

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ТОМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ (НИ ТГУ)
Факультет психологии
Кафедра генетической и клинической психологии

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ В ГЭК
Руководитель ООП

д-р психол. наук, профессор

 Н.В. Козлова

« 22 » 01 2019 г.

ДИПЛОМНАЯ РАБОТА

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕПРЕССИИ У ЛИЦ С
ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ С КОМОРБИДНЫМ СИНДРОМОМ
ДЕПРЕССИИ

по специальности 37.05.01. – Клиническая психология

Воеводина Мария Дмитриевна

Руководитель

д-р психол. наук, профессор

 Т. Г. Бокан

Автор работы

 М. Д. Воеводина

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ	4
Глава 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРЫ.....	8
2.1 Клинико-психологические проявления депрессии.....	8
1.2 Проблема психологических факторов в системе этиологических факторов депрессии	11
1.3 Проблема депрессии и ее коморбидности с психическими расстройствами	14
Глава 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ	18
2.1 Организация исследования	18
2.2 Результаты исследования.....	21
2.2.1 Особенности выраженности симптомов депрессии у лиц с психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии	21
2.2.2 Особенности в проявлениях общего состояния здоровья (соматического, социального, психологического) у респондентов, страдающих психическими расстройствами.....	24
2.2.3 Особенности стратегий поведения в ситуации болезни у лиц, страдающих психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии.....	30
2.2.2 Особенности средств, способствующих улучшению состояния респондентов с психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии.....	33
2.2.3 Особенности убеждений о причинах депрессии у лиц, страдающих психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии.....	36
2.2.4 Особенности убеждений о последствиях депрессии у лиц, страдающих психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии.....	41
2.2.5 Особенности стратегий эмоционального регулирования у респондентов с психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии.....	44
2.2.6 Особенности проявления алекситимии у респондентов с психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии	45
2.3 Общие тенденции и специфические различия в психологических проявлениях депрессии в исследованных нозологических группах	47
2.4 Рекомендации для психологического сопровождения лиц с психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии	50
ВЫВОДЫ	52
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	54
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	56
ПРИЛОЖЕНИЕ А	65
ПРИЛОЖЕНИЕ Б	67
ПРИЛОЖЕНИЕ В.....	69

ПРИЛОЖЕНИЕ Г	72
ПРИЛОЖЕНИЕ Д.....	74
ПРИЛОЖЕНИЕ Е.....	76
ПРИЛОЖЕНИЕ Ж.....	77
ПРИЛОЖЕНИЕ И	79
ПРИЛОЖЕНИЕ К.....	81
ПРИЛОЖЕНИЕ Л.....	83
ПРИЛОЖЕНИЕ М.....	86

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы. В последнее десятилетие наблюдается рост частоты депрессии, которая на сегодняшний день считается социально значимым заболеванием – по данным Всемирной Организации Здравоохранения депрессия расценивается как одна из главных проблем современного здравоохранения, которая в ближайшее время займет лидирующие позиции среди причин нетрудоспособности населения [103]. Актуальность исследования определяется значительной распространенностью депрессивных расстройств: от 6% до 23% населения обращаются за помощью в связи с данным расстройством [5, 6, 21, 22, 37, 43, 51, 70, 74, 100]. Возрастающая распространенность депрессии привела к повышению интересу отечественных и зарубежных исследователей к изучению различных аспектов (социальных, культуральных, биологических, психологических) данного расстройства (Г. Эмери, Личко А.Е, Бенжамин Л, Бек А, Леон Ф., Калибацева З, Молчанова Е, Смулевич А. Б., Семке В. Я, Бохан Т.Г, Бохан Н.А, Холмогорова А., Гаранян Н, и др.).

В то же время учащение случаев депрессивного расстройства и трудности его дифференциальной диагностики связываются проблемой коморбидности депрессии с психическими расстройствами [24, 42]. Коморбидность определяется как «сосуществование двух и/или более синдромов или заболеваний, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени у одного пациента вне зависимости от активности каждого из них» [7]. Распространенность коморбидных расстройств постоянно повышается [39, 69, 80]. В настоящее время появляются научные работы, в которых изучается коморбидность депрессии с психическими расстройствами [60, 73, 78, 85, 99].

Показано, что наличие коморбидности взаимосвязано с ухудшением прогноза заболевания и усилением его тяжести, повышением суицидального риска и ухудшением качества жизни данных пациентов [52, 77, 87]. Установлено, что особенно часто встречаются следующие варианты психиатрической коморбидности при депрессиях: тревожные расстройства (48 %), личностные расстройства (27%), аддиктивные расстройства (алкогольная и другие аддикции) (31,5 %) [1, 41]. Сочетание депрессии с другими психическими расстройствами в значительной степени изменяет клиническую картину, течение и исход депрессивного расстройства, что связано с наложением симптомов, тем самым затрудняя диагностику. Это обуславливает необходимость исследования и разработки дифференциальных критериев диагностики коморбидных депрессивных расстройств и дифференцированной психологической помощи [24, 45].

