

Психологический дистресс и его значение для практикующего врача (на примере неврологической практики)

М.А.Морозова^{1✉}, А.А.Алексеев, Г.Е.Рупчев^{1,2}

¹ФГБНУ Научный центр психического здоровья. 115522, Россия, Москва, Каширское ш., 34;

²ФГБОУ ВПО Московский государственный университет им. М.В.Ломоносова. 125009, Россия, Москва, ул. Моховая, д. 11, стр. 9

Статья посвящена развитию представления о психологическом дистрессе, определению его границ. Проводится анализ понятия психологического дистресса, его соотношений с более широкой категорией стресса, а также с тревогой и депрессией. Рассмотрены наиболее частые проявления дистресса, встречающиеся в неврологической практике, такие как расстройства вегетативной нервной системы, нарушения сна и болевой синдром. Рассматривается вопрос о роли этой категории в диагностическом процессе и прогнозе терапевтического ответа.

Ключевые слова: стресс, психологический дистресс, расстройства вегетативной нервной системы, инсомния, головные боли.

✉ margmorozova@gmail.com

Для цитирования: Морозова М.А., Алексеев А.А., Рупчев Г.Е. Психологический дистресс и его значение для практикующего врача (на примере неврологической практики). Consilium Medicum. Неврология и ревматология (Прил.). 2016; 1:

Psychological distress and its significance for practicing doctor (in example of neurological practice)

M.A.Morozova^{1✉}, A.A.Alekseev, G.E.Rupchev^{1,2}

¹Mental Health Research Center. 115522, Russian Federation, Moscow, Kashirskoe sh., d. 34;

²M.V.Lomonosov Moscow State University ul. 125009, Russian Federation, Moscow, ul. Mokhovaya, d. 11, str. 9

The article is devoted to the development of understanding of psychological distress and the definition of its limits. The analysis of the concept of psychological distress, its relations with the wider category of stress and categories of anxiety and depression is conducted. The most frequent manifestations of distress encountered in neurological practice, such as disorders of the autonomic nervous system, sleep disorders and pain, are considered. The question of the role of this category in the diagnostic process and prognosis of therapeutic response is considered.

Key words: stress, psychological distress, autonomic nervous system disorder, insomnia, headaches.

✉ margmorozova@gmail.com

For citation: Morozova M.A., Alekseev A.A., Rupchev G.E. Psychological distress and its significance for practicing doctor (in example of neurological practice). Consilium Medicum. Neurology and Rheumatology (Suppl.). 2016; 1:

Введение

Понятия «стресс» и «психологический стресс»

В настоящее время понятие стресса широко распространено и активно используется в медицине, психологии, физиологии, социологии. Однако границы этого понятия становятся все более размытыми.

Впервые оно было предложено физиком Р.Гуком в XVII в. для описания физических объектов, находящихся под воздействием внешней силы, вызывающей в них напряженность. Известный исследователь-физиолог Г.Селье заимствовал это понятие и использовал его для других, живых систем. Он сформулировал понятие следующим образом: «Стресс есть неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование» [1]. Из данного определения следуют два важных вывода.

Первое – стресс есть реакция, т.е. внутреннее состояние организма, а не внешнее воздействие. Одной из ключевых особенностей стресса является его системный, комплексный характер, затрагивающий весь организм в целом. Стресс проявляет себя изменением функционального состояния вегетативной нервной системы (ВНС), а также изменением в сфере эмоций, мышления и поведения [2].

Второе – стресс есть неспецифическая реакция, т.е. относительно независимая от качества того воздействия, которым она была вызвана. Это воздействие (стрессоры) может быть как физическим, так и психологическим.

