

## СЕКЦІЯ 7. МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 159.963.2  
DOI 10.32999/ksu2312-3206/2019-1-55

**ОСОБЛИВОСТІ СУБ'ЄКТИВНОЇ ЯКОСТІ СНУ**

Денісієвська А.Є., аспірант  
кафедри психодіагностики та клінічної психології  
Київський національний університет імені Тараса Шевченка

У статті проаналізовано теоретичні підходи до визначення поняття «суб'єктивна якість сну». Представлено аналіз літератури та досліджень, у яких проаналізовано суб'єктивні якості сну, якості сну й порушень сну. Розглянуто вплив різноманітних факторів, зокрема психологічних, та інтероцепції на об'єктивну й суб'єктивну якість сну. Розроблено модель дослідження суб'єктивної якості сну.

**Ключові слова:** сон, якість сну, суб'єктивна якість сну, порушення сну, інсомнія, інтероцепція, психологічні фактори.

**Денисиевская А.Е. ОСОБЕННОСТИ СУБЪЕКТИВНОГО КАЧЕСТВА СНА**

В статье проанализированы теоретические подходы к определению понятия «субъективное качество сна». Представлен анализ литературы и исследований, в которых проведен анализ субъективного качества сна, качества сна и нарушений сна. Рассмотрено влияние различных факторов, в частности психологических, и интероцепции. Разработана модель исследования субъективного качества сна.

**Ключевые слова:** сон, качество сна, субъективное качество сна, нарушения сна, инсомния, интероцепция, психологические факторы.

**Denisiievska A. Ye. FEATURES OF SUBJECTIVE QUALITY OF SLEEP**

The article describes the features of the subjective quality of sleep. The quality of sleep is important element of humans' well-being, which can be measured in quantity and quality components. These components may include not only the length and depth of sleep, but also feelings and sensations during and after awake.

The author analyses theoretical approaches of sleep disorders and defines factors which may cause them. The main factors which are discussed in the article are: somatic, psychological, emotional, cognitive and behavioral. All these factors influence on the quality of sleep in different ways – not only by their content and directionality, but also by the way individual reacts on them. For example, insomnia as a psychological factor may cause sleep disorder by increasing individual's anxiety about sleep. Individual's representations and beliefs about its own sleep play important role in experiencing the subjective quality of sleep.

Understanding and experiencing the sleep quality can effect on interoception of people with different diagnoses. Interoceptive sensations – are the way person understands and explains his internal organs and feelings. But it's not only about the feelings about the body; it's also about the way person defines, responds and interprets his feelings. That is why, the author also presents the model of the subjective quality of sleep, which contains of psychological factors and types of interoceptive sensitivity. Author claims that psychological factors can influence on subjective quality of sleep both in positive and in negative way. Presented model makes is the basis for future investigation of the subjective quality of sleep, and will allow to work with it by balancing the interoceptive sensitivities by reducing or increasing its experiencing, depending on how the particular type will be interconnected with person's self-esteem about the quality of their own sleep.

**Key words:** sleep, quality of sleep, subjective quality of sleep, sleep disorders, insomnia, interoception, psychological factors, model of subjective quality of sleep.

**Постановка проблеми.** Сон – це фізіологічна потреба людини. Люди проводять приблизно одну третину свого життя уві сні. Сон забезпечує енергією; сприяє розвитку, навчанню та розслабленню; залежить від багатьох внутрішніх і зовнішніх факторів. У людей існують фізичні, соціальні, інтелектуальні та емоційні потреби. Отже, задоволення основних фізичних і психічних потреб має вагоме значення для підтримки благополуччя. Сон як основна потреба є важливим параметром, який впливає на якість життя і благополуччя.

Деякі захворювання можуть викликати порушення сну, спричиняючи фізичний і психологічний стрес. Крім того, інші фактори, такі як харчові звички, спосіб життя, вживання ліків, паління, вживання алкоголю та наркотичних речовин, поряд із психологічними й екологічними факторами можуть впливати на характер сну [3, с. 276]. Скорочення тривалості та якості сну серед населення пов'язано зі змінами в способі життя, поширенням використання сучасних технологій і підвищенням трудових і соціальних потреб.