Как показано в ряде исследований большую роль играют психологические факторы, которые могут лежать, как в основе этиологии, так и препятствовать процессу лечения [20,

23, 25, 26]. В связи с этим актуальным является выявление психологических симптомов, позволяющих осуществлять раннее выявление лиц, склонных к развитию данных расстройств, и оказание им целенаправленной профилактической и психокоррекционной психологической помощи.

Цель исследования: выявить психологические особенности проявления депрессии у лиц, страдающих психическими расстройствами.

Объект исследования: коморбидность депрессии.

Предмет исследования: психологические особенности проявления депрессии, представленные выраженностью симптомов (психологических, соматических, социальных) и их взаимосвязями, стратегиями поведения в ситуации болезни, рефлексивными возможностями, убеждениями о причинах и последствиях депрессии, стратегиями эмоционального реагирования, субъективной оценкой факторов, способствующих улучшению состояния у лиц с психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии.

Исследовательские гипотезы:

1. Психологические особенности проявления депрессии (доминирующие симптомы, стратегии эмоционального реагирования, показатели алекситимии, стратегии поведения в ситуации болезни, убеждения о причинах и последствиях депрессии) у лиц с психическими расстройствами (синдром зависимости – F10, невротические расстройства – F48, шизотипические расстройства – F21, аффективные расстройства – F32) могут иметь общие тенденции и специфические отличия в соответствии с нозологической группой.

2. Выявленные общие особенности и различия в психологических факторах могут носить прогностический характер, следовательно, могут быть положены в основу ранней диагностики рисков формирования депрессии и дифференцированной профилактики, а также могут быть учтены в дифференцированной психокоррекционной и психотерапевтической работе в системе медико-психологической помощи лицам, страдающим психическими расстройствами.

Задачи исследования:

1. Определить выраженность симптомов депрессии у лиц с психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии.

2. Определить особенности в проявлениях общего состояния здоровья (соматическое, психологическое, социальное) у респондентов, страдающих психическими расстройствами.

3. Выявить стратегии поведения в ситуации болезни, а также факторы, способствующие улучшению состояния в субъективной оценке респондентов.

4. Определить особенности убеждений о причинах и последствиях депрессии.
5. Определить доминирующие когнитивные стратегии эмоционального регулирования.
6. Установить выраженность и особенности проявлений алекситимии, как дефицита рефлексивных возможностей.
7. Определить общие тенденции и специфические различия в психологических проявлениях депрессии в исследованных нозологических группах.
8. Разработать рекомендации для психологического сопровождения лиц с психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии.

Выборка исследования: Выборку составили 107 человек в возрасте от 20 до 80 лет, страдающие психическими расстройствами и находящиеся на стационарном лечении в Томской клинической психиатрической больнице: с расстройствами настроения F32 – 34 человека, а также с психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии: невротические расстройства, связанные со стрессом F48 – 26 человек, психические расстройства, вызванные употреблением алкоголя F10 – 21 человек, шизотипические расстройства F21 – 26 человек.

Методология: Данное исследование опирается на теоретические принципы интегративной «биопсихосоциальной» модели психических заболеваний. [Whobrow P.C., Akiskal H.S., McKinney W.T., 1984 Gilbert P., 1992; Залевский Г.В., 2003; Корнетов Н.А., 2003].

Методы исследования: «Шкала депрессии центра эпидемиологических исследований» (CES-D), (тест адаптирован при проведении программы КОМПАС в России), «Опросник общего состояния здоровья» (А. Райдер), опросник «Факторы, способствующие улучшению состояния» (А. Райдер), методика «Стратегии поведения в ситуации болезни» (А. Райдер), опросник «Убеждения о депрессии: причины и последствия» (часть 1 – причины и часть 2 – последствия) (А. Бек), «Опросник когнитивных стратегий регулирования эмоций» (CERQ) (Nadia Garnefski, Vivian Kraaij, Philip Spinhoven), «Торонтская шкала алекситимии» (TAS-20) (Taylor G.J., тест адаптирован в институте им. В. М. Бехтерева).

Методы статистического анализа: критерий Колмагорова–Смирнова, описательная статистика, сравнительный анализ с помощью критериев Краскела–Уоллиса и Манна–Уитни, однофакторный дисперсионный анализ, факторный анализ.

Новизна исследования:

- Проведено комплексное исследование и выявлены психологические особенности проявления депрессии у лиц, страдающих психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии.

- Представлены общие тенденции и специфические различия в психологических проявлениях депрессии в исследованных нозологических группах.

- Результаты исследования расширяют современные научные представления об особенностях проявления депрессии у лиц с психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии.

