами эти различия, с учетом особенностей данной выборки, должны рассматриваться как предварительные и требуют подтверждения в дальнейших исследованиях. Однако статистический анализ того, могли ли эти различия (особенности выборки) сказаться на выводах работы, свидетельствует о том, что эффект, если и был, мог касаться лишь нескольких переменных, но не общих паттернов. Разумеется, как и любые паттерны, они требуют подтверждения в других выборках, а отдельное исследование роли пола, возраста и образования представляется необходимым дальнейшим шагом.

Выводы

Хотя полученные результаты следует считать пилотажными и требующими проверки на других выборках, в том числе отдельно у людей юношеского возраста, мужчин, взрослых без высшего образования, а также сравнения людей, живущих в различных регионах, в мегаполисе, деревне и пр. (в данном исследовании не оценивалось проживание в г. Москве или ближайшем Подмосковье), на данной выборке взрослых респондентов с преобладанием (две трети) женщин и лиц с высшим образованием, на наш взгляд, установлены некоторые интересные паттерны (несводимые к влиянию социодемографических факторов), согласующиеся с культурно-историческим подходом в психосоматике и потенциально (в случае их дальнейшего подтверждения) эвристичные для его развития, а именно: согласованность представлений о функциях, особенностях и причинах симптомов нарушения сна и сонливости и собственно жалоб на эти симптомы.

В качестве этих, пилотажных, результатов ключевыми являются следующие.

1. Для системы социальных представлений о нарушениях сна и о сонливости, выявленных в данной выборке, характерны две особенности:

а) с одной стороны, это акцент на легкости, излечимости жалоб, возможности получения сочувствия с их помощью и зависимости от стабильных особенностей личности и ситуации скорее, чем от решений и действий этой личности;

б) с другой стороны, это акцент на возможности контроля этих жалоб и отсутствии необходимости обращаться к врачу, пока они не дошли до уровня явной болезни, инсомнии.

2. Можно предполагать, что, будучи в равной степени выраженными у респондентов с соответствующими жалобами и без них, эти представления могут создавать общую «почву» для широкого распространения функциональных нарушений сна, поскольку делают эти жалобы «удобными» для достижения ряда функций в общении при минимальной инвалидизации и препятствуют обращению за медицинской помощью.

3. Жалобы на нарушения сна в данной выборке связаны с такими когнитивными факторами соматизации и хронификации болезни, как соматосенсорная амплификация, количество симптомов, не имеющих достаточного медицинского обоснования, безличный локус контроля болезни; а сонливость связана с соматосенсорной амплификацией. При этом, как эти жалобы, так и склонность к их выражению, были связаны с уверенностью в том, что их можно использовать в общении для достижения разных целей (оправдания, обвинения и др.). После статистическо-

го контроля общих факторов ипохондризации, непосредственным предиктором жалоб на нарушения сна выступает возможность их использования для получения инструментальной поддержки, а выражения этих жалоб — возможность их использования для получения эмоциональной поддержки.

4. Непосредственными специфическими предикторами жалоб на сонливость в данной выборке выступали представление о том, что сонливость «бывает у каждого», и возможность поддержания общения при помощи этих жалоб.

Финансирование

Исследование выполнено при поддержке РФФИ, проект № 17-06-00363 «Когнитивные механизмы нарушений сна и их формирование в онтогенезе».

Funding

Research is supported by Russian Foundation for Basic Research, project 17-06-00363 “Cognitive mechanisms of sleep disturbances and their formation in ontogenesis”.

Литература

1. Артемьева Е.Ю. Психология субъективной семантики. М.: ЛКИ, 2007. 136 с.
2. Ковров Г.В., Вейн А.М. Стресс и сон у человека. М.: Нейро-медиа, 2004. 94 с.
3. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику: Психологическое исследование. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1987. 168 с.
4. Рассказова Е.И. Русскоязычная апробация опросника восприятия болезни Р. Мосс-Моррис и др.: апробация на выборке больных с непсихотическими депрессиями // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2016. № 1. С. 123–142.
5. Рассказова Е.И., Мигунова Ю.В. Функции соматических симптомов в межличностном общении: культурно-исторический подход в психосоматике [Электронный ресурс] // Культурно-историческая психология. 2014. № 1. С. 79–87. URL: <http://psyjournals.ru/kip/2014/n1/67630.shtml> (дата обращения: 15.07.19).
6. Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш. Апробация методик диагностики локуса контроля причин болезни и лечения и самоэффективности в отношении лечения // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». 2016. Т. 9. № 1. С. 71–83. doi: 10.14529/psy160108
7. Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш. Клиническая психология сна и его нарушений. М.: Смысл, 2012. 320 с.
8. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002. 287 с.
9. Leventhal H., Brissette I., Leventhal E. The common-sense model of self-regulation of health and illness // The self-regulation of health and illness behavior / L.D. Cameron, H. Leventhal (Eds.). New York: Routledge, 2003. P. 42–65.
10. Morin C.M. Chronic insomnia: recent advances and innovations in treatment developments and dissemination // Canadian Psychology. 2010. Vol. 51. № 1. P. 31–39. doi:10.1037/a0018715
11. Moss-Morris R., Wrapson W. Representational beliefs about functional somatic syndroms // The self-regulation of health and illness behavior / L.D. Cameron, H. Leventhal (Eds.). New York: Routledge, 2003. P. 119–137.

