

прийняття іншими, особливо друзями, пов'язано з рівнем самооцінки індивіда: найвищий рівень прийняття виявляється у групах з помірною самооцінкою, а найнижчий – у групах з низькою самооцінкою. Між прийняттям себе, прийняттям інших та іншими існує суттєва кореляція.

Висновки. Отже, сучасній психологічній науці не існує єдиної думки щодо вікових меж та розуміння змісту і характеру протікання підліткової кризи. Переживання вікової кризи підлітком розглядається нами як закономірний процес його індивідуального розвитку. Більшість конфліктів підліткового віку як зовнішнього, так і внутрішнього плану має соціальний характер та пов'язана з проблемами в такому важливому виді діяльності для підлітків, як спілкування.

Перспективи подальших досліджень. Проаналізовані вище чинники та фактори кризи підліткового віку становлять значний дослідницький інтерес, вартий подальшого вивчення.

Список використаної літератури:

1. Божович Л.И. Этапы формирования личности в онтогенезе / Л.И.Божович// Вопросы психологии. – 1978. – № 4. – С.15– 18.
2. Эльконин Д.Б. Избранные психологические труды / Даниил Борисович Эльконин. М.: Педагогика, 1989. – 256 с.
3. Рубинштейн С.Л. Принципы и пути развития психологии / Сергей Леонидович Рубинштейн. – М.: Наука, 1959. – 205 с.

ЧИННИКИ БЕЗСОННЯ У ДОРΟΣЛОМУ ВІЦІ ТА ЙОГО КОРЕКЦІЯ

УДК 616.12–008.46

Томчук Сергій Михайлович,
*кандидат психологічних наук, доцент,
доцент кафедри психології КВНЗ «ВАНУ»*

Томчук Михайло Іванович,
*доктор психологічних наук, професор,
професор кафедри психології КВНЗ «ВАНУ»*

Актуальність дослідження. За умов карантину, соціально-економічної невизначеності та психологічного стресу внаслідок пандемії COVID-19 стає помітним значне збільшення тривожних, тривожно-депресивних станів та розладів сну серед населення України.

Здоровий сон є необхідною умовою для повноцінного життя та відновлення організму. Безсоння (інсомнія) спричиняє виражений дистрес

або розлад соціальних, професійних та інших важливих аспектів функціонування особистості.

Існуючі дослідження вказують, що дана проблема за звичайних умов наявна у 10% усього дорослого населення та у 20% людей віком понад 65 років (Espie, 2010). Незважаючи на значну поширеність цього стану, він часто залишається недодіагностованим. У зверненні до психологів порушення сну є одним із дуже частих запитів, однак психологи не завжди володіють сучасними знаннями щодо походження даної проблеми та методів її корекції.

Короткий аналіз останніх досліджень і публікацій з проблеми. Вивченню проблеми порушення сну присвячені праці ряду вчених. Психофізіологічні та нейропсихологічні аспекти було розкрито в працях Анохіна П. К., Павлова І. П., питання генези у дослідженнях Дени М., Левина А.Я., Михайлова Б.В., Квасневського О. Л., Фомовського Б. І., проблему корекції порушень сну проаналізовано Курпатовим А. В., Ковпаком Д. В., Томчуком С. М., Espie, Harvey та ін..

Наявний практичний досвід та проведений нами глибокий теоретичний аналіз існуючих досліджень дає нам право стверджувати про те, що детальнішого вивчення потребує проблема поведінкового та когнітивного походження, а також ефективних технологій психокорекції безсоння у дорослому віці.

Таким чином, **метою статті** є розкриття когнітивних та поведінкових механізмів розвитку та корекції порушень сну неорганічної природи.

Виклад основного матеріалу дослідження. За визначенням МКХ-10 та DSM-V, безсоння, що триває від двох днів до двох тижнів, називають гострим, а стан порушеного сну, що охоплює принаймні три ночі на тиждень протягом як мінімум одного місяця, визнають хронічним.

Важливу роль у генезі порушень сну відіграють негативні когніції щодо сну та процесу засинання. Це певні надані катастрофічні значення стосовно сну, яким клієнт довіряє та завдяки яким порушує нормальний його перебіг. За нашим дослідженням, найбільш поширеними когнітивними спотвореннями є наступні: “якщо не буду спати, то станеться лихо ...”, “... вчиню щось неадекватне”, “...стану психічно хворим”, “... захворію на важку хворобу”, “... виснажусь, не зможу працювати чи звільнять з роботи”, “... помру” тощо. Подібні когніції активують інтенсивний або спричиняють хронічний страх у клієнтів, а стан страху та стан сну є несумісними психічними явищами. Отже, враховуючи останнє, одним із напрямків психокорекції безсоння є

декатастрофізація уявлень клієнта за допомогою методів когнітивної психотерапії.

Іншим не менш значимим фактором у генезі безсоння є поведінкові механізми підтримки порушень сну. Так, як видно з рис.1, одним з механізмів є використання поведінки контролю процесу засинання, внаслідок якого автоматичний процес переходу до сну ще більше порушується, а для клієнта це стає підтвердженням його катастрофічних когніцій. Поведінка контролю клієнтів може виражатись у намаганні в різний спосіб викликати сон, бути зосередженим на ньому, концентруватись на чомусь приємному з остраху не заснути, рахувати, відволікатись, не думати про погане, використовувати релаксації, перевіряти котра година, пити лікарські засоби тощо.



Рис.1. Підтримуючі механізми у порушеннях сну

Попри те, що така поведінка клієнта виглядає досить раціональною, однак роблячи ці всі спроби під впливом страху «неспанья», це лише погіршує ситуацію. Іноді подібна поведінка на короткий час може бути

ефективною, однак у довгостроковій перспективі лише посилює страх не заснути. У такому випадку, короткотривалі успіхи із засинанням клієнт починає пов'язувати із поведінкою контролю і вірити у її ефективність, чим послабляє віру у власну спроможність заснути. Додатковим поясненням є також і те, що, коли ми перебуваємо в стані страху, то закономірним є механізм свідомого контролю, перевірки (самосканування) на предмет засинання і, як наслідок, ми собі ще більше не даємо заснути або пробуджуємось навіть тоді, коли відбувається нормальний перехід до сну.

Іншим поведінковим механізмом порушення сну є даремні намагання знешкодити всі подразники, які в свідомості клієнта пов'язуються із проблемою незасинання. Як видно з Рис. 2 та відомо з дослідження явища сенсibilізації, така поведінка не покращує, а ще більше посилює чутливість до різних подразників, чим створює об'єктивну неможливість заснути.

Так, наприклад, клієнт у наслідок фокусування уваги може бути впевненим, що йому заважає заснути звук годинника, а тому він його одразу вимикає. Після цього, він стає ще більш чутливим до звуків і, оскільки засинання так і не відбувається, він і далі гіперпильно відшуковує можливі зовнішні джерела неспокою.

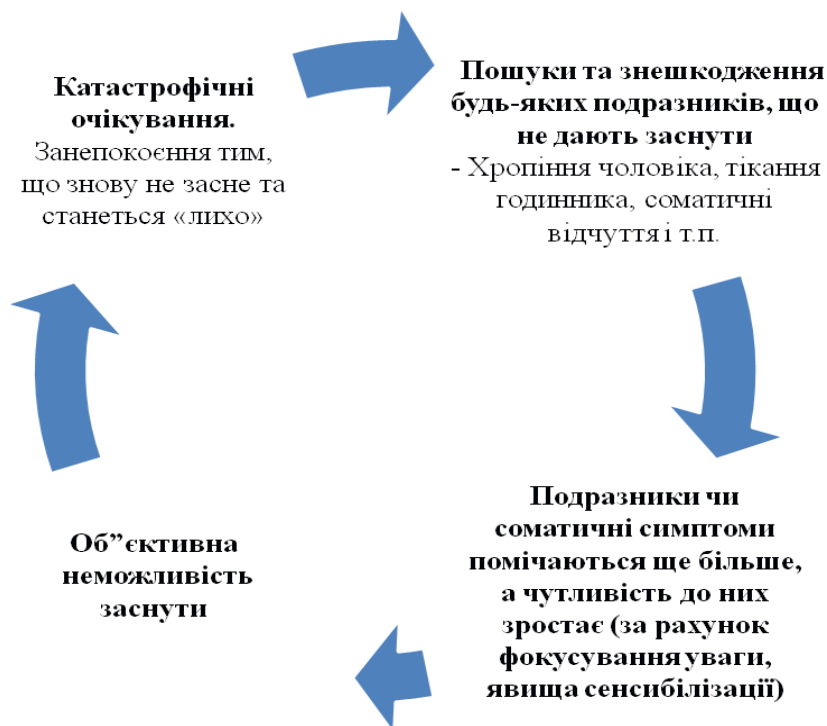


Рис.2. Підтримуючі механізми у порушеннях сну

Ще одним поведінковим механізмом посилення проблеми безсоння є формування негативних умовно-рефлекторних зв'язків, асоціацій з нормальними атрибутами сну та засинання (див. Рис.3). Останнє, пов'язане з явищем класичного та оперантного кондиціонування реакцій у психіці людини. Так, наприклад, якщо клієнт тривало лежить у ліжку занепокоєний тим, що не може заснути, через якийсь короткий час, саме ліжко, місце і час визначений на сон асоціюється у клієнта з тривогою та напруженням, що об'єктивно унеможливорює засинання. До подібних наслідків призводить поведінка, коли клієнт у ліжку визначеному для сну працює з планшетом, переглядає емоціогенні фільми, слухає музику тощо.

До інших чинників порушення сну мають відношення: тривалість денного та нічного сну, відсутність стабільного графіку сну, фізичні навантаження та сильні емоціогенні ситуації перед сном, споживання їжі перед сном, кава, психостимулятори і т.п..



Рис.2. Підтримуючі механізми у порушеннях сну

Враховуючи вище наведені чинники та механізми розвитку розладів сну, нами систематизовано та уточнено ряд загальних та спеціальних методів і умов з метою корекції даної проблеми. До загальних умов гігієни сну можна віднести: відсутність надмірних розумових, емоційних та фізичних навантажень, а також вживання їжі за 1-2 години до сну, чіткий

та стабільний режим дня незалежно від дня тижня (відхід до сну в один і той самий час), оптимізація тривалості добового сну, формування специфічного ритуалу переходу до сну та ін..

Спеціальні корекційні методи та умови були нами систематизовані на підставі науково достовірних підходів лікування розладів сну у когнітивно-поведінковій психотерапії. Основними серед них можна вважати (Вестбрук Д., 2014; Курпатов А.В., 2017): ведення щоденника денного\нічного сну, обмеження сну з метою посилення імпульсу до засинання внаслідок втоми, техніки когнітивної реструктуризації катастрофічних очікувань щодо сну, свідоме виділення фіксованого часу для “цілеспрямованого хвилювання” за довго до сну, метод експозиції до тривожних думок, подразників, що не дають заснути, метод фіксації думок, поведінкові експерименти з метою перевірки катастрофічних думок, пов’язаних зі сном, навчання методам релаксації тощо.

Висновки Таким чином, проблема безсоння у дорослому віці має поліфакторне походження та індивідуальні особливості розвитку, що потребує детального аналізу кожного випадку психологом, а також розробки системи найбільш ефективних методів психокорекції.

Перспективи подальших досліджень. Напрямок наших подальших наукових пошуків буде експериментальне вивчення зв’язків порушень сну із стійкими деструктивними емоційними станами та психічними розладами.

Список використаної літератури:

1. Вестбрук Д., Кеннерлі Г. Вступ у когнітивно-поведінкову терапію. – Львів: Свічадо, 2014. – 420 с.
2. Квасневський О.Л., Фомовський Б.І. Деякі аспекти діагностики та лікування порушень сну // *Международный неврологический журнал*. — 2006. — № 4 (8).
3. Курпатов А.В. 10 рецептов хорошего сна. – М.: Олма Медиа Групп, 2017. – 192 с.
4. Михайлов Б.В. Нарушения сна: клиническая феноменология и принципы восстановительной терапии // *Международный медицинский журнал*. — 1997. — Т. 3, № 3. — С. 80-84.
5. Синапсис діагностичних критеріїв DSM-V / перекл.. з англійської Л. Підлісецької (Серія «Психологія. Психіатрія. Психотерапія»). Львів: *Видавництво УКУ*, 2014. – 112 с.