



Исследование сна и сновидений в соматической практике

Пичугина И.М.¹, Воронцова В.С.¹, Фролов Д.И.

¹ Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии, Москва, Россия

ИНФОРМАЦИЯ О СТАТЬЕ:

Получено: 20.06.2017

Опубликовано: 30.06.2017

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

сон, сновидения, психологическая диагностика,
когнитивно-бихевиоральная психотерапия

АННОТАЦИЯ:

В статье предлагается обзор литературы, посвященный проблеме сна и сновидений в соматической клинике. Сон — еще мало изученная часть жизни человека, особенно с психологической точки зрения. Однако детальное изучение этой проблемы поможет в дальнейшей диагностике и лечении как психической, так и соматической патологии. По данным ВОЗ, примерно 10 % всего населения Земли страдают нарушениями сна, а 5 % — нуждаются в лечении, при этом около 30–40 % всех нарушений сна являются осложнением психических расстройств (Александровский Ю. А., 2000). Однако, ввиду низкой обращаемости населения, во многих случаях причины нарушений сна так и остаются не диагностированы. Среди частых жалоб пациента (особенно в соматических клиниках) — трудность засыпания, частые ночные пробуждения, эмоциональные сновидения или кошмары (Laux G., 2008). Данный обзор дает основания для вывода, что качество сна выступает одним из критериев оценки физического и психического здоровья человека, а сновидения могут служить «сигнальной системой» соматического и психического неблагополучия. В статье описываются различные теории рассмотрения сна и сновидений: с точки зрения психологии, психиатрии, философии, физиологии и другие.



Study of sleep and dreams in somatic practice

Pichugina I.M.¹, Vorontsova V.S.¹, Frolov D.I.

¹ Federal Scientific and Clinical Center of Reanimatology and Rehabilitation, Russia

ARTICLE INFO:

Received: 20.06.2017

Accepted: 30.06.2017

KEYWORDS:

sleep, dreams, psychological diagnosis, cognitive-behavioral psychotherapy

ABSTRACT:

The article reviews the literature devoted to the issue of sleep and dreams in the somatic clinic. Sleep is still a part of a human life, which has been little explored, especially from a psychological point of view. However, a detailed study of this issue will help in the further diagnosis and treatment of psychiatric and somatic pathology. According to WHO, about 10 % of the world's population suffers from sleep disorders, and 5 % needs treatment, while about 30–40 % of all sleep disorders are complications of mental disorders (Aleksandrovsky Yu. A., 2000). However, in view of low demand of the population for treatment, in many cases the causes of sleep disorders remain undiagnosed. Sleep disturbances and difficulty in falling asleep, frequent nocturnal awakenings, emotional dreams or nightmares are among frequent patients' complaints (especially in somatic clinics) (Laux G., 2008). This review gives grounds for conclusion that the quality of sleep is one of the criteria for assessing the physical and mental health of a person, and dreams can serve as a "signal system" of somatic and mental disorder. The article describes various theories how sleep and dreams should be considered: from the point of view of psychology, psychiatry, philosophy, physiology, etc.

CITATION

Пичугина И.М., Воронцова В.С., Фролов Д.И. Исследование сна и сновидений в соматической практике // Живая психология. — 2017. — Том 4. — № 2. — С. 131–140. — doi: [10.18334/lp.4.2.38384](https://doi.org/10.18334/lp.4.2.38384)

Pichugina I.M., Vorontsova V.S., Frolov D.I. (2017). Issledovanie sna i snovideniy v somaticheskoy praktike [Study of sleep and dreams in somatic practice]. *Zhivaya psikhologiya*, 4(2), 131–140. doi: [10.18334/lp.4.2.38384](https://doi.org/10.18334/lp.4.2.38384)



В сновидениях наше тело используется психикой как метафора. Почти любое физическое заболевание скрывает под собой психологическую причину. В древности под этим понималось, что в здоровом организме энергия передвигается свободно, в то время как при длительном пребывании в состоянии стресса эта энергия блокируется, что приводит к болезни. Кроме того, по их мнению, в отдельных случаях энергия живет своей жизнью и выражается во сне. В древней Греции Аристотель и Гиппократ считали, что соматическое состояние включается в сновидения, и по ним можно диагностировать болезнь или прогнозировать ее до клинического проявления [2, 9].