References

1. Artem'eva E.Yu. *Psikhologiya sub"ektivnoi semantiki*. [Psychology of subjective semantics]. Moscow: Publ. LKI, 2007.
2. Kovrov G.V., Vein A.M. *Stress i son u cheloveka*. [Stress and sleep in human]. Moscow: Neuro-media, 2004.
3. Nikolaeva V.V. *Vliyaniye khronicheskoi bolezni na psikhiku: Psikhologicheskoe issledovanie* [Impact of chronic illness on psyche: psychological research]. Moscow: Publ. Mosk. un-ta, 1987.
4. Rasskazova E.I. Russkoyazychnaya aprobatsiya oprosnika vospriyatiya bolezni R. Moss-Morris i dr.: aprobatsiya na vyborke bol'nykh s nepсихотическими депрессиями [Russian validation of P. Moss-Morris et al.'s Illness Perception Questionnaire — Revised: validation in patients with non-psychotic depressions]. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psikhologiya*, 2016, no.1, pp. 123–142.
5. Rasskazova E.I., Migunova Yu.V. Funktsii somaticheskikh simptomov v mezhlichnostnom obshchenii: kul'turno-istoricheskii podkhod v psikhosomatike [Functions of somatic symptoms in interpersonal communication: cultural-historical approach in psychosomatics]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya* [Cross-Cultural Psychology], 2014, no. 1, pp. 79–87. URL: <http://psyjournals.ru/kip/2014/n1/67630.shtml>. (In Russ., abstr. in Engl.)
6. Rasskazova E.I., Tkhostov A.Sh. Aprobatsiya metodik diagnostiki lokusa kontrolya prichin bolezni i lecheniya i sameffektivnosti v otnoshenii lecheniya [Validation of scales of locus of control of illness reasons and treatment and treatment-related self-efficacy]. *Vestnik YuUrGU. Seriya "Psikhologiya"*, 2016. Vol. 9, no. 1, pp. 71–83. doi:10.14529/psy160108.
7. Rasskazova E.I., Tkhostov A.Sh. Klinicheskaya psikhologiya sna i ego narushenii [Clinical psychology of sleep and its disturbances]. Moscow: Smysl, 2012. (In Russ.)
8. Tkhostov A.Sh. *Psikhologiya telesnosti*. [Psychological model of body function regulation]. Moscow: Smysl, 2002. (In Russ.)
9. 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*. Routledge: New York, 2003, pp. 42–65.

12. Perlis M., Shaw P.J., Cano G., Espie C.A. Models of insomnia // *Principles and Practice of Sleep Medicine* / M. Kryger, T. Ross, W. Dement (Eds.). Elsevier Saunders: Philadelphia, PA, 2011. P. 850–865.
13. Rasskazova E., Zavalko I., Tkhostov A., Dorokhov V. High intention to fall asleep causes sleep fragmentation // *Journal of Sleep Research*. 2014. Vol. 23. № 3. P. 295–301. doi:10.1111/jsr.12120
14. Rief W., Hiller W. A new approach to the assessment of the treatment effects of somatoform disorders // *Psychosomatics*. 2003. Vol. 44. P. 492–498. doi:10.1176/appi.psy.44.6.492
15. Rief W., Hiller W., Margraf J. Cognitive Aspects of Hypochondriasis and the Somatization Syndrome // *Journal of Abnormal Psychology*. 1998. Vol. 107. № 4. P. 587–595. doi:10.1037//0021-843x.107.4.587
16. Tkhostov A., Rasskazova E. Compliance-Related Causality Orientations Scale: development and psychometric properties in Russian sample // *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. 2013. Vol. 86. P. 536–542. doi:10.1016/j.sbspro.2013.08.610
10. Morin C.M. Chronic insomnia: recent advances and innovations in treatment developments and dissemination. *Canadian Psychology*, 2010. Vol. 51, no. 1, pp. 31–39. doi:10.1037/a0018715.
11. Moss-Morris R., Wrapson W. Representational beliefs about functional somatic syndroms. In L.D. Cameron, H. Leventhal (eds.), *The self-regulation of health and illness behavior*. Routledge: New York, 2003, pp. 119–137.
12. 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*. Elsevier Saunders: Philadelphia, PA, 2011, pp. 850–865.
13. Rasskazova E., Zavalko I., Tkhostov A., Dorokhov V. High intention to fall asleep causes sleep fragmentation. *Journal of Sleep Research*, 2014. Vol. 23, no. 3, pp. 295–301. doi:10.1111/jsr.12120.
14. Rief W., Hiller W. A new approach to the assessment of the treatment effects of somatoform disorders. *Psychosomatics*, 2003. Vol. 44, pp. 492–498. doi:10.1176/appi.psy.44.6.492.
15. Rief W., Hiller W., Margraf J. Cognitive Aspects of Hypochondriasis and the Somatization Syndrome. *Journal of Abnormal Psychology*, 1998. Vol. 107, no. 4, pp. 587–595. doi:10.1037//0021-843x.107.4.587.
16. Tkhostov A., Rasskazova E. Compliance-Related Causality Orientations Scale: development and psychometric properties in Russian sample. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 2013. Vol. 86, pp. 536–542. doi:10.1016/j.sbspro.2013.08.610.