Психологический стресс как понятие был введен Р.Лазарусом [3]. Им было отмечено, что хотя существует общность физиологических изменений, возникающих при физическом и психологическом стрессе, психологический стресс имеет некоторые отличия в механизмах своего возникновения. Психологические стрессоры действуют опосредованно и вызывают сложный комплекс ответных

реакций, включающий в себя в том числе и субъективную оценку значения стрессора (что этот стрессор значит конкретно для меня?). Психический стимул приобретает характер стрессора, только если индивид наделяет стрессор признаками угрозы.

Психологический дистресс

Хотя в обиходном языке слово «стресс» в большинстве случаев имеет негативный смысловой оттенок, как следует из сказанного, стресс является адаптивной реакцией в ответ на любое изменение в окружающей среде. Если стрессовое воздействие не превышает адаптивных возможностей организма, то мы имеем дело с психофизиологическим состоянием, которое необходимо для полноценного ощущения жизненного благополучия. Если же возникает дисбаланс между требованиями и нагрузками извне и ресурсами организма, то стресс становится патологическим. Для обозначения патологической формы стресса Г.Селье было введено понятие дистресса [1]. Равно как и стресс, дистресс неспецифичен и может быть вызван как физическими, так и психологическими факторами. Последний обозначается как психологический дистресс. Как и в отношении стресса, понятие «дистресс» не имеет четкого определения и критериев, а во многих случаях оказывается слито с понятием «стресс», что, по нашему мнению, существенно обедняет категориальный аппарат и диагностический инструментарий врача-практика.

Исходя из сказанного, можно утверждать, что многие патологические состояния являются непосредственным проявлением дистресса. В других же случаях дистресс оказывается постоянно присутствующим патогенетическим звеном патологического процесса, ухудшающим течение болезни и реакцию на терапию.

Не претендуя на полное разрешение проблемы определения психологического дистресса, остановимся на его атрибутах, которые важны для понимания данной категории и ее роли во врачебной практике.

Так как дистресс – это всегда проявление дисбаланса между требованиями и возможностями их удовлетворить, выявление этого состояния служит опорным пунктом в диагностике дистресса [1, 4]. С одной стороны – характеристики воздействия (продолжительность, интенсивность), а с другой – свойства самого человека, на которого оно оказано, формируют дистресс. Учитывая, что для человека в настоящее время в качестве стрессоров чаще всего выступают не столько физические, сколько социальные (в том числе информационные) и психологические факторы, большое значение здесь приобретают индивидуальные особенности, способности совладания с проблемными ситуациями (копинги) и перестраивать поведение (гибкость поведенческих установок). В этом смысле вполне обоснованным является предположение о большей подверженности дистрессу людей с патохарактерологическими расстройствами и ригидностью аффекта.

Значимым компонентом психологического дистресса являются негативные эмоциональные переживания [1, 4–6]. Депрессивные переживания и тревожность часто включаются в концепт дистресса, а некоторыми из авторов они даже берутся за основу определения психологического дистресса. Так, A.Dgareau и соавт. формулируют определение дистресса следующим образом: «Состояние эмоционального страдания, характеризующееся симптомами тревоги и депрессии, иногда сопровождающееся соматическими симптомами» [5]. В то же время многие из исследователей трактуют эмоциональную составляющую дистресса более широко. В статье, посвященной дистрессу в «Энциклопедии стресса» (Encyclopedia of Stress) G.Mattews видит проявления психологического дистресса шире, включая сюда, помимо тревоги и депрессии, такие негативные эмоциональные переживания, как ощущение напряжения и раздражения [6]. В концепт-анализе S.Ridner тревога и депрессия также дополняются раздражением, агрессивностью, утратой мотивации [4]. С нашей точки зрения дистресс отличается от депрессии неустойчивостью аффекта, отсутствием классической триады. Специфика же тревожности при дистрессе, в отличие от патологической тревоги при тревожных расстройствах, может заключаться в том, что объект, вызывающий тревогу (стрессор), всегда определен, а само чувство угрозы дополняется фрустрационным переживанием недовольства и напряжения. Более широкое понимание дистресса подтверждается и наличием значительной доли соматических синдромов, которые связаны с общим дистрессом, не всегда соответствующим тревоге или депрессии [7, 8]. Исходя из этого, можно заключить, что между тревогой и депрессией с одной стороны и дистрессом – с другой не существует полного тождества, а характерной особенностью дистресса оказывается мозаичный характер эмоциональных переживаний. Если состояния депрессии и тревоги в основном сходны, то состояния психологического дистресса значительно варьируют.