Криза суспільства останніми роками чинить дестабілізуючий вплив на життя населення, в тому числі й на здоровий сон. Суспільство переживає стан невизначеності та розчарування. Різні верстви населення по-своєму чутливі до переживання соціальних проблем і в деяких випадках завдають шкоду своєму здоров'ю. Тож проблема здорового сну є досить актуальною натеper.

Якість сну є мірою як кількісного, так і якісного компоненту сну. Кількісний компонент включає тривалість сну, тоді як якісний компонент є суб'єктивною мірою глибини й відчуття спокою при пробудженні [5, с. 194].

Хороша якість сну асоціюється з широким спектром позитивних результатів, таких як покращення здоров'я, зниження денної сонливості, покращення самопочуття і психологічного функціонування. Погана якість сну є однією з визначальних ознак хронічного безсоння [10, с. 383].

Суб'єктивна оцінка якості сну в людей у разі його порушення різна залежно від того, в яку фазу сну відбулось пробудження – у фазу повільного сну або фазу швидкого сну. Так, у разі пробудження з глибокої стадії повільного сну особливо на початку ночі люди з порушеннями сну в більшості випадків вважають, що був короткий неглибокий сон, а деякі з них навіть заперечують появу сну, стверджуючи, що в цей час не спали. Недооцінюючи якість сну при пробудженні в його повільній фазі, люди, які страждають порушеннями сну, незадоволені своїм нічним сном.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Хоча конструкція якості сну широко використовується, огляд літератури демонструє, що вона ще не повністю зрозуміла. Дійсно, Акерстедт, Юм, Майнерс і Ватерхаус [4, с. 287] зазначили, що, «схоже, дуже мало систематичних знань про те, що насправді являє собою суб'єктивно хороший сон і як його слід вимірювати». А Буїс та ін. [5, с. 193] називають якість сну «складним явищем, яке важко визначити й виміряти об'єктивно». Справді, емпіричні результати підкреслюють складність якості сну особливо в тому, що стосується пацієнтів із безсонням. Дослідження показали, що «історія хронічного безсоння не передбачає поганий сон за ЕЕГ» [13, с. 475].

Так само якість сну не пов'язана прямо з кількістю сну. Наприклад, поширений у літературі висновок, що самооцінка сну погано корелює з певною полісомнографією сну [12, с. 553]. Дійсно, Едінгер і його колеги [8, с. 587] розрізняють дві групи: групу суб'єктивного безсоння, яка відповідала

критеріям безсоння, але мала нормальний сон за полісомнографією, і групу суб'єктивно задоволених сном, які відповідали критеріям «хорошої якості сну», але об'єктивно мали порушення сну за полісомнографією. Виявлено, що психологічні змінні розрізняють ці дві групи: в групі суб'єктивного безсоння проявляється більш пригнічений настрій, занепокоєння, у них більше дисфункціональних переконань щодо сну порівняно з групою суб'єктивно задоволених сном. Ці результати підкреслюють складність поняття якості сну й важливість розуміння суб'єктивного значення якості сну. Відповідно, широкою метою огляду є надання інформації для покращення розуміння суб'єктивного значення якості сну [10, с. 383].

**Метою дослідження** є проаналізувати й описати особливості суб'єктивної якості сну та розробити модель дослідження суб'єктивної якості сну.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** Як впливає з постановки проблеми й аналізу останніх досліджень і публікацій, сон виявляється важливою потребою людини, що задовольняє основні фізичні та психічні потреби, але за наявності деяких відхилень у здоров'ї людини може викликати скорочення тривалості та якості сну.