Практическая значимость:

- отобраны психодиагностические методики, обладающие прогностическим потенциалом в отношении депрессии у лиц с психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии;

- на основе выявленных общих тенденций и специфических различий в психологических проявлениях депрессии в исследованных нозологических группах определены показатели для ранней дифференцированной диагностики риска психических расстройств у лиц с симптомами депрессии, а также риска формирования депрессии у лиц с психическими расстройствами;

- на основе результатов исследования с учетом выявленных закономерностей сформулированы возможные задачи психологического сопровождения лиц с психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии.

Глава 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРЫ

2.1 Клинико-психологические проявления депрессии

Проблема депрессии является одной из главных проблем здравоохранения на сегодняшний день, так как к 2020 году, по мнению экспертов, станет одним из наиболее распространённых расстройств. В связи с этим, вопросу депрессии уделяется значительное внимание в работах отечественных и зарубежных клиницистов [80]. Практическая значимость изучения депрессивных расстройств связана с высокой степенью распространённости подобных заболеваний – от 5% до 20%, согласно данным эпидемиологических исследований [3, 19, 43, 78].

Депрессия является одной из наиболее частых и тяжёлых форм психического расстройства у пациентов, которые обращаются в амбулаторные и госпитальные медицинские учреждения за помощью, она характеризуется хроническим или рецидивирующим течением [44]. Согласно ВОЗ, депрессия – широко распространённое психическое нарушение, характеризующееся потерей интереса, унынием, отсутствием способности радоваться и получать удовольствие, низкой самооценкой или чувством вины, нарушениями аппетита и сна, сопровождается плохой концентрацией внимания и чувством усталости [103]. Данное нарушение может рассматриваться как ведущий фактор суицидального поведения, химической аддикции, существенно осложняя течение соматических заболеваний, ухудшая качество жизни пациентов и приводя к потере трудоспособности. Перечисленные аспекты свидетельствуют о важности изучения проблемы депрессии мировым психиатрическим сообществом [13, 18, 98]. Кроме того, следует учитывать значительное влияние депрессии на возможности адаптации пациента и его качество жизни (C.Li и соавт., 2002; F.Creed и соавт., 2002).

Ряд исследователей описывают клиническую депрессию как серьёзное заболевание, нарушающее функционирование семейной системы больного, сопровождающееся высокими финансовыми затратами со стороны здравоохранения и общества в целом, и в большом количестве случаев остающееся нераспознанным в первичной медицинской сети [56, 67, 82]. По нарушениям функциональных возможностей «большую депрессию» считают сопоставимой с параплегией и слепотой [97].

Чрезвычайно высоки экономические последствия депрессии. За 10 лет (1990–2000 гг.) в США расходы возросли с 77,4 до 83,1 млрд долларов. При этом на прямые затраты здравоохранения приходилось 26,1 млрд (31%), 51,5 млрд (62%) составили расходы,

связанные с утратой трудоспособности, а еще 5,4 млрд (7%) – со смертностью вследствие суицидов [68].

Классификация депрессии. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), разработанная Всемирной организацией здравоохранения, является общепринятой классификацией для кодирования медицинских диагнозов, в которую включены все известные на сегодняшний день заболевания. Психические нарушения включены в разделы F00-F99, где дана классификация невротических расстройств, шизофрении, поведенческих симптомов, умственной отсталости и т.д., включая депрессию. В данном блоке содержатся заболевания, основным признаком которых является нарушение настроения человека, которое связано с изменением эмоций в сторону депрессивных. Также особенностью раздела является то, что каждое из заболеваний имеет тенденцию к рецидивам, которые трудно поддаются прогнозированию, так как зависят не только от пациента, но и от его окружения и происходящих событий. Классификация депрессивных расстройств является весьма сложной из-за множества диагностических рубрик и их представленности в различных разделах [28].

В рубрике «Аффективные расстройства настроения» МКБ-10 выделяются 3 основных симптома депрессии: снижение настроения (с сопутствующей тревогой или без неё), утрата способности получать удовольствие и интересов, повышенная утомляемость даже при незначительных усилиях. Другими симптомами депрессии являются: а) снижение устойчивости внимания; б) пониженная самооценка и уверенности в себе; в) идеи виновности и самоуничтожение; г) пессимистическое видение будущего; д) самоповреждающее или суицидальное поведение; е) нарушения сна; ж) снижение аппетита. Также к дополнительным симптомам относят: раздражительность, чрезмерное употребление алкоголя, истерическое поведение, навязчивые или фобические симптомы, ипохондрические идеи; наличие или отсутствие реакции на окружающую обстановку; характерные и нехарактерные суточные колебания в состоянии; повышенная тревожность и двигательное беспокойство.