Одним из важнейших признаков дистресса является его комплексный характер. Психологический дистресс всегда имеет, кроме психологических, физиологические проявления. Психологические проявления дистресса (тревожность, раздражение, беспокойство, трудности концентрации внимания) сочетаются с физиологическими проявлениями: симптомами вегетативной дисфункции, нарушениями сна, избыточным мышечным напряжением, которое сопровождается болью, нарушениями со стороны желудочно-кишечного тракта, утомляемостью. Зачастую именно физиологический компонент дистресса воспринимается людьми как проблема, требующая коррекции, и

является причиной обращения к врачу-интернисту, тогда как психологические нарушения воспринимаются как само собой разумеющиеся, связанные с жизненными обстоятельствами.

В качестве еще одного признака психологического дистресса можно выделить его вред для организма в целом и социального функционирования человека [1, 4]. Дистресс связан с преждевременной смертностью, повышенным риском сердечно-сосудистых и других заболеваний. Однако в настоящий момент в литературе отмечается отсутствие единого определения и недостаток описаний синдрома психологического дистресса как целостного и комплексного феномена. Более того, отсутствуют четкие критерии психологического дистресса. В клинической практике дистресс распался на отдельные проявления в рамках тех или иных расстройств. Врач чаще всего имеет лишь некоторое диффузное представление о негативном влиянии неблагоприятной жизненной ситуации на возникновение и течение болезни. Иными словами, в клинической практике дистресс присутствует как гипотетическая причина расстройства или как реакция на имеющееся заболевание, но отсутствует как самостоятельная мишень для терапии. Однако в настоящее время он представляется самостоятельным клиническим явлением и отдельным объектом для терапевтических усилий.

Есть основания полагать, что вопрос о формировании синдрома дистресса как самостоятельного диагноза может получить в ближайшие годы значительное развитие. Рядом авторов разрабатывается концепция «Bodily distress syndrome» (синдром телесного дистресса), призванная объединить сходные по происхождению и часто пересекающиеся рубрики, такие как соматоформные расстройства в психиатрии и функциональные соматические синдромы в общемедицинской практике [8]. И хотя сами авторы, разрабатывающие данную категорию, подчеркивают ее эмпирический характер и достаточно редко обращаются к общей концепции стресса, происхождение данных нарушений ими описывается как «результат патофизиологического ответа на длительный или тяжелый ментальный или физический стресс у генетически предрасположенных индивидов». Такая формулировка вполне соотносима с понятием дистресса.

Таким образом, о психологическом дистрессе можно говорить, если:

1. Присутствуют затруднения в адаптации, невозможность справиться эффективно с оказанным воздействием.
2. В картине страдания выявляются комплексные психологические и физиологические проявления.
3. Имеющиеся негативные эмоциональные переживания носят смешанный характер, представляют собой совокупность элементов разных негативных эмоций, таких как тревога, депрессия, раздражительность, ранимость, взвинченность, напряжение, гневливость, и не вписываются в целостную картину очерченных депрессивных или тревожных расстройств.
4. Нарушения оказывают негативный эффект на организм и социальное функционирование человека.

В качестве примера разберем наиболее частые случаи проявления дистресса в неврологической практике: расстройства ВНС, нарушения сна и боль.