Досліджуючи проблеми скорочення тривалості та якості сну, ми виявили, що тривалість сну є одним із компонентів якості сну, де якість сну розглядається нами як фізіологічна і психологічна особливість, яка відповідає певним визначеним компонентам, що вимірюються методами об'єктивної й суб'єктивної оцінки.

Якість сну вимірюється за допомогою таких об'єктивних і суб'єктивних методів і методик:

- лабораторне клінічне спостереження за сном, відоме як полісомнографія;
- щоденник сну;
- Пітсбургський опитувальник якості сну (PSQI);
- шкала дисфункціональних переконань щодо сну;
- Епвортська шкала сонливості.

В експериментальних роботах зазначають, що порушення сну можуть бути викликані в ситуації стресу і здорових досліджуваних. У ретроспективних дослідженнях хворих у більшості випадків удається виявити стресові події, пов'язані з початком хвороби або погіршенням стану. Однак важливіша роль психологічних факторів при хроніфікації розладів сну. Наприклад, інсомнія. Згідно з реконцептуалізацією когнітивної моделі інсомнії Е. Харвей

[15, с. 416], перехід інсомнії в хронічну форму залежить не стільки від частоти порушень сну, скільки від тривоги щодо сну. Об'єктивні та суб'єктивні характеристики сну при гострій інсомнії не дають змоги прогнозувати її подальший перебіг.

Навпаки, в проспективних дослідженнях психологічні фактори (тривожність, депресивність, уявлення про сон і безсоння, вираженість думок перед сном) передбачають складність інсомнії, а вплив на них за допомогою когнітивно-біхевіоральної психотерапії призводить до покращення стану хворих. Симптоми інсомнії викликають у людини тривогу за свій сон і страх не заснути, пов'язані в тому числі з дисфункціональними переконаннями стосовно сну [11, с. 410], що призводить до виникнення хронічної форми інсомнії.

У сучасному когнітивному підході в психології накопичені емпіричні дані в підтримку важливої ролі емоційних, когнітивних і поведінкових факторів у провокації та хроніфікації порушення сну. При цьому відносно давно відомі факти про зв'язок порушень сну з неспецифічними факторами – стресом, депресією і тривогою. Водночас дані про роль специфічних феноменів – тривоги та переконань щодо сну, думок перед сном, поведінки з регуляції свого сну – з'явилися відносно нещодавно, притому вони розглядаються переважно як вторинні фактори хроніфікації розладів сну.

У психосоматиці та психології здоров'я фактори, які впливають на соматичні захворювання, поділяють на фактори, сприятливі до захворювання, фактори-тригери, хроніфікуючі й буферні фактори, що перешкоджають розвитку захворювання. Розвиток порушення сну може бути пов'язаний із широким колом соматичних, психічних та інших факторів. У значній кількості випадків у розвитку порушень сну, особливо суб'єктивних, беруть участь психологічні фактори [2, с. 331].

У більшості сучасних психологічних і психофізіологічних моделей інсомнії порушення сну розуміється як наслідок збудження – фізіологічного, когнітивного або емоційного напруження. При цьому самі симптоми порушення сну, стимулюючи людину до осмислення свого стану й пошуку шляхів подолання проблеми, можуть «запускати» процеси хроніфікації.

Як правило, до таких факторів належать такі [1, с. 94]:

1. Дисфункціональні переконання щодо сну та інсомнії – система уявлень і переконань людини про сон, безсоння, їх закономірності, про можливі наслідки безсоння й методи боротьби з ними. При цьому Ч. Морін розділяє два механізми впливу

дисфункціональних переконань щодо сну: погіршення сну за рахунок посилення тривоги стосовно сну та формування неадаптивної поведінки для опанування безсоння (наприклад, прагнення «відіспатися», прагнення дати собі відпочити).

2. Шотландські спеціалісти К. Харві й К. Еспі [11, с. 410] припустили, що зміст і частота думок, які заважають заснути хворим, мають відрізнятися від змісту та частоти проявлення такого роду думок людей, які добре сплять, і ця підвищена когнітивна активність виступає як фактор, який запускає та хроніфікує порушення сну. Образи й думки перед сном у хворих на інсомнію більш травмувальні та частіше стосуються минулого часу, ніж у людей, які добре сплять, причому образи сприймалися хворими як менш негативні й менш контролюючі, ніж думки.