Среди депрессий выделяют эндогенные, конституциональные, психогенные, соматогенные (органические) виды, которые могут полностью определять клиническую картину течения заболевания или проявлять коморбидность с проявлениями другого заболевания, соматического или психического характера. Ведущей категорией в систематике аффективной патологии является «Депрессивный эпизод» (большая депрессия, униполярная или монополярная депрессия, автономная депрессия).

Значительным дополнением к диагностике депрессивного синдрома могут служить расстройства, обозначенные в МКБ-10 как «соматические», «меланхолические»,

«витальные», «биологические» или «эндогенормальные». К подобным расстройствам относятся: - утрата интересов и удовольствия от деятельности, которая в норме доставляла удовольствие; - утрата эмоциональной реактивности на окружение и события, которые в норме были приятны; - пробуждение на 2 или более часа раньше, чем в обычное время; - в утренние часы депрессия; - объективные данные о психомоторной заторможенности или ажитации; - значительное снижение аппетита; - потеря веса (потеря 5% веса в течение последнего месяца); - явное снижение либидо. Считается, что для диагностики соматического синдрома достаточно хотя бы 4-х симптомов из вышеперечисленных.

Оценка тяжести депрессивного эпизода основывается на представленности основных симптомов депрессии, каковыми являются: сниженное настроение, утрата интересов и способности получать удовольствие, повышенная утомляемость и числа дополнительных симптомов [3].

Подбор адекватной медицинской тактики во многом основан на том, какова степень тяжести депрессии. В зависимости от данного аспекта эпизод может быть классифицирован как легкий (F32.0), умеренно выраженный (F32.1) и тяжелый (F32.2).

При депрессивном эпизоде легкой степени особенно проявляется один депрессивный симптом. Собственно, депрессивные симптомы могут быть скрыты соматовегетативными проявлениями. Отмечается незначительное влияние на профессиональное и социальное функционирование. Как правило, наиболее выражены 2-3 симптома: сниженное настроение, активность и способность получать удовольствие от жизни.

При депрессии средней тяжести симптоматика выражена умеренно. Отмечается явное снижение профессионального и социального функционирования. В данном случае могут быть выявлены 4 и более симптомов, среди которых: уменьшение активности человека, нарушение сна, регулярное плохое настроение, снижение аппетита, сниженная самооценка и т.п.

Для тяжёлых депрессий характерно присутствие большинства проявлений комплекса симптомов депрессии, включая суицидальное поведение, возможно наличие психотических проявлений (с бредовыми идеями вины). Наблюдается значительное нарушение профессионального и социального функционирования [35].

Депрессия может носить длительный или повторяющийся характер и в значительной мере отрицательно сказываться на профессиональной, учебной или повседневной деятельности человека. В самой тяжелой форме депрессия способна приводить к завершённым или незавершённым суицидальным попыткам. В самой легкой форме возможно лечение депрессии без применения медикаментов, однако умеренная или тяжелая форма депрессии требует медикаментозного и психотерапевтического вмешательства.

1.2 Проблема психологических факторов в системе этиологических факторов депрессии

Психологические факторы депрессии были рассмотрены представителями различных подходов. В качестве одной из самых распространенных моделей, объясняющих этиологию депрессии, по мнению А.Б. Холмогоровой и Н.Г. Гаранян, выступает биопсихосоциальная модель, объединяющая биологические, психологические и социальные факторы возникновения депрессий. Взаимодействие данных факторов определяет клиническую картину заболевания и специфику функционирования человека, страдающего депрессией, в обществе.

К биологическим факторам относится наследственность, которая оказывает определённое влияние на проявления депрессии. Был выявлен ряд хромосом, ответственных за генетическую предрасположенность к данному расстройству. Установлено, что риск возникновения депрессии увеличивается в 2-3 раза при наличии депрессивного эпизода у прямых родственников человека. Помимо наследственности, к биологическим факторам относят нарушения в работе нейромедиаторов. Нейромедиаторы - это химические вещества, способствующие передаче электрического импульса между нервными клетками (серотонин, эпинефрин, допамин и другие). Медикаментозная терапия с использованием антидепрессантов направлена на увеличение количества данных веществ. При этом, увеличение количества нейромедиаторов оказывает антидепрессантный эффект только на 3-ю неделю приёма лекарственных препаратов. Также, было установлено, что определенные морфологические особенности головного мозга могут выступать в качестве причины депрессии. К подобным особенностям относится размер некоторых участков мозга, а также особенности метаболизм. Кроме того, были выявлены нарушения в работе эндокринной системы у пациентов, страдающих депрессией.

Триггерным механизмом возникновения депрессии являются, как правило, социальные факторы. К наиболее серьёзным социальным факторам относят развод супругов, смерть близкого человека, безработицу и прочие тяжелые стрессы.

Существует множество теорий депрессии в психоаналитическом подходе. Согласно одной из них, депрессия является следствием потери значимого «другого», который одновременно становится объектом любви и гнева из-за того, что его потеряли. Отрицание гнева вызывает чувство вины, вследствие которого возникает враждебность, направленная на себя.