Ярким представителем рассмотрения сна с философской точки зрения является Рене Декарт. Он задавался вопросом доказательства того, что все вокруг не является сном. Чтобы ответить на данный вопрос, он предложил «принцип корректности», который заключается в том, что если переживания человека связаны с предшествующим опытом жизни и тесно связаны с ней, то эти переживания не сон. В своей работе «Рассуждение о методе» он пишет: «В мыслях наших, не могущих быть всегда верными по причине нашего несовершенства, во время бодрствования должно быть больше правды, чем во время сна» [10]. В свою очередь, Артур Шопенгауэр отрицал четкое различие между сном и бодрствованием. Он считал, что жизнь и сны являются страницами одной книги, чтение которой и есть реальная жизнь. И когда мы спим, то эти страницы продолжают перелистываться по воле случая [27].

С психологической точки зрения сон исследуется относительно недавно. В на-

стоящее время психологи понимают под понятием «сон» специфическое, периодически возникающее функциональное состояние человека. Оно характеризуется значительной обездвиженностью и отстраненностью от воздействия на чувствительную сферу из внешнего мира. В психологии сны относятся к области бессознательного (скрытым желаниям, влечениям, страхам и тревогам), что, в свою очередь, является отражением действительности [13, 23, 25] (*Fromm, 1994; Malkolm, 1993*). В своей работе «Толкование сновидений» З. Фрейд описывал сон как «королевскую дорогу» к нашему бессознательному [24]. Он принимал сон за попытку осуществления своих подавленных, запретных, вытесненных желаний. Фрейд предполагал, что человек, который увидел сны, уже знает значение своих сновидений, и целью психоанализа является помочь отыскать и понять ему это знание. Он назвал сны символическим «искаженным заместителем бессознательного» и считал, что основная задача сновидца заключается в поиске сути этого бессознательного и его правильной интерпретации. Согласно этой теории анализ данных образов поможет понять происходящее с человеком — чего он хочет, чего опасается, куда стремится.

” Почти любое физическое заболевание скрывает под собой психологическую причину.

Almost every physical disorder hides underneath it a psychological cause.



” В сновидении бессознательное пытается нам сказать о каком-либо заболевании.

In a dream the unconscious tries to tell us about a disease.

К. Г. Юнг внес огромный вклад по признанию не только наличия неотъемлемости и ценности Души и высшего разума, но и того, что это заслуживает особого внимания, понимания и развития для достижения гармонии целого. И осуществляется эта гармония за счет сна. В процессе толкования сновидений Фрейдом и Юнгом использовался метод прямых ассоциаций, в котором используются наводящие и уточняющие вопросы, направленные на раскрытие каждого образа из сновидения [28] (*Yung, 1991*).

Антонио Менегетти придавал большое значение для жизни и здоровья человека символике сновидений. Менегетти создал свою систему толкования сновидений, основанную на «рациональном» толковании образов, и назвал ее «Имагогика». Он считал, что образы в сновидениях являются врожденной «системой саморегуляции» нашего организма. В своей книге «Мир образов» Менегетти пишет о том, что реальная действительность субъекта является основой для сценариев его сновидений. Наши сновидения зависят от того, какой опыт приобрел человек за день, какие эмоции испытывал и какой выбор был сделан, так как у сновидения свой язык «натуристических и биологических выгод» [14] (*Menegetti, 2015*).

Арнольд Миндел, исследовав скрытый смысл соматических симптомов, обнаружил, что наше бессознательное путем этих симптомов общается с нами. Подобное происходит и в сновидениях. Он писал, что как симптом привлекает внимание к организму и болезни, так и «сновидящее тело» обращает нас к причине болезни, указывая тем самым на источник заболевания [15].