В іншому дослідженні показано, що нав'язливі думки у хворих на інсомнію дійсно зустрічаються частіше, ніж у людей, які добре сплять, і, як правило, зміст цих думок представлено роздумами про причини поганого стану, настрою, низькою концентрацією уваги, втоми, тобто думки про симптоми.

3. У модифікації когнітивної моделі порушення сну Е. Харвей велика увага відводиться самообмежувальній поведінці. Припускається, що вибіркова увага до сну як реакція на його порушення призводить до пошуку негативних денних наслідків поганої ночі, а потім і до бажання поберегти себе від подальших порушень.

Іншим поведінковим фактором, який набрав популярність завдяки біхевіоральному підходу, є порушення гігієни сну – регулярності в циклі «сон – неспання» і правил комфортного сну. При цьому порушення гігієни сну часом розглядається як наслідок самообмежувальної поведінки: прагнення берегти себе й відпочивати призводить до нерегулярності в циклі «сон – неспання».

Ґрунтуючись на дослідженнях у психології тілесності, О.Ш. Тхостов та О.І. Расказова припустили, що корелят уваги до сну – це увага до тілесних відчуттів, пов'язаних зі сном, як частим проявом порушень неспання при інсомнії [2, с. 331]. У хворих на інсомнію більшою мірою, ніж у контрольній групі, відзначаються іпохондричні й алекситимічні тенденції, що виражаються в підвищеній увазі до негативних тілесних відчуттів (сприйняття їх як хворобливих і небезпечних) і недооцінці тілесних відчуттів, відсутності скарг на вегетативні симптоми відповідно. У клінічній групі обидві тенденції пов'язані з погіршенням суб'єктивного й об'єктивного сну.



У хворих на інсомнію більшою мірою, ніж у контрольній групі, виражені хроніфікуючі фактори інсомнії: думки перед сном і дисфункціональні переконання щодо сну. Думки, що заважають заснути, і дисфункціональні переконання щодо сну пов'язані зі зниженням суб'єктивної якості сну й більшою тяжкістю інсомнії, а також невеликим погіршенням об'єктивної якості сну. Загалом отримані дані підтверджують зв'язок таких психологічних чинників, як тривога щодо сну, переконання щодо сну й думки, що заважають заснути, з хроніфікацією первинної інсомнії [2, с. 335].

Варто зазначити, що більшість оцінок якості сну залежить від індивідуального сприйняття. Таке сприйняття, ймовірно, залежить від особистості людини, тобто особистість є предиктором об'єктивних параметрів сну. Це говорить про те, що зв'язок між особистістю і сном може бути важливим під час оцінювання якості сну й особливо суб'єктивної якості сну.

Якість сну може впливати на інтероцепцію в людей з різними діагнозами психічного здоров'я. Інтероцепція – це відчуття, за допомогою якого внутрішні тілесні зміни сигналізуються та сприймаються. Індивідуальні відмінності пов'язані з емоційним стилем і вразливістю до афективних розладів. Порушення сну може сприяти вираженню афективної психопатології через вплив на сприймаючі та інтерпретуючі аспекти тілесної поінформованості [7, с. 163].

Інтероцептивні відчуття – це спосіб розуміння людиною своїх внутрішніх органів. Під цим поняттям ми розуміємо не тільки те, як людина відчуває своє тіло, а й те, як людина визначає, реагує й інтерпретує свої відчуття. Окрім внутрішніх відчуттів, інтероцептивні відчуття залежать від образу тіла [7, с. 163].