В одной из своих работ З. Фрейд разделил понятия «траур» и «меланхолия», описав траур как последствие реальной потери значимого человека, тогда как меланхолия была

описана как следствие утраты скорее эмоционального, чем реального объекта. При меланхолии у человека наблюдаются сниженная самооценка, чувство вины, самоуничтожение, чего не наблюдается при состоянии траура. Помимо перечисленных, различные проблемы в межличностных отношениях (отсутствие признания в профессиональном сообществе, неудача в выборе партнёра, нехватка любви и заботы, и многое другое) могут стать причиной снижения самооценки и возникновения депрессивного эпизода у людей с высокой степенью внушаемости.

В когнитивном подходе возникновение депрессии рассматривается как следствие развития большим отрицательных мыслей на трёх уровнях. Триада устойчивых негативных представлений включает в себя: 1) представление о себе, как о человеке ни на что не способном и лишённом каких-либо достоинств; 2) представление об окружающем мире, как о жестоком и вызывающем отвращение; 3) пессимистическое видение будущего, отсутствие надежды.

Когнитивно-бихевиоральная теория описывает человека, страдающего депрессией, как человека, которому в поведении свойственны проявления выученной беспомощности. Данным термином принято описывать состояние человека, находящегося в обстоятельствах, при которых он не может избежать неблагоприятных внешних воздействий. В результате возникает пассивность, чувство безнадежности и отчаяния. Со временем люди привыкают к подобной реакции на сложившиеся неблагоприятные обстоятельства и не могут реагировать на них иным образом [2].

Этиология депрессивных расстройств включает сложное взаимодействие индивидуальной предрасположенности и средовых факторов [16, 20, 32]. Исследование депрессии при помощи комплексного подхода подразумевает изучение социально-психологических факторов: совладение со стрессовыми ситуациями, особенности социальной адаптации, материальные условия жизни пациентов, качество жизни, в клинической практике подразумевающее под собой «описание соматических, ментальных, ментальных, социальных, психических и функциональных аспектов самочувствия и функциональных способностей пациентов с их собственной точки зрения» [59]. Особенно большое значение имеет учет социальных факторов и качества жизни при выявлении группы риска среди пациентов, то есть, группы пациентов, подверженных возникновению того или иного психического заболевания.

Проблема взаимодействия различных факторов в этиологии депрессии находит своё отражение в восприятии пациентами причин данного расстройства и особенностей его последствий для жизнедеятельности человека. В настоящее время влияние представлений пациентов об этиологии их депрессии стало предметом повышенного интереса

исследователей [63]. В качестве причин возникновения депрессии выделяют биологические причины, причины межличностного характера, экологические причины, стресс, а также детские психологические травмы [75].

Отсутствие возможности полноценной биопсихосоциальной адаптации является предпосылкой к употреблению различных психоактивных веществ (алкоголя, наркотиков и др.). При этом приём психоактивных веществ повышает вероятность развития сопутствующей депрессии, и наоборот – депрессия может сопровождаться наличием какой-либо зависимости. Выявлена высокая коморбидность депрессии с взаимосвязанными между собой психическими расстройствами. Так, например, люди, страдающие депрессией склонны к употреблению алкоголя для избавления от тревожно-депрессивных симптомов. Проявления депрессивных и тревожных расстройств являются во многом схожими. По некоторым данным сходство тревожной и депрессивной симптоматики находится на уровне 60-70%. Таким образом, у больного могут проявляться как симптомы депрессии, так и тревоги. В подобных случаях говорят о смешанном тревожно-депрессивном расстройстве. У многих пациентов отмечается хронологическое предшествование тревоги по отношению к депрессии. То есть, наблюдается наличие на протяжении длительного времени недиагностированного тревожного расстройства, которое затем осложняется депрессивным расстройством. Установлено, что при наличии генерализованного тревожного расстройства значительно возрастает риск возникновения депрессивного эпизода в 4-9 раз [40]. Таким образом, депрессивные и тревожные расстройства часто сопровождают друг друга, что приводит к утяжелению их клинической картины и течения болезни [29, 58, 71, 78, 86, 93, 95, 96, 100]. Данные расстройства занимают первое место по распространенности среди психических расстройств: около 30% пациентов, обращающихся в общемедицинские учреждения, страдают ими, при этом у 4% отмечаются хронические формы данных патологий [53, 65, 102]. Подобные расстройства могут приводить к утрате трудоспособности и требовать значительных затрат для их лечения, что негативно сказывается на бюджете (Т. Dehue, 2009). Также, наличие депрессивных и тревожных расстройств может случить фактором развития различных химических аддикций [12, 49, 102], утяжеляет течение сопутствующих соматических заболеваний, сопряжено с повышенным уровнем смертности [6, 22, 41]. Кроме того, депрессивные расстройства выступают в качестве главного фактора суицидального поведения, по распространённости которого наша страна занимает одно из первых мест [8].