Дистресс и расстройства ВНС

Физиологически компонент психологического дистресса в большом числе случаев проявляет себя нарушениями ВНС. Расстройства ВНС относятся к категории широко распространенных. На амбулаторном приеме у неврологов в Российской Федерации ежегодно наблюдается около 2 430 000 пациентов с диагнозом «расстройство вегетативной (автономной) нервной системы» и еще 159 тыс. – с диагнозом «соматоформная дисфункция ВНС» [9]. Тради-

ционно в рассмотрении данных расстройств большое внимание уделялось психогенным факторам. При этом даже если расстройства ВНС могли и не рассматриваться напрямую как проявление дистресса, характерно, что в их терапии значительное место отводилось немедикаментозным методам (избеганию стрессоров и напряжения, изменению образа жизни).

Одним из наиболее масштабных исследований, посвященных соотношению расстройств ВНС и психологического дистресса, является исследование, проведенное в рамках наблюдательной неинтервенционной программы СТАРТ-1. В исследовании приняли участие 6633 пациента с расстройством ВНС (G90.8 – 47,1%; G90.9 – 27,6%), соматоформной дисфункцией ВНС (12,8%) и разными сочетаниями данных диагнозов (9,9%). В качестве основного психодиагностического средства использовался четырехмерный опросник дистресса, депрессии, тревоги и соматизации (The Four Dimensional Symptoms Questionnaire – 4DSQ). Результаты исследования показали высокую распространенность дистресса и соматизации среди пациентов с расстройствами ВНС (75,8 и 71,6% соответственно), в то время как домены депрессии и тревоги встречались заметно реже – 41 и 46,8%. В результате статистического анализа авторами были выделены два симптомокомплекса: дистресс-соматизация и депрессия-тревога. Оказалось, что сочетание дистресса и соматизации является более специфичным для больных с расстройством ВНС, в то время как депрессия и тревога присутствуют далеко не всегда [9].

Есть указания на то, что течение синдрома вегетативной дистонии (СВД) как компонента дистресса и как самостоятельного заболевания различается. Из исследования М.С.Булгакова и соавт., где сопоставлялись пациенты с СВД и с СВД на фоне длительного стресса (где СВД, как кажется, являлся компонентом дистресса), можно сделать вывод, что СВД как проявление дистресса имеет худший прогноз. У таких пациентов отмечалось нарушение функций эндотелия сосудов, что повышало тяжесть клинических проявлений СВД [10].

Дистресс и боль

Другим проявлением дистресса может быть боль, связанная как с расстройством ВНС, так и с мышечным спазмом. Наиболее часто к врачу пациенты обращаются с регулярными головными болями. Самая распространенная форма первичных головных болей – головные боли напряжения (ГБН). Этот феномен наиболее явно ассоциируется врачом с дистрессом, что отражается в названии диагноза и его синонимов: ГБН, «психогенные боли», «стрессорные боли» [11]. То, что ГБН в большинстве случаев является проявлением дистресса, косвенно подтверждается данными о накоплении стрессорных событий в выборке ГБН по сравнению с здоровыми [11]. Также результаты исследования М.И.Карповой и соавт. указывают, что неблагоприятное течение заболевания (хронификация) обнаруживается у пациентов с особенно высоким уровнем стрессовых нагрузок, т.е. с вероятно большим дистрессом [12].

Дистресс одновременно и проявляет себя через боль, и является основным триггером боли. Как отмечается Е.Г.Филатовой, особенно это характерно для пациентов с хроническим типом ГБН [11]. В обзоре S.Cathcart психологический дистресс указывается как наиболее часто сообщаемый самими пациентами триггер ГБН [13]. В проведенном C.Wöber и C.Wöber-Bingöl обзоре отмечается, что, несмотря на высокую гетерогенность провоцирующих боль факторов, имеются доказательства связи между приступами головных болей и психологическим дистрессом независимо от типа головной боли [14].