Інтероцептивна інформація сприяє регуляції циклів сну-неспанья: сон виникає в результаті взаємодії між гомеостатичним процесом, залежним від схильності до сну, і незалежним від сну циркадним процесом. Відповідно, погана якість сну може порушувати обробку вісцеросенсорної інформації, включаючи серцево-судинні сигнали. Нормальний сон супроводжується передбачуваними змінами фізіології тіла: зниження артеріального тиску та частоти серцевих скорочень спостерігається, коли людина переходить від неспанья до сну без швидких рухів очей (NREM).

Підвищення артеріального тиску та частоти серцевих скорочень періодично відбуваються під час NREM сну. Під час швидкого сну артеріальний тиск і частота серцевих скорочень можна порівняти з неспанням.

Крім того, сонливість зменшує фізіологічне збудження, включаючи частоту серцевих скорочень, особливо за відсутності вимоги стосовно того, щоб не спати [6, с. 44].

Проблеми зі сном є раннім індикатором психологічного розладу, вони пов'язані з депресією і тривогою. Погана якість сну може здійснювати різноманітний вплив на інтероцепцію в людей з різними діагнозами психічного здоров'я. Знижена інтероцептивна точність вирізняється в осіб із депресією та суїцидальністю, хоча підвищена інтероцептивна точність часто пов'язана з вираженим панічним розладом, панічними атаками та іншими тривожними розладами. Поганий сон пов'язаний зі специфічним дефіцитом когнітивного функціонування й обробки емоційальної інформації [14, с. 555].

Відсутні опубліковані праці, де досліджують, чи пов'язана якість сну з порушеннями інтероцепції, різноманітні ефекти якості сну для осіб з різними діагнозами психічного здоров'я. Донна Л. Юінг та інші провели дослідження, яке спрямовано на вивчення зв'язків між якістю сну та різноманітними аспектами інтероцепції в осіб з діагнозом психічного здоров'я й без нього.

У результаті самооцінки якості сну (а саме ефективність сну і труднощі зі сном) по-різному впливає на різноманітні аспекти інтероцепції: погана якість сну пов'язана з негативним впливом на об'єктивну точність інтероцепції в пацієнтів з депресією чи тривожністю, а також на інтероцептивну усвідомленість у пацієнтів з діагнозами чи без них, але з підсиленням суб'єктивної інтероцептивної чутливості [9, с. 170].

Отже, з огляду на всю вищенаведену інформацію з аналізом літератури та попередніх досліджень щодо сну, якості сну, суб'єктивної якості сну й проаналізувавши зв'язок цих явищ з різноманітними факторами, зокрема психологічними, та явищем інтероцепції, ми дійшли висновку щодо створення власної моделі для дослідження суб'єктивної якості сну. Запропоновану модель ми зобразили (рис. 1) графічно.

Суб'єктивна якість сну є центральним елементом дослідження, тобто його об'єктом. Так само як на сон, на самооцінку сну – суб'єктивну якість, можуть впливати різноманітні фактори. Так як для нас цікавіші саме психологічні фактори, ми виокремимо тільки їх. Ці фактори можуть впливати як негативно, так і позитивно. Наприклад, фактор тривожності може впливати негативно на суб'єктивну якість сну, а фактор емоційної стабільності може впливати позитивно.

Задля охоплення більш повної картини в дослідження варто ввести змінну, яка



**Рис. 1. Модель дослідження суб'єктивної якості сну**

буде визначати тілесні реакції та відчуття. Для цього ми скористалися явищем інтероцепції, адже інтероцептивні відчуття – це не тільки те, як людина відчуває своє тіло, а й те, як людина визначає, реагує й інтерпретує свої відчуття. Під час визначення суб'єктивної якості сну виявлення та інтерпретація власних відчуттів є однією з основ того, як людина загалом оцінить власний сон і самопочуття перед, під час і після сну, а також свій стан протягом часу неспання.

У нашій моделі ми не будемо просто виявляти взаємозв'язок між психологічними й іншими факторами, якістю сну, самооцінкою сну та інтероцептивною чутливістю. Однією з ідей цієї моделі є виокремлення типів інтероцептивної чутливості. У кожного з типів можуть відрізнятися психологічні фактори й позитивний чи негативний вплив їх на суб'єктивну якість сну.

У подальшому можна буде працювати з кожним із типів інтероцептивної чутливості для збалансованості цих відчуттів (зниження або підвищення) залежно від того, як конкретний тип буде взаємопов'язаний із самооцінкою якості власного сну.

**Висновки з проведеного дослідження.** На підставі здійсненого теоретичного аналізу ми здійснили спробу побудови власної моделі дослідження суб'єктивної якості сну. При цьому ми взяли за основу дослідження Донни Л. Юїнг та інших, які вивчали зв'язки між якістю сну й різноманітними аспектами інтероцепції в осіб з діагнозом психічного здоров'я та без нього.

Запропонована модель дослідження перебуває на початковій стадії розроблення, тож перспективою є подальше теоретичне й емпіричне дослідження явища суб'єктивної якості сну, щоб уточнити всі елементи

моделі та підтвердити чи спростувати її доцільність і зможу подальших досліджень за допомогою цієї моделі.

#### ЛІТЕРАТУРА:

1. Рассказова Е.И. Психологические факторы хронификации инсомнии: подход психологии телесности. *Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия «Психология»*. 2017. Т. 10. № 4. С. 94–102.
2. Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш. Психологические факторы хронической инсомнии и субъективная и объективная картина сна. *Вестник Томского государственного университета*. 2009. № 323. С. 331–335.
3. Effects of subjective sleep quality on the quality of life in patients with chronic anorectal disorder / B.D. Akçay, D. Akçay, O. Eyigün, V.O. Gül, S. Özer. *Turk J Surg*. 2018. № 34(4). P. 276–281.
4. The subjective meaning of good sleep, an intraindividual approach using the Karolinska Sleep Diary / T. Ak-erstetd et al. *Percept Mot Skills*. 1994. № 79. P. 287–296.
5. The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research / D.J. Buysse et al. *Psychiatry Res*. 1989. № 28. P. 193–213.
6. Cardiovascular autonomic dysfunctions and sleep disorders / G. Calandra-Buonaura et al. *Sleep Medicine Reviews*. 2016. № 26. P. 43–56.
7. Sleep and the heart: Interoceptive differences linked to poor experiential sleep quality in anxiety and depression / D.L. Ewing et al. *Biological Psychology*. 2017. Vol. 127. P. 163–172.
8. Insomnia and the eye of the beholder: are there clinical markers of objective sleep disturbances among adults with and without insomnia complaints / J.D. Edinger et al. *J Consult Clin Psychol*. 2000. № 68. P. 586–593.
9. Sleep and the heart: Interoceptive differences linked to poor experiential sleep quality in anxiety and depression / D.L. Ewing et al. *Biological Psychology*. 2017. № 127. P. 163–172.
10. Harvey A.G. The subjective meaning of sleep quality: a comparison of individuals with and without insomnia. *Sleep*. 2008. № 31. P. 383–393.
11. Development and Preliminary Validation of the Glasgow Content of Thoughts Inventory (GCTI): A new Measure for the Assessment of Pre-Sleep Cognitive Activity / K. Harvey et al. *British Journ. of Clinical Psychology*. 2004. Vol. 43. P. 409–420.
12. Moul D.E. Symptom reports in severe chronic insomnia. *Sleep*. 2002. № 25. P. 553–563.
13. Rosa R.R. Reported chronic insomnia is independent of poor sleep as measured by electroencephalograph. *Psychosom Med*. 2000. № 62. P. 474–482.
14. Sleep problems predict and are predicted by generalized anxiety/depression and oppositional defiant disorder / L. Shanahan et al. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014. № 53(5). P. 550–558.
15. The Oxford Handbook of Sleep and Sleep Disorders. Front Cover / Ch.M. Morin, C.A. Espie. Oxford, USA: Oxford University Press, 2012. 600 p.