

ЯКІСТЬ СНУ ОСІБ З РІЗНИМИ ДЕЗАДАПТИВНИМИ СХЕМАМИ

SLEEP QUALITY IN INDIVIDUALS WITH DIFFERENT MALADAPTIVE SCHEMAS

В роботі досліджено якість сну та особливості прояву дезадаптивних схем у 102 осіб, віком від 18 до 62 років. Для дослідження були використані наступні опитувальники: «Піттсбурзький індекс якості сну» (PSQI), «Шкала сонливості» (ESS) Епворта, «Опитувальник ранніх дезадаптивних схем» (YSQ-3) Дж. Янга, а також додаткові запитання про гігієну сну та інші аспекти поведінки, пов'язаної зі сном. За результатами кореляційного аналізу виявлено, що дезадаптивні схеми взаємопов'язані з низькою якістю сну. Встановлено, що загальний показник вираженості схем, а також більшість окремих схем корелюють з низькою якістю сну. За результатами регресійного аналізу доведено, що загальний показник вираженості схем, а також такі дезадаптивні схеми як емоційна депривація, некомпетентність/невідворотність невдач, особливого статусу та прав і пошуку визнання, впливають на погіршення якості сну. Досліджено, що румінації перед сном негативно впливають на якість сну і є пов'язані з дезадаптивними схемами, що робить їх можливою точкою дотику схем до низької якості сну через багаторазове обдумування, яке перешкоджає вчасному засинанню та спокійному сну. Також виявлено, що погана гігієна сну досліджуваних позитивно пов'язана з погіршенням якості сну. Порівняльний аналіз між класстерами, продемонстрував, що досліджувані з високою вираженістю схем, мають вищі показники поганої якості сну, а також те, що румінації перед сном є більш поширеними в групі осіб з більшою вираженістю дезадаптивних схем та менш поширеними в осіб з середнім і низьким рівнем вираженості схем. Результати свідчать про взаємозв'язок та взаємовплив дезадаптивних схем та якості сну, що може бути корисним як у терапії безсоння, так і у схема-терапії. Проте, для кращого розуміння цих взаємозв'язків та взаємовпливів, потрібні додаткові дослідження на цю тему, яких на сьогодні є вкрай мало.

Ключові слова: якість сну, дезадаптивні схеми, румінації, гігієна сну, безсоння.

The study investigated sleep quality and the manifestation of maladaptive schemas in 102 individuals aged 18 to 62 years. The following questionnaires were utilized: the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), the Epworth Sleepiness Scale (ESS), the Young Schema Questionnaire-3 (YSQ-3) by J. Young, along with additional questions regarding sleep hygiene and other sleep-related behaviors. Correlation analysis revealed that maladaptive schemas are significantly associated with poor sleep quality. Specifically, the overall severity of schemas, as well as most individual schemas, correlated with lower sleep quality. Regression analysis demonstrated that the overall schema severity and specific maladaptive schemas—such as emotional deprivation, failure to achieve, entitlement/grandiosity, and approval-seeking—contribute to deteriorated sleep quality. Furthermore, bedtime ruminations were found to negatively affect sleep quality and were associated with maladaptive schemas, suggesting that repetitive negative thinking may serve as a mediating mechanism linking schemas to poor sleep by delaying sleep onset and disrupting restful sleep. Additionally, poor sleep hygiene was positively associated with lower sleep quality. Cluster analysis indicated that individuals with high schema severity exhibited worse sleep quality and were more prone to bedtime ruminations compared to those with moderate or low schema severity. The findings highlight the interconnection and bidirectional influence between maladaptive schemas and sleep quality, which may be relevant for both insomnia treatment and schema therapy. However, further research is required to deepen the understanding of these relationships, as studies on this topic remain scarce.

Key words: sleep quality, maladaptive schemas, ruminations, sleep hygiene, insomnia.

УДК 159.963.24+159.955.1

DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2025.70.20>

Гончарик Ю.І.

здобувач другого рівня вищої освіти
кафедри психології філософського
факультету
Львівський національний університет
імені Івана Франка

Левус Н.І.

к.психол.н., доцент, доцент кафедри
психології філософського факультету
Львівський національний університет
імені Івана Франка

Вступ. Схема-терапія, в контексті якої і розглядаються дезадаптивні схеми, є сучасним інтегративним методом доказової психотерапії, яка зараз стрімко розвивається та стає популярною, в тому числі і в Україні. Проблема якості сну, та її впливу на психічне здоров'я, своєю чергою, була та залишається актуальною завжди. Особливо актуальною її зробили події в Україні, адже і фактор хронічного стресу викликаний різними аспектами повномасштабного вторгнення, і фактори повітряних тривог та вибухів, які часто лунають вночі, негативно впливають на сон українців, та їх психічне здоров'я в цілому. Досліджень, які б вивчали зв'язок якості сну з дезадаптивними схемами є вкрай мало, а потенціал та наслідки такого дослідження можуть бути особливо корисними для фахівців у галузі психічного здоров'я, а саме, для терапії як

безсоння та інших розладів сну, так і самих схем, враховуючи зв'язок цих двох компонентів.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. На сьогодні вдалось знайти лише два дослідження про зв'язок сну з дезадаптивними схемами. В ході першого дослідження [7], яке у 2019 році провели Патрісія Монтейро Родрігес з колегами, з 1253 студентів коледжу, відібрали 249 осіб, які за опитувальником BaSIQS продемонстрували або «погану якість сну», або «хорошу якість сну», після чого вони пройшли опитувальник YSQ-S3 для визначення дезадаптивних схем. Для другого дослідження [4], яке у 2023 році провели Хола Дус Алі Ванда з колегами, було залучено 117 осіб з хронічним безсонням і 76 осіб, які добре сплять. Більшість вибірки складали жінки (81,6% в групі з хронічним безсонням і 79,5% в групі з хорошим сном).

Серед методик дослідники використовували: Індекс тяжкості безсоння (ISI), Шкалу депресії, тривоги та стресу (DASS-21) та YSQ-S3 для визначення дезадаптивних схем. Обидва дослідження виявили зв'язок між поганою якістю сну або безсонням та деякими схемами, а саме: покиннення/нестабільності стосунків; недовіри/скривдження; соціальної ізоляції/відчуження; очікування на катастрофу (вразливість до кривд та хвороб); особливого статусу та прав; самопожертви; негативізму/песимізму; емоційної депривації та підкорення. Загалом, дослідники пояснюють зв'язок поганої якості сну з дезадаптивними схемами через те, що розділяють кожну схему на властиві їй компоненти (тривога, гнів, параноя, самотність та інші), та наводять в якості доказів та пояснень – дослідження, які продемонстрували зв'язок між якістю сну і цим певним компонентом. Попри те, що такий підхід є достатньо виправданим та зрозумілим, прете, може бути корисним також враховувати більш широкий аналіз різних факторів, які можуть впливати на сон у конкретному випадку, або ж застосовувати більш універсальний підхід і звертати увагу лише на загальну надмірну румінацію, яка стосується будь-якої схеми, чи їх комбінацій, і може негативно впливати на процеси, які пов'язані зі сном. Також, дослідники звертають увагу на роль схем у різних психічних розладах [5, 8, 6], які є коморбідними до порушень сну, а також про роль виховання, яке за попередніми дослідженнями [9], також пов'язане з якістю сну. Окремою важливою ідеєю варто виділити взаємозв'язок поганого сну зі схемами, де з одного боку схеми негативно впливають на якість сну, але з іншого, погана якість сну робить нижчим поріг активації схем.

Мета статті: дослідити якість сну в осіб з різним рівнем прояву дезадаптивних схем, гігієни сну та особистісних характеристик.

Виклад основного матеріалу дослідження. Головними двома процесами, які регулюють сон є гомеостатичний потяг, який підтримує баланс та гомеостаз між станом сну та бадьорості, а також циркадні ритми, які реагуючи на світло, передають сигнали у відповідні частини мозку регулюючи потяг до сну та бадьорості [1]. Перший процес стає можливим внаслідок виділення аденозину, який є побічним продуктом виділення енергії в організмі, а другий, регулюється через супрахіазматичне ядро, яке впливає на вироблення мелатоніну [2]. Гомеостатичний потяг посилюється під час неспання та зменшується під час сну, тоді як циркадний сприяє неспанню вдень і сну вночі. Важливою тут також є роль кортизолу, адреналіну та норадреналіну, які можуть виділятися у відповідь на тривожні румінації щодо актуальних проблем людини, або самого страху не заснути, чим і перешкоджають переходу в стан розслаблення, необхідний для засинання та забезпечення якісного сну. Сам сон поділений на 4 стадії. На кожній відбуваються важливі для мозку процеси. Розуміння цих факторів впливу на сон та самих стадій дає

фундаментальне розуміння важливості поведінкових аспектів, такі як гігієна сну.

На якість сну впливають такі фактори, як: час затримки сну, кількість пробуджень уві сні, загальний час неспання внаслідок цих пробуджень, ефективність сну, кількість сну, а також суб'єктивна оцінка та сонливість удень. Також великий вплив має дотримання гігієни сну, але саме тих рекомендацій, які мають емпіричне підтвердження [3]. Погана якість сну коморбідна до різних психічних розладів, а також є самостійними розладами у МКХ, DSM та ICSД. Цікавою та малодослідженою темою є зв'язок якості сну з дезадаптивними схемами. Дослідження показують загальний зв'язок між ними, а також між конкретними схемами і поганою якістю сну.

Ранні дезадаптивні схеми, розглядаються в контексті схема-терапії, яка є сучасним інтегративним методом психотерапії, яку започаткував Джефрі Янг для допомоги клієнтам, для яких класична КПТ не була достатньо ефективною. В основі методу є дезадаптивні схеми, які є глибокими фільтрами, що спотворюють реальність людини, викривлюють сприйняття у відповідності з тими переконаннями та рамками, які були засвоєні в дитинстві [10]. Загалом їх на сьогодні виділено 18: Покиннення/нестабільності стосунків; Недовіри/скривдження; Емоційної депривації; Дефективності/сорому; Соціальної ізоляції/відчуження; Залежності/безпорадності; Очікування на катастрофу (вразливість до кривд та хвороб); Злиття/невідокремленості особистої ідентичності; Некомпетентності/неминучих невдач; Особливого статусу та прав; Недостатнього самоконтролю/самодисципліни; Підкорення; Самопожертви; Пошуку визнання; Негативізму/песимізму; Емоційної інгібіції; Надвисоких стандартів/гіперкритичності; Покарання. Вони виникають внаслідок незадоволення, слабкого або надто сильного задоволення 5 базових потреб людини, таких як: безпечна прив'язаність, автономія та компетентність, свобода вираження емоцій та потреб, спонтанність та гра, межі та самоконтроль, наставництво. На активізацію схеми, людина може реагувати трьома способами: капітуляцією, уникненням та гіперкомпенсацією. Кожен спосіб допомагає справитись зі схемою, але жоден не є корисним в перспективі чи здоровим, а лише підтримує дезадаптивну схему.

Учасники. У дослідженні взяли участь 102 учасники, віком від 18 до 62 років. 68% всіх учасників дослідження є жінками, що може мати певні обмеження, враховуючи нерівномірність розподілу. Щодо сімейного стану, то 45,6% досліджуваних не перебували у стосунках на момент дослідження, 35,9% перебували у стосунках, 16,5% були одруженими, 1% досліджуваних був розлученим та 1% досліджуваних був вдовою/вдівцем. Також, більшість досліджуваних (90,3%) не мали дітей на момент дослідження. В рамках онлайн-опитування, досліджуваним також ставили запитання про те, чи є у них діагностований психічний

розлад, на що 85,4% опитуваних відповіли, що немає. Також, 89,3% досліджуваних заявили, що не мають діагностованого розладу сну.

Методи. Для дослідження були використані 3 опитувальники, такі як: Піттсбурзький індекс якості сну (PSQI), для визначення рівня якості сну; Шкала сонливості Епворта (ESS), яка оцінює суб'єктивну денну сонливість; Опитувальник ранніх дезадаптивних схем (YSQ-3) Джефрі Янга який застосовується для діагностики схем; Також були додані власні запитання, які сформували опитувальник про гігієну сну, а також інші важливі аспекти поведінки щодо сну.

Результати. За результатами всіх статистичних аналізів, а саме кореляційного, регресійного, кластерного та порівняльного, можна зробити наступні висновки.

Загальний показник вираженості дезадаптивних схем, а також 13/18 різних схем, позитивно корелюють з низькою якістю сну. Статистичний аналіз за допомогою тесту Спірмена показав, що існує позитивна, статистично значуща кореляція ($p < 0.05$) між якістю сну (за результатами опитувальника PSQI) та 13 різними схемами, такими як: Покинення/нестабільність стосунків; Недовіра/жорстокість; Емоційна депривація; Дефективність/сором; Соціальна ізоляція/відчуження; Залежність/безпорадність; Очікування катастрофи (вразливість до шкоди та хвороб); Некомпетентність/невідворотні невдачі; Недостатній самоконтроль/самодисципліна; Підкорення; Пошук визнання; Негативізм/песимізм; Емоційна інгібіція. Згідно з цим аналізом, чим вищий рівень певної схеми у досліджуваних, тим вищим є їхній рівень поганої якості сну. Разом з тим, чим вищий рівень поганої якості сну, тим вищим є їхній рівень за схемами. Ці результати дещо співзвучні з двома попередніми дослідженнями, про які було згадано раніше. Сім однакових схем показали зв'язок зі сном у всіх трьох дослідженнях. Це були схеми: Покинення/нестабільність стосунків; Недовіра/жорстокість; Емоційна депривація; Соціальна ізоляція/відчуження; Очікування катастрофи (вразливість до шкоди та хвороб); Підкорення; Негативізм/песимізм. Дві схеми, а саме самопожертви та особливого статусу та прав, продемонстрували зв'язок зі сном лише у першому дослідженні, яке провадили Патрісія Монтейро Родрігес з колегами. В межах цього дослідження, шість схем вперше, продемонстрували статистично значущий зв'язок з якістю сну, а саме, схеми емоційної інгібіції, пошуку визнання, недостатнього самоконтролю/самодисципліни, некомпетентності/невідворотних невдач, залежності/безпорадності, дефективності/сорому. Три схеми продемонстрували відсутність статистично значущого зв'язку зі сном у всіх трьох дослідженнях. Це схеми злиття/невідокремленості особистої ідентичності, надвисокі стандарти/гіперкритичність та схема покарання. Хоча можна зробити припущення, що такий зв'язок можна встановити у наступних дослідженнях з більш широкою

та рівномірною за схемами вибіркою. Аналіз також показав статистично значущу позитивну кореляцію ($p < 0.05$) загального показника вираженості за всіма схемами з якістю сну (0.510), денною сонливістю (за опитувальником ESS) (0.224), наявністю діагностованих психічних розладів (0.220) та наявністю румінацій перед сном (0.457). А також, обернену кореляцію до більших знань про гігієну сну (-0.200). Гігієна сну, за результатами тесту, має негативну, статистично значущу кореляцію з поганою якістю сну загалом (-0.26), а також з елементом поганої якості сну, таким як затримка початку сну (-0.28). Це означає, що погана гігієна сну пов'язана з поганою якістю сну, зокрема з проблемою засинання, що є цілком логічним, адже здебільшого гігієна спрямована на простіше засинання і підготовку організму до сну. Також, є статистично значущий зв'язок гірших переконань про сон з гіршою якістю сну (0.29) та більшою денною сонливістю (0.21). Іншими словами, люди які вважають сон не дуже важливим, мають зв'язок з гіршою якістю сну та з відчуттям сонливості впродовж дня. Всі ключові кореляції графічно зображені на рисунку 1.

За результатами регресійного аналізу встановлено, що загальний показник вираженості дезадаптивних схем (0.34) та наявність румінацій перед сном (0.26) впливає на загальний показник якості сну (PSQI). Коефіцієнт кореляції дорівнює 0.60, що свідчить про достатньо сильний позитивний зв'язок між змінними. Коефіцієнт множинної детермінації дорівнює 0.35, що означає, що 35% впливу на погіршення якості сну мають саме дезадаптивні схеми та румінації. Решту, 65% впливу мають інші фактори. Також, значення p -рівня ($p < 0.05$) свідчить про статистичну значущість цих зв'язків. Якщо зменшити вибірку до 74 осіб, віком від 18-23 років, що склало найбільший відсоток досліджуваних, то цей ефект не просто зберігається, а є сильнішим і для схем (0.41), і для румінацій (0.28) зі незначним збільшенням коефіцієнтів кореляції та множинної детермінації.

Також такі окремі 4 схеми, як: емоційна депривація, некомпетентність/невідворотність невдач, особливого статусу та прав і пошуку визнання, теж не тільки пов'язані з низькою якістю сну, але й за результатами регресійного аналізу, впливають на неї.

Також, цікавим є, що схема особливого статусу та прав має обернений вплив на низьку якість сну, що дозволяє зробити висновок про те, що носії цієї схеми внаслідок того, що вважають себе дуже особливими, важливими і не готовими жертвувати чимось заради інших, ставлять свій сон в пріоритет, а як наслідок, його якість є вищою у порівнянні з носіями інших схем. Але це дуже обмежені результати які потребують додаткових досліджень та перевірок.

Також, регресійний аналіз продемонстрував взаємовплив якості сну із загальним показником вираженості дезадаптивних схем, на основі чого можна зробити висновок, що низька якість сну

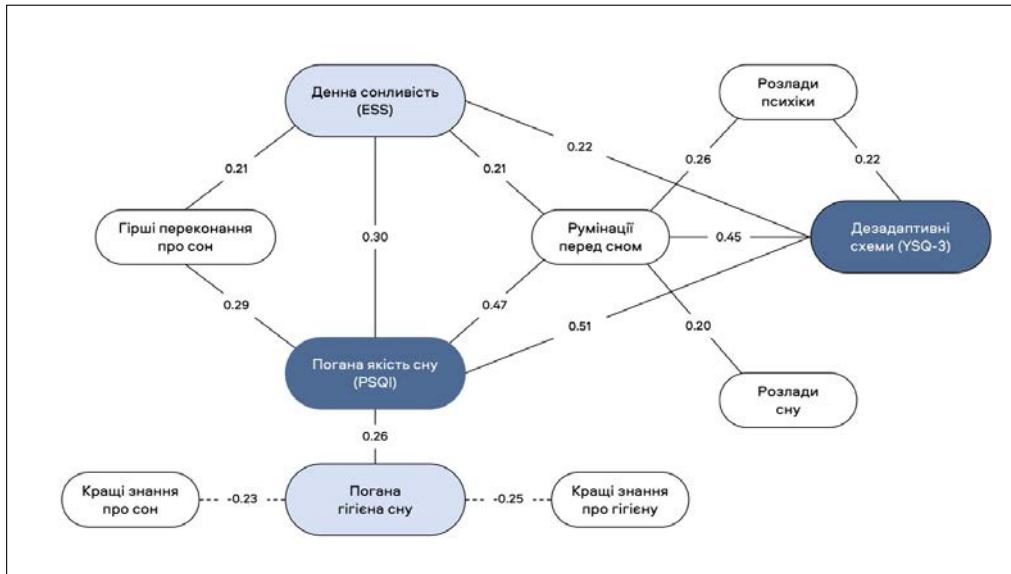


Рис. 1. Кореляційні плеяди якості сну з дезадаптивними схемами та іншими шкалами

може бути фактором, який сприяє простішому та ширшому прояву схем, що демонструє важливість звертати увагу на якість сну при роботі з схемами, так само як і звертати увагу на схеми працюючи з низькою якістю сну.

Статистичний аналіз продемонстрував, що важливим елементом, який корелює та впливає на низьку якість сну, а також пов'язаний як із загальним показником вираженості дезадаптивних схем, так і з 13/18 окремими схемами, гіршою якістю сну (0.37) та денною сонливістю (0.21) – є румінації – багаторазове обдумування одних і тих самих думок перед сном.

Можна припустити, що окрім інших можливих аспектів, саме румінації можуть бути точкою дотику схем до низької якості сну, зокрема, через надмірне тривожне обдумування, яке може бути викликане в тому числі дезадаптивними схемами, що перешкоджає, як вчасному засинанню, так і спокійному сну. Окрім цього, румінації також пов'язані з денною сонливістю, наявністю діагностованих психічних розладів, а також діагностованих розладів сну.

Для подальшого аналізу, на основі результатів кластеризації, було виділено три групи досліджуваних. Порівняльний аналіз між групами свідчить про те, що відмінність між досліджуваними за різними схемами є достатньо великими, щоб говорити про те, що вони входять у різні досліджувані групи ($p < 0.05$). За результатами графіка середніх значень по кожному кластеру, що графічно демонструє відмінності між досліджуваними, можна зробити висновок, що перший кластер об'єднав в собі досліджуваних, які загалом мають високі показники за всіма схемами. Цей кластер називатиметься «висока вираженість схем» і туди входить 31 особа. Значення другого кластеру є середніми, а відповідно називатиметься він «середня вираженість

схем» і туди входить 38 осіб. Значення третього кластера є нижчими, а відповідно, він матиме назву «низька вираженість схем» і туди входить 33 особи.

Порівняльний аналіз за критерієм Краселла-Уолліса між різними шкалами та кластерами також підтверджує результати попередніх аналізів. Кластер з високою вираженістю схем, має вищі показники поганої якості сну, ніж кластери з середньою чи низькою вираженістю схем. Також, порівняльний аналіз наявності румінацій перед сном у різних кластерах продемонстрував, що кластер з високою вираженістю схем, має вищі показники наявності румінацій перед сном, а кластер з низькою та середньою вираженістю схем має приблизно однакові, нижчі показники наявності румінацій перед сном. Це свідчить про те, що румінації перед сном є більш поширеними в групі осіб з більшою вираженістю дезадаптивних схем та менш поширеними в осіб з середнім і низьким рівнем вираженості схем.

Висновки. Результати дослідження підтвердили, що загальний показник вираженості дезадаптивних схем, а також 13/18 різних схем, позитивно корелюють з низькою якістю сну. Разом з тим, загальний показник вираженості, а також 4 окремі схеми, не тільки пов'язані з низькою якістю сну, але й за результатами регресійного аналізу, впливають на неї. Цей зв'язок підтвердив і порівняльний аналіз. Також, регресійний аналіз продемонстрував взаємовплив якості сну з дезадаптивними схемами, що означає, що низька якість сну може бути фактором, який сприяє простішому та ширшому прояву схем. Також, за кореляційним аналізом, доведено, що погана гігієна сну позитивно пов'язана з поганою якістю сну і негативно пов'язана з кращими знаннями про сон та гігієну. Важливе місце у результатах зайняли наявність румінацій перед сном – багаторазове обдумування

одних і тих самих думок перед сном. Її зв'язок та вплив підтвердив кореляційний, регресійний, а також порівняльний аналіз за кластерами. Можливо, окрім інших аспектів, саме румінації можуть бути точкою дотику схем до низької якості сну, зокрема, через надмірне тривожне обдумування, яке може бути викликане в тому числі дезадаптивними схемами, що перешкоджає, як вчасному засинанню, так і спокійному сну. Разом з тим, можна припустити, що певна поведінка теж матиме вплив. Хоч передбачити якою буде ця поведінка, знаючи тільки схеми є неможливим, але цілком логічно припустити що цей вплив буде суттєвим і може проявлятися в діях, які ускладнюватимуть процес засинання через певну активність як безпосередньо перед сном, так і протягом дня. Але знову ж таки, варто зауважити, щоб передбачити конкретну поведінку яка матиме негативний вплив на сон можна лише при концептуалізації конкретного клінічного випадку, але аж ніяк не опираючись тільки на наявність тих чи інших схем, адже схема ніколи немає поведінкового компонента, а відтак стає неможливим передбачити як діятиме людина з певною схемою в певній ситуації.

Тому, розуміючи цей зв'язок, між схемами та якістю сну, буде корисно фахівцям у галузі психічного здоров'я, при терапії безсоння, звертати увагу на наявність та вираженість дезадаптивних схем та румінацій перед сном, як потенційну точку дотику схем до сну, та здійснювати або скеровувати на додатковий психотерапевтичний вплив щодо роботи зі схемами та зменшення їх впливу як на життя клієнта в цілому, так і на сон. Також, варто схема-терапевтам, при терапії схем, звертати увагу на якість сну, гігієну сну, переконання та знання про сон і гігієну сну, а також наявність румінацій перед сном, які перешкоджають засинанню, пам'ятаючи про взаємовплив як поганого сну на більший прояв схем, так і схем на сон.

Для майбутніх досліджень на цю тему варто врахувати важливість більш рівномірної вибірки, де будуть рівномірно представлені представники різних схем. Також буде корисно формувати дизайн дослідження таким чином, щоб було 2 досліджувані групи з дуже хорошою, бо дуже погана якість сну, що зробить результати більш якісними. Окрім групових досліджень, варто звернути увагу на дослідження конкретних клінічних випадків однієї людини з діагностованою дезадаптивною схемою та досліджувати її когнітивні та поведінкові аспекти які пов'язані зі сном, щоб виявити або унікальні

фактори для кожної схеми, або певні універсальні фактори для представників всіх схем. Також важливо детальніше дослідити вплив румінацій, їх зміст у представників різних схем, або як окремий об'єднуючий фактор який спричиняє погану якість сну незалежності від наявності, поширеності, чи прояву схем.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Borbély A. The two-process model of sleep regulation: beginnings and outlook †. *Journal of sleep research*. 2022. URL: <https://doi.org/10.1111/jsr.13598>.
2. Brainard J. та ін. Health implications of disrupted circadian rhythms and the potential for daylight as therapy. *Anesthesiology*. 2015. Т. 122, № 5. С. 1170–1175. URL: <https://doi.org/10.1097/aln.0000000000000596>.
3. Brick C. A., Seely D. L., Palermo T. M. Association between sleep hygiene and sleep quality in medical students. *Behavioral sleep medicine*. 2010. Т. 8, № 2. С. 113–121. URL: <https://doi.org/10.1080/15402001003622925>.
4. Doos Ali Vand H. та ін. Prediction of insomnia severity based on early maladaptive schemas: a logistic regression analysis. *Sleep and breathing*. 2023. URL: <https://doi.org/10.1007/s11325-023-02873-6>.
5. Flink N. та ін. Early maladaptive schemas and suicidal ideation in depressed patients. *The European journal of psychiatry*. 2017. Т. 31, № 3. С. 87–92. URL: <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2017.07.001>.
6. Kwak K.-H., Lee S. J. A comparative study of early maladaptive schemas in obsessive-compulsive disorder and panic disorder. *Psychiatry research*. 2015. Т. 230, № 3. С. 757–762. URL: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.11.015>.
7. Rodrigues P. M., Marques D. R., Gomes A. A. Differences in early maladaptive schemas between young adults displaying poor versus good sleep quality. *Psychiatric quarterly*. 2019. Т. 90, № 4. С. 733–746. URL: <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09662-z>.
8. Sundag J. та ін. Elucidating the role of Early Maladaptive Schemas for psychotic symptomatology. *Psychiatry research*. 2016. Т. 238. С. 53–59. URL: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.008>.
9. Yang X. та ін. Parenting styles and children's sleep quality: examining the mediating roles of mindfulness and loneliness. *Children and youth services review*. 2020. Т. 114. С. 104921. URL: <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.104921>.
10. Young Jeffrey Ph.D. Schema therapy central concepts. The International Society of Schema Therapy (ISST). URL: <https://schematherapysociety.org/Schema-Therapy>.