Актуальным направлением является изучение механизмов действия дистресса на интенсивность боли. Исследу-

ется вопрос об опосредованном влиянии дистресса на интенсивность болей через повышение болевой чувствительности. Эта гипотеза была рассмотрена S.Cathcart и соавт. В результате исследования было выявлено, что дистресс снижает болевой порог и повышает интенсивность болей. Анализируя механизм этого взаимовлияния, авторы утверждают, что дистресс влияет на интенсивность болей как напрямую, так и опосредованно – через еще большее снижение порога болевой чувствительности в рамках дисфункционального болевого синдрома [13]. Следует отметить, что хотя данные результаты были получены на выборке пациентов с головными болями, сам механизм воздействия дистресса через дополнительное снижение порога болевой чувствительности может быть актуален и для других болевых синдромов.

Дистресс и нарушения сна

Еще одним характерным проявлением дистресса являются нарушения сна. Инсомния – одно из наиболее распространенных нарушений сна. Распространенность в общей популяции составляет от 12 до 22%. Существенная роль психологического дистресса была показана в ряде крупных проспективных исследований [15, 16]. Результаты исследования V.Pialli и соавт. показывают, что переживание каждого достаточно интенсивного стрессового события (такого, как смерть близкого человека, финансовые трудности, увольнение с работы и т.д.) повышает риск возникновения инсомнии на 19% [16]. Существенное значение придается склонности человека реагировать на стрессоры нарушением сна – хрупкость сна в условиях действия стрессора (sleep reactivity to stress). По данным C.Drake, этот показатель обусловлен как генетически, так работой средовых факторов. К настоящему моменту в ряде проспективных исследований было показано, что у лиц с высокой хрупкостью сна выше риск развития собственно инсомнии [15].

С дистрессом может быть связана и выраженность нарушений сна у пациентов, страдающих инсомнией. Так в исследовании H.Gunn и соавт. была обнаружена связь между уровнем дистресса, вызванным межличностными отношениями, и выраженностью нарушений сна [17].

В проведенных на базе Московского сомнологического центра исследованиях было оценено влияние дистресса на сон у пациентов с обусловленной эмоциональным стрессором инсомнией. Полученные результаты показывают, что при дистрессе удлиняется время засыпания, увеличивается количество пробуждений и общее время бодрствования внутри сна. При этом более выраженные нарушения характерны для хронического дистресса [18]. В другом исследовании, проведенном X.Liu и соавт., была обнаружена выраженная связь между нарушениями сна и психологическим дистрессом, независимо от других важных факторов, таких как возраст и соматические заболевания [19].

Сон представляет собой не только базовую потребность организма, но и выполняет важную антистрессовую функцию, позволяя восполнять силы организма и обеспечивая тем самым возможности для адаптивного функционирования [18]. Его нарушения сами могут приводить к понижению стрессоустойчивости. Возможно возникновение порочного круга, когда дистресс, проявляя себя инсомнией, становится благоприятной почвой для формирования следующего этапа дезадаптации в виде психических нарушений, таких как руминации, «боязнь сна», ипохондрия сна и т.д., что в свою очередь приводит к усилению инсомнии [18]. Этот порочный круг приводит к хронификации расстройств и их персистенции даже при отсутствии порочившего их стрессора.

Таким образом, есть основания полагать, что в ряде случаев внешне разные симптомы (боль, вегетативная дис-

Тералиджен®

От **SOS** ТОЯНИЙ
ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ

Тералиджен®
уникальный
вегетостабилизатор!

- Эффективно устраняет вегетативные нарушения благодаря комплексному влиянию на рецепторы ЦНС
- Купирует все проявления тревоги и стресса
- Наступление эффекта через 10–15 минут
- Безопасен для больных пожилого возраста
- Может назначаться детям с 7 лет



ОАО «Валента Фарм»
Москва, ул. Генерала Дорохова, д. 18, стр. 2
тел. (495) 933-60-80, факс (495) 933-60-81



функция, инсомния) являются не следствием и не причиной психологического дистресса, а собственно его проявлением. Подтверждением этого может служить практический опыт – на приеме у невролога все три расстройства часто присутствуют у одного и того же больного.

Заключение и выводы

До настоящего времени понятие дистресс остается аморфным. При признании его важной роли в возникновении по крайней мере части соматических заболеваний дистресс представляется гипотетическим фактором, но не самостоятельным синдромом и отдельной терапевтической мишенью.

Являясь причиной нарушения социального функционирования, сам по себе дистресс становится стрессором, в свою очередь, вызывая новый виток психологического и физиологического дистресса. Невозможность влиять на его интенсивность или адаптировать свое поведение к нему закрепляет у человека патологическое эмоциональное реагирование, например по типу «выученной беспомощности» или «непродуктивного взрыва». Со временем в круг реагирования вовлекаются соматические проявления, которые в конце концов закрепляются в виде заболевания. «Выбор» болезни индивидуален и обуславливается принципом «зоны наименьшего сопротивления». Такое реагирование «только чувствами и телом», как кажется, всегда может быть увязано с той или иной недостаточностью гибкого поведенческого репертуара, который определяется личностными дефицитами (акцентуациями, личностными расстройствами, инфантильными чертами). Зрелая личность регулирует воздействие стрессора, прежде всего «поведением», а также актуализирует в ответ на стрессор внутренние ресурсы, обеспечивающие стрессоустойчивость и «жизнестойкость» [20].

Как кажется, введение категории «психологический дистресс» в диагностическую систему и определение его как самостоятельной терапевтической мишени может существенно расширить возможности практического врача в понимании сложных клинических случаев и причин терапевтических неудач.

Литература/References

1. Селье Г. Стресс без дистресса. М: Прогресс, 1982. / Sel'e G. Stress bez distressa. M: Progress, 1982. [in Russian]
2. Щербатых ЮВ. Психология стресса и методы коррекции. СПб: Питер, 2007. / Shcherbatykh YuV. Psikhologiya stressa i metody korrektsii. SPb: Piter, 2007. [in Russian]
3. Лазарус Р. Психологический стресс и копинг-процессы. М: Медицина, 1966. / Lazarus R. Psikhologicheskii stress i koping-protsessy. M: Meditsina, 1966. [in Russian]
4. Ridner SH. Psychological distress: concept analysis. J Adv Nurs 2004; 45: 536–45.
5. Drapeau A, Marchand A, Beaulieu-Prévost D. Epidemiology of Psychological Distress. I: LAbate L eds. Mental Illnesses – Understanding, Prediction and Control. InTech 2012: 105–35.

6. Matthews G. Distress. In: Fink G eds. Encyclopedia of stress. San Diego: Academic Press, 2000: 723–9.
7. Lieb R, Meinschmidt G, Araya R. Epidemiology of the Association Between Somatoform Disorders and Anxiety and Depressive Disorders: An Update. Psychosom Med 2007; 69 (9): 860–3.
8. Budtz-Lilly A, Schröder A, Rask M et al. Bodily distress syndrome: A new diagnosis for functional disorders in primary care? BMC Fam Pract 2015; 16 (1): 180.
9. Яхно Н.Н., Смудевич А.Б., Тернулин Б. и др. Первичный скрининг пациентов, страдающих автономными (вегетативными) расстройствами в условиях повседневной амбулаторной неврологической практики РФ (СТАРТ 1): применение русскоязычной версии четырехмерного опросника симптомов дистресса, депрессии, тревоги и соматизации 4DSQ (The Four Dimensional Symptoms Questionnaire). Журн. неврологии и психиатрии имени С.С.Корсакова. 2014; 114 (12): 112–22. / Iakhno N.N., Smulevich A.B., Ternulin B. i dr. Pervichnyi skrining patsientov, stradaiushchikh avtonomnymi (vegetativnymi) rasstroistvami v usloviakh povsednevnoy ambulatornoi neurologicheskoi praktiki RF (START 1): primeneniye russkoizyachnoi versii chetyrekhmernogo oprosnika simptomov distressa, depressii, trevogi i somatizatsii 4DSQ (The Four Dimensional Symptoms Questionnaire). Zhurn. neurologii i psikiatrii imeni S.S.Korsakova. 2014; 114 (12): 112–22. [in Russian]
10. Булгаков М.С., Автандилов А.Г., Милованова О.А. Роль длительного стресса и функционального состояния эндотелия в развитии синдрома вегетативной дистонии. Журн. неврологии и психиатрии имени С.С.Корсакова. 2015; 115 (9): 4–7. / Bulgakov M.S., Avtandilov A.G., Milovanova O.A. Rol' dlitel'nogo stressa i funktsional'nogo sostoianiia endoteliia v razvitiu sindroma vegetativnoi distonii. Zhurn. neurologii i psikiatrii imeni S.S.Korsakova. 2015; 115 (9): 4–7. [in Russian]
11. Филатова Е.Г. Головная боль. В: Боловые синдромы в неврологической практике. Под ред. В.Л.Голубева. М: МЕДпресс-информ, 2010: с. 126–68. / Filatova E.G. Golovnaia bol'. V: Bolevye sindromy v neurologicheskoi praktike. Pod red. V.L.Golubeva. M: MEDpress-inform, 2010: s. 126–68. [in Russian]
12. Карпова М.И., Шамуров Ю.С., Ермакова Л.А., Зуева А.В. Клинико-психологические особенности хронических первичных головных болей. Мед. вестн. Башкортостана. 2011; 6 (1): 31–4. / Karpova M.I., Shamurov Yu.S., Ermakova L.A., Zueva A.V. Kliniko-psikhologicheskie osobennosti khronicheskikh pervichnykh glavnykh bolei. Med. vestn. Bashkortostana. 2011; 6 (1): 31–4. [in Russian]
13. Cathcart S, Bhullar N, Immink M et al. J. Pain sensitivity mediates the relationship between stress and headache intensity in chronic tension-type headache. Pain Res Manage 2012; 17 (6): 377–80.
14. Wöber C, Wöber-Bingöl C. Triggers of migraine and tension-type headache. Handb Clin Neurol 2010; 97: 161–72.
15. Drake CL, Pillai V, Roth T. Stress and sleep reactivity: a prospective investigation of the stress-diathesis model of insomnia. SLEEP 2014; 37 (8): 1295–304.
16. Pillai V, Roth T, Mullins HM, Drake CL. Moderators and mediators of the relationship between stress and insomnia: stressor chronicity, cognitive intrusion, and coping. SLEEP 2014; 37 (7): 1199–208.
17. Gunn HE, Troxel W, Hall MH, Buysse DJ. Interpersonal distress is associated with sleep and arousal in insomnia and good sleepers. J Psychosom Res 2014; 76 (3): 242–8.
18. Стрыгин К.Н. Сон и стресс. Рос. физиол. журн. им. И.М.Сеченова. 2011; 97 (4): 422–32.
19. Liu X, Liu C, Tian X et al. Associations of Perceived Stress, Resilience and Social Support with Sleep Disturbance Among Community-dwelling Adults. Stress Health 2015; 16.
20. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. М: Смысл, 2006. / Leont'ev D.A., Rasskazova E.I. Test zhiznesteikosti. M: Smysl, 2006. [in Russian]

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Морозова Маргарита Алексеевна – д-р мед. наук, рук. лаб. психофармакологии ФГБНУ ФГБУН НЦПЗ. E-mail: margmorozova@gmail.com

Алексеев Андрей Андреевич – клинический психолог. E-mail: alekseev.a.a@list.ru

Рупчев Георгий Евгеньевич – канд. психол. наук, ст. науч. сотр., фак. психологии, каф. нейро- и патопсихологии ФГБОУ ВПО МГУ им. М.В.Ломоносова, лаб. психофармакологии ФГБНУ НЦПЗ. E-mail: rupchevgeorg@mail.ru