Физиология сна развивалась не отдельно от других наук. Однако первоначальное мнение было далеко от современных представлений. Так, доктор Окс считал причиной сновидений специфические «гипнотоксины», которые являются следствием «самоотравления мозговых клеток» продуктами обмена веществ, накапливаясь в организме во время бодрствования [16] (*Oks, 1880*).

В настоящее время доказано, сон со сновидениями являются разновидностью неполного торможения коры больших полушарий. Сновидений не будет в случае глубокого сна, когда кора глубоко заторможена и приходящие от органов чувств импульсы не поступают. Таким образом, для того чтобы создались зрительные образы, которые мы называем сновидениями, необходимо, чтобы это торможение ослабло и проникающие в кору импульсы возбуждения передавались между клетками, что чаще всего происходит ближе к утру [11] (*Kovalzon, 2011*).

Физиологами разработана и подтверждена висцеральная теория сна, в основе которой лежит предположение, что те же самые корковые зоны и те же самые нейроны, которые в бодрствовании анализируют сигналы из внешней среды, в состоянии сна переключаются на анализ информации от внутренних органов. Но, кроме ЦНС, на сон могут



влиять эндокринная система, внешние факторы, эмоциональный фон и состояние внутренних органов. Так, по мнению Пигарева И. Н., механизм эмоциональной оценки был создан первоначально именно для обеспечения работы висцеральных систем организма и лишь позже, по мере усложнения мозга и появления новых форм взаимодействия организма с внешней средой, был применен и к обработке внешних сигналов [18]. Поэтому зачастую в сновидениях можно увидеть отражение происходящих нарушений во внутренних органах по причине того, что многие из них связаны с корой больших полушарий головного мозга. В силу заполненности сознания более сильными впечатлениями внешнего мира днем, мы не обращаем внимания на сигналы, идущие от внутренних органов. Ночью же путем создания кошмарных сновидений наше бессознательное пытается нам сказать о каком-либо заболевании [26] (*Shvarts, 2009*). Например, частый источник неприятных сновидений — это нарушения во время сна функции сердечно-сосудистой системы. Так, профессор М. И. Аставацатуров признавал предвестником заболевания сердца тревожные сновидения (например, падение в пропасть или обрыв), особенно в сочетании с внезапными пробуждениями и безотчетным страхом смерти [6], при условии отсутствия других субъективных жалоб, которые могли бы указывать на данное заболевание [21].

Однако есть некие трудности, которые заключаются во всевозможных случайностях и отклонениях при диагностике с помощью сновидений. Вовсе не каждый кошмарный сон может указывать на какое-то заболевание. Довольно часто внешние факторы, влияющие на человека во время сна, могут стать при-

чиной неприятных сновидений, например запахи и свет или же просто неудобное положение спящего. Однако если какой-то неприятный сон однотипен и навязчив, то он может указывать на большую вероятность скрытого заболевания.

Первым шагом к избавлению от бессонницы является диагностика причин расстройства сна — от врачебного осмотра до проведения полисомнографии (регистрации некоторых показателей жизнедеятельности спящего человека).

К психологическим методам исследования сна относят тесты и опросники, направленные на выявление особенностей состояния человека, связанных со сном. Поскольку многие психические расстройства сопровождаются нарушениями сна, то целесообразно применять психологическую диагностику заболевания. Для этих целей используются тесты для выявления тревоги, депрессии, особенностей личности и др. [4, 12, 17] (*Pervov, 1965*).

Дневник сна является одним из важнейших методов диагностики нарушений сна, в котором пациент отмечает:

- 1) Количество часов сна.
- 2) Качество сна, его прерывистость и поверхностность.

” Наибольшую степень доказанности имеет когнитивно-поведенческая терапия нарушения сна.

Cognitive-behavioral therapy for sleep disorders has the highest degree of proof.



Таблица

Анкета качества сна

Пациенту рекомендуется оценить нижеописанные показатели сна по 5-балльной шкале, где 1 балл — плохо, а 5 баллов — отлично, затем просуммировать полученные баллы за все вопросы.

1.	Скорость засыпания	1	2	3	4	5
2.	Продолжительность сна	1	2	3	4	5
3.	Глубина сна	1	2	3	4	5
4.	Самочувствие после утреннего пробуждения	1	2	3	4	5
5.	Количество ночных пробуждений	1	2	3	4	5
6.	Количество сновидений	1	2	3	4	5

Источник: [7] (Veyn, Levin, 1998).

- 3) Время, ушедшее на засыпание.
- 4) Время утреннего пробуждения.
- 5) Деятельность, предшествующая сну.

Кроме него используется анкета качества сна (*таблица*), в которую включены вопросы удовлетворенности сном.

Результаты трактуются так.

Если Вы набрали в сумме **более 22 баллов**, то у Вас нет значимых расстройств сна.

Если **более 19, но менее 21**, то у Вас нарушения сна носят невыраженный характер (возможна компенсация нелекарственными средствами), но требуют уточнения у специалиста (сомнолога).

Если Вы набрали **менее 19 баллов**, то Ваши нарушения сна требуют обязательного обследования и лечения у врача-сомнолога.

В последнее время по всему миру наиболее распространен Питтсбургский опросник оценки качества сна (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI) [5, 29] (Buysse, Reynolds, Monk, Berman, Kupfer, 1989). В нем оцениваются нарушения за

месяц по таким параметрам, как обычное время отхода ко сну, обычное время подъема, продолжительность сна. Кроме того, анализируются причины пробуждений, регулярность и частота их возникновения, качество сна, необходимость приема снотворных препаратов.

Лечение нарушений сна — задача непростая. Начать стоит в первую очередь с отказа от дневного сна, не допускать переедания в вечернее время, следовать распорядку дня, проветривать и зашторивать помещение, соблюдать режим труда и отдыха. Исключить вечерние игры, просмотр телевизора, чтение книг, а также избавиться от стресса и приобретения новых позитивных эмоций [8] (Veyn, 1979). В случае если данные приемы не помогают, следует обратиться к психотерапевту, а также заняться терапией основного соматического, неврологического или психического заболевания. В лечении инсомний часто используются снотворные средства, эффективность которых при длительном применении сомнительна, а при дли-



тельном приеме к ним развивается толерантность, злоупотребление, а также часто при резкой отмене возникает синдром отмены [3]. Поэтому начинать терапию инсомнии необходимо с психотерапии, которая в настоящее время представлена разными направлениями. Однако наибольшую степень доказанности [20, 22] (*Karvasarskiy, 2002*) имеет когнитивно-поведенческая терапия (когнитивно-бихевиоральная терапия, КБТ). Когнитивная часть терапии заключается в информировании пациента о сне и его нарушениях, а в основном — в выявлении и когнитивном оценивании автоматических мыслей о сне, способствующих усугублению инсомнии [19]. Помимо классического выявления автоматических мыслей с помощью сократического диалога используется анкета Морина [31]. Поведенческий аспект КБТ инсомнии включает в себя терапию контролем стимулов (если пациент не может заснуть в течение 20 минут, то встает с постели, чтобы пребывание в постели не ассоциировалось с дискомфортом от невозможности заснуть), а также терапию ограничением сна (время пребывания в постели уменьшается до тех пор, пока 80–90 % времени проведенного в постели не будет занимать сон) [32].

Также используется релаксация и метод парадоксальной интенции. Парадоксальная интенция при нарушениях сна используется следующим образом: пациенту дается инструкция стараться не уснуть после того, как он ляжет в постель. Часто это облегчает процесс засыпания [31]. В заключении хотелось бы отметить, что сон является физиологическим проявлением здоровья человека. Его нарушения могут быть причиной, следствием или проявлением психического или соматического неблагополучия. Сон —

еще мало изученная часть жизни человека, особенно с психологической точки зрения. Однако исследования в данном направлении могут открыть путь к диагностике и лечению как психической, так и соматической патологии. Одним из важных и перспективных направлений в лечении нарушения сна можно считать когнитивно-поведенческую терапию.

ИСТОЧНИКИ:

1. Александровский Ю.А. Современная психофармакотерапия психогенных расстройств сна. — Москва, 2000.
2. Аристотель. О сновидениях / Пер. О.А. Чулкова. — СПб: Академия, 2005. — С. 423–432
3. Аязбаев Ж.А., Есимов Н.Б., Яровая Т.А., Измаилова Н.Т. // Вестник Алматинского государственного института усовершенствования врачей. — 2011.
4. Барбара Б. Бессонница и расстройства сна. — Москва, 1995. — 179 с.
5. Борисова С.Н., Ганиева М.А. Адаптация Оксфордского опросника качества сна // Будущее клинической психологии. Выпуск 1. — 2008.
6. Васильев Л.Л. Таинственные явления человеческой психики. — Москва, 1984. — 153 с.
7. Вейн А.М., Левин Я.И. Принципы современной фармакотерапии инсомний // Журнал неврологии и психиатрии. — 1998. — № 5. — С. 39–43.
8. Вейн А.М. Три трети жизни. — М.: Знание, 1979.
9. Гиппократ. Сочинения. Избранные книги / Пер. В.И. Руднева, комм. В.П. Карпова. — М.: Биомедгиз, 1936. — 736 с.
10. Декарт Р. Сочинения. В 2-х тт. Т. 1. — Москва, 1989. — С. 250–296.
11. Ковальзон В.М. Основы сомнологии. Физиология и нейрохимия цикла бодрство-



- вание-сон. — М.: Бином. Лаборатория знаний, 2011. — 239 с.
12. Инсомния: современные диагностические и лечебные подходы / Я.И. Левин, Г.В. Ковров, М.Г. Полуэктов [и др.]. — Москва, 2005.
 13. Малкольм Н. Состояние сна / Пер. с англ. и предисл. В.П. Руднева. — М.: Прогресс: Культура, 1993. — 174 с.
 14. Менегетти А. Мир образов. — М.: НФ «Антонио Менегетти», 2015. — 100 с.
 15. Минделл А. Работа со сновидящим телом // Московский психотерапевтический журнал. — 1993. — № 1–3.
 16. Окс Б.А. Физиология сна и сновидений. — Одесса: Типография П. Францова, 1880. — 119 с.
 17. Первов А.И. Сон и его нарушения. — М.: Медицина, 1965. — 40 с.
 18. Пигарев И.Н. Висцеральная теория сна // Журнал высшей нервной деятельности им. И.П. Павлова. — 2013. — № 1. — С. 86–104.
 19. Когнитивно-бихевиоральная терапия психических расстройств / Я. Прашко, П. Можны, М. Шлепецки [и др.] // М.: Институт общегуманитарных исследований, 2015. — 1072 с.
 20. Карвасарский Б.Д. Психотерапия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. — СПб: Питер, 2002. — 672 с.
 21. Сборник трудов, посвященный памяти заслуженного деятеля науки профессора М.И. Аствацатурова / Под ред. С. Ерхуна. — Издание больницы имени Свердлова, 1937. — 528 с.
 22. Старостин О.А. Целостный (холистический) подход в психотерапии соматоформных расстройств // Сборник материалов VIII международного конгресса. — Санкт-Петербург, 2013. — С. 57–60.
 23. Тхостов А.Ш., Рассказова Е.И. Методы оценки субъективного качества сна и мыслей перед сном. — Москва, 2008. — С. 331–335.
 24. Фрейд З. Собрание сочинений в 26 томах. — Санкт-Петербург, 2005.
 25. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности / Пер. авт. вст. ст. П.С. Гуревич. — М.: Республика, 1994. — 446 с.
 26. Шварц Т. Секреты сновидений. — СПб: Питер, 2009. — 170 с.
 27. Шопенгауэр А. Мир как воля и представление. Т. 2 / Пер. с нем. — Минск: Попурри, 1999. — 479 с.
 28. Юнг К. Архетип и символ / Пер. В.В. Зеленского. — М.: Ренессанс, 1991. — 304 с.
 29. Buysse D.J., Reynolds C.F., Monk T.H., Berman S.R., Kupfer D.J. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research // *Psychiatry Research*. — 1989. — Vol. 28. — № 2. — P. 193–213.
 30. Laux G. *Memorix psychiatrie und psychotherapie* Stuttgart. — New York: Georg Thieme Verlag, 2008. — 510 p.
 31. Morin C.M. *Insomnia: psychological assessment and management*. — New York: Guilford Press, 1993. — P. 428–439.
 32. Shatzberg A.F., DeBatista C. *Manual of Clinical Psychopharmacology*. — 2015. — 795 p.

REFERENCES:

- Buysse D.J., Reynolds C.F., Monk T.H., Berman S.R., Kupfer D.J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193–213.
- Fromm E. (1994). *Anatomiya chelovecheskoy destruktivnosti* [The Anatomy of human destructiveness]. Moscow: Respublika. (in Russian).
- Karvasarskiy B.D. (2002). *Psikhoterapiya* [Psychotherapy]. Saint Petersburg: Piter. (in Russian).
- Kovalzon V.M. (2011). *Osnovy somnologii. Fiziologiya i neyrokimiya tsikla bodrstvovanie-son* [Basics somnology. Physiology and neu-



- rochemistry of wake-sleep cycle]. Moscow: Binom. Laboratoriya znaniy. (in Russian).
- Laux G. (2008). *Memorix psychiatrie und psychotherapie Stuttgart*. New York: Georg Thieme Verlag.
- Malkolm N. (1993). *Sostoyanie sna* [Sleep state]. Moscow: Progress: Kultura. (in Russian).
- Menegetti A. (2015). *Mir obrazov* [World of images]. Moscow: NF "Antonio Menegetti". (in Russian).
- Oks B.A. (1880). *Fiziologiya sna i snovideniy* [Physiology of sleep and dreaming]. Odessa: Tipografiya P. Frantsova. (in Russian).
- Pervov A.I. (1965). *Son i ego narusheniya* [Sleep and its disorders]. Moscow: Meditsina. (in Russian).
- Pigarev I.N. (2013). *Vistseralnaya teoriya sna* [The visceral theory of sleep]. *I.P. Pavlov Journal of Higher Nervous Activity*, 63(1), 86–104. (in Russian).
- Shvarts T. (2009). *Sekrety snovideniy* [The secrets of dreams]. Saint Petersburg: Piter. (in Russian).
- Veyn A.M. (1979). *Tri treti zhizni* [Life in Three Thirds]. Moscow: Znaniye. (in Russian).
- Veyn A.M., Levin Ya.I. (1998). *Printsipy sovremennoy farmakoterapii insomniy* [Modern

- Insomnia Pharmacotherapy*]. *Journal of Neurology & Psychiatry*, 5, 39–43. (in Russian).
- Yung K. (1991). *Arkhetip i simvol* [Archetype and symbol]. Moscow: Renessans. (in Russian).

Сведения об авторах:

Пичугина Ирина Михайловна, кандидат медицинских наук; заведующая лабораторией нейрогастроэнтерологии
E-mail: dr.pichugina@gmail.com

Воронцова Виктория Сергеевна, младший научный сотрудник
E-mail: runa7693@mail.ru

Фролов Дмитрий Игоревич, врач-психиатр, Психоневрологический диспансер № 19 ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы»
E-mail: frelsimun@gmail.com