Причинно-следственная связь депрессии при алкогольных и наркотических зависимостях носит двунаправленный характер. Так, депрессия возникает на фоне хронического отравления нейротоксическими веществами головного мозга, в то время как сама аддикция, в большинстве случаев, возникает по причине сниженного настроения

(желание «заглушить боль»). Подобным образом происходит развитие сложной двунаправленной связи, которую сложно прервать. Переживание негативных эмоций приводит к употреблению психоактивных веществ для их нейтрализации. А чрезмерное употребление, в свою очередь, приводит к ряду новых проблем, усугубляющих как саму зависимость, так и течение депрессии: финансовые проблемы, проблемы в профессиональной деятельности, конфликты в семье и т.д.

1.3 Проблема депрессии и ее коморбидности с психическими расстройствами

В 1970 г. выдающийся американский врач, исследователь и эпидемиолог А. Feinstein предложил понятие «коморбидность» (лат. со – «вместе» и morbus – «болезнь»). Он понимал под этим термином наличие дополнительной клинической картины, существующей помимо текущего заболевания, которая уже существует или способна проявиться самостоятельно [64]. Данное явление было продемонстрировано профессором Feinstein на примере больных с острой ревматической лихорадкой, обнаружившим худший прогноз пациентов в случае сопутствия других заболеваний основному.

В дальнейшем категория коморбидности стала отдельным объектом научно-исследовательской работы. Н. С. Kraemer и М. van den Akker дали собственное определение коморбидности - это два и более патологических синдромов или заболеваний у одного пациента, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени [54].

В соответствии с этими представлениями на развитие коморбидности влияет большое количество факторов, главными из которых являются: хроническое инфекционное заболевание, воспаления, инволютивные изменения, метаболические изменения, ятрогения, социальный статус, экологические факторы, генетическая предрасположенность.

На следующем этапе изучения коморбидности были выявлены её виды: транссиндромальная, транснозологическая и хронологическая. Первые два вида предполагают наличие у одного пациента двух и/или более синдромов или заболеваний, взаимосвязанных патогенетически, тогда как последний вариант подразумевает их временное совпадение.

Что касается классификации коморбидности, то посредством клинικο-морфологического анализа было выделено 5 основных видов данного феномена.

Причинная коморбидность проявляется при параллельном поражении различных органов и систем под воздействием одного патологического фактора (курение, алкоголь, ожирение и т.д.).

Осложненная коморбидность проявляется в виде поражения органов-мишеней, в результате основного заболевания через некоторое время после его дестабилизации. Например, хроническая почечная недостаточность в результате гипертонической болезни.

Ятрогенная коморбидность является результатом вынужденного негативного воздействия врача на пациента при условии заранее известной опасности какой-либо медицинской процедуры. Например, возникновение лекарственного гепатита при лечении туберкулёза лёгких.

Уточненная коморбидность развивается при наличии единых механизмов патогенеза заболеваний, составляющих данную коморбидность.

Также выделяется «случайная» коморбидность, примером которой является сочетание приобретённого порока сердца и псориаза. Однако «случайность» подобных сочетаний может быть связана с недостаточной изученностью заболеваний, находящихся в коморбидной связи.

В настоящее время существует большое количество исследований, посвящённых изучению коморбидности депрессии с другими психическими расстройствами [60, 73, 78, 85, 99] и соматическими [10, 36, 56].

Исследователи отмечают высокую степень коморбидности депрессии с психическими расстройствами, которые, предположительно, связаны между собой. Подобная коморбидность может быть связана с различными причинами, среди которых выделяют следующие: одно из расстройств создаёт условия для возникновения второго; первое расстройство является одним из этапов второго; оба расстройства являются результатом одного патологического процесса, при этом различия детерминированы внешними факторами; общие механизмы патогенеза у двух расстройств [99, 105].

В последнее время возрастает число научных исследований, согласно которым депрессия характеризуется высокой степенью коморбидности как с психическими заболеваниями, так и с соматическими. Описано несколько путей формирования подобной коморбидности. В одном случае, наличие соматического или психического заболевания способно привести к возникновению депрессивного симптомокомплекса. В другом случае, соматическое или психическое заболевание может возникнуть в результате длительного дистресса или депрессивного расстройства [21].

Было установлено, что коморбидность шизотипического и депрессивного расстройств составляет от 0% до 20%. Аналогичные показатели были установлены для параноидного расстройства – ниже 5% [9].

При изучении проблемы коморбидности явным становится вопрос о том, какое из заболеваний является первичным, а какое, являясь вторичным, развилось впоследствии [26].

По мнению исследователей, причинно-следственные связи между употреблением психоактивных веществ (в частности, алкоголя) и психическими расстройствами являются достаточно сложными для установления [17]. Проблема коморбидности психических заболеваний и химических аддикций в настоящее время становится особенно актуальной и вызывает большой интерес у отечественных и зарубежных ученых, что связано с распространенностью данного вида патологии [27, 33, 38, 50, 76, 92, 94, 104].

По мнению Головачевой В.А. и Парфенова В.А. до 33% соматических заболеваний сопровождаются депрессивным расстройством [11]. Также депрессию описывают как фактор риска развития ишемической болезни сердца [81]. При этом была установлена связь между наличием депрессивного расстройства и тяжёлым течением стенокардии, учащением случаев коронарных катастроф и смертности от коронарной болезни [41]. В свою очередь, Парфенов В.А. с соавторами предполагает, что тяжелое течение сердечно-сосудистых заболеваний может быть обусловлено нарушением сна (инсомнией), которое выступает в качестве одного из симптомов депрессии. [31]. Это можно объяснить тем, что в течение нормального сна происходит снижение артериального давления, частоты сердечных сокращений и уровня гликемии. Нарушение сна, проявляющееся в сниженной продолжительности или качестве, негативно сказывается на данных процессах. В связи с чем, по мнению автора, возможно ухудшение течения артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца и сахарного диабета. При наличии коморбидности артериальной гипертензии с депрессией отмечается снижение эффективности антигипертензивной терапии [11].

По данным различных эпидемиологических исследований, депрессия встречается значительно чаще, чем в общей популяции, при следующих неврологических заболеваниях: эпилепсия (25-34,2% случаев), болезнь Паркинсона (3-50%), болезнь Альцгеймера (4,9-50%), рассеянный склероз (25-65%) и черепно-мозговая травма (6-77%) (Carson AJ, Ringbauer B, Stone J et al 2000). В настоящее время депрессивное расстройство описывается как фактор риска развития болезни Альцгеймера, что усиливает значимость своевременной диагностики и лечения депрессии у пожилых пациентов (Ownby RL, Crocco E, Acevedo A, et al, 2006)

Согласно данным национального научного центра наркологии, среди страдающих алкогольной, наркотической и токсикологической зависимостью, около 20% пациентов

обнаруживает эндогенные психические заболевания. По тем же данным среди пациентов с шизофренией и маниакально-депрессивным психозом около 30% страдают чрезмерным употреблением различных психоактивных веществ [48]. Что касается комбинации тяжелых психических расстройств и аддиктивных нарушений, то результаты зарубежных исследований свидетельствуют о том, что 20 – 60% пациентов с тяжелыми психическими расстройствами имеют сопутствующее расстройство, вызванное употреблением психоактивных веществ [50, 79].

Таким образом, последовательное изучение феномена коморбидности поспособствовало лучшему пониманию не только трактовки данного термина, но и пониманию его сущности, обусловленной анатомической схожестью, единым механизмом патогенеза и причинно-следственной связью появления клинических вариантов и осложнений.

Глава 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

2.1 Организация исследования

Характеристика выборки исследования

Выборку составили 107 человек в возрасте от 20 до 80 лет (мужчин - 30 человек, женщин – 77 человек), страдающие психическими расстройствами и находящиеся на стационарном лечении в Томской клинической психиатрической больнице: с расстройствами настроения F32 – 34 человека, а также с психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии: невротические расстройства, связанные со стрессом F48 – 26 человек, психические расстройства, вызванные употреблением алкоголя F10 – 21 человек, шизотипические расстройства F21 – 26 человек.

Методы исследования:

1. «Шкала депрессии Центра эпидемиологических исследований (CES-D)» (тест адаптирован при проведении программы КОМПАС в России), (приложение А)

Шкала включает 20 пунктов, каждый из которых определяет субъективную частоту симптомов депрессии и, проранжирован от 0 (симптом обнаруживается очень редко или вообще никогда) до 3 (симптом присутствует постоянно). Респонденту предлагается оценить наличие симптомов по следующей шкале: «редко или никогда (меньше чем 1 день)» - «0»; «изредка или нечасто (1-2 дня)» - «1»; «иногда (3-4 дня)» - «2»; «большинство времени (5-7 дней)» - «3». При интерпретации данных учитывается суммарный балл по всем пунктам шкалы. Интерпретация результатов по шкале позволяет выделить следующие области значений: 0-18 баллов – норма; 19-25 баллов – депрессия средней тяжести; 26 балл и выше – тяжелая депрессия [30].

2. «Опросник общего состояния здоровья» (General Health Questionnaire, GHQ), (А. Райдер, Канада, ун-т Конкордия), (приложение Б)

Опросник включает 45 утверждений, каждое из которых оценивается по 4- балльной шкале от 0 (не согласен) до 3 (полностью согласен). Методика включает 3 шкалы: соматическое здоровье, психологическое здоровье, социальное здоровье. Чем выше балл, тем более выражен симптом. Показатели по шкалам: соматическое здоровье от 0 до 8 – низкие, от 9 до 17 – средние, от 18 до 25 – повешенное, от 26 до 33 – высокие; психологическое здоровье от 0 до 25 – низкие, от 26 до 50 – средние, от 51 до 76 – повешенные, от 77 до 102 – высокие; социальное здоровье от 0 до 6 низкие, от 7 до 11 – средние, от 12 до 18 – повышенные, от 19 до 24 – высокие.

3. Методика «Стратегии поведения в ситуации болезни» (А. Райдер, Канада, ун-т Конкордия), (приложение В)

Опросник включает 71 утверждение относительно способов поведения в ситуации болезни, состояния депрессии. Эти способы поведения можно отнести к таким стратегиям, как: «социальная поддержка», «диссимуляция», «пессимизм», «злоупотребление препаратами», «самообвинение», «переключение», «агрессия», «сосредоточение на решении проблемы», «положительная переоценка», «эмоциональная регуляция и самоподдержка». К наиболее вероятным были отнесены те способы поведения, средние значения которых превышали 1,6 балла по шкале от 0 до 3 баллов, где 1 балл – иногда, 2 балла – часто, 3 балла – всегда.

4. Опросник «Средства, способствующие улучшению состояния» (А. Райдер, Канада, ун-т Конкордия), (приложение Г)

Опросник включает 28 видов средств, которые, по мнению респондентов, способствуют улучшению их психического состояния. Среди этих средств – медикаментозные средства, средства нетрадиционной медицины, релаксация, социальной поддержка, самоосознание и саморазвитие, регуляция режима работы и отдыха, религия. Респондентам предлагается оценить у себя степень (от 0 баллов до 7 баллов) вероятности помощи этих средств в улучшении своего психического состояния. При обработке данных учитывалось, что 5,5 баллов и выше указывают на вероятность эффективности данного средства для улучшения состояния.

5. Опросник «Убеждения о депрессии: причины и последствия» (часть 1 – причины и часть 2 – последствия) (А. Бек), (приложения Д, Е)

Часть 1 (причины) позволяет определить, какие причины формирования депрессивных состояний считают респонденты наиболее вероятными у себя. Согласно методике, их выделено 34, они распределены в следующие типы: психосоциальные, традиционные, органические и биомедицинские. Выраженность вероятности причин представлена в диапазоне от мало вероятной причины (1 балл) до ее высокой вероятности (7 баллов). Респондентам предлагается оценить вероятность каждой причины в собственном случае.

Опросник убеждений о депрессии (часть 2 – последствия) включает 21 вариант описания последствий, которые сгруппированы в три вида: личностные последствия, социальные последствия, положительные последствия. Выраженность вероятности последствий в представлениях респондентов оценивается в диапазоне от малой вероятности (1 балл) до высокой вероятности (7 баллов). Респондентам предлагается оценить вероятность

предполагаемых ими последствий. Сумма баллов по каждой шкале позволяет судить о мнении респондентов о вероятности причин и последствий депрессии.

6. «Опросник когнитивных стратегий регулирования эмоций» (CERQ) (Nadia Garnefski, Vivian Kraaij, Philip Spinhoven. Русскоязычная версия была разработана и адаптирована Е.И Рассказовой, А.Б, Леоновой и И.В Плужниковым, 2011 г.), (приложение Ж)

«Опросник когнитивных стратегий регулирования эмоций» состоит из 36 утверждений – это определенные мысли, возникающие у человека при совладании с неприятностями и переживаниями. Методика позволяет определить выраженность в опыте совладания респондентов таких когнитивных стратегий, как самообвинение, принятие, размышление, положительную перефокусировку, перефокусировку на планирование, положительную переоценку, рассмотрение в перспективе, катастрофизацию, обвинение. Согласно предложенной авторами методики модели когнитивные стратегии регуляции эмоций могут быть отнесены к двум категориям. Первая категория включает в себя стратегии, способствующие успешной адаптации – принятие, положительная перефокусировка, перефокусировка на планировании, положительная переоценка, рассмотрение в перспективе. Во вторую категорию отнесены когнитивные стратегии, которые препятствуют адаптации и усиливают дезадаптационные эффекты – самообвинение, размышление, катастрофизация, обвинение других. Респонденту предлагается ознакомиться с предложениями и указать, насколько часто у него возникают эти мысли. Диапазон оценки от «никогда» - 1 балл до «всегда» - 5 баллов. Сумма баллов по каждой шкале позволяет судить о выраженности определенных когнитивных стратегий.

7. Торонтская алекситимическая шкала (TAS-20) (Taylor G.J., Ryan D.P., Bagby R.M., тест адаптирован в институте им. В. М. Бехтерева), (приложение И)

Шкала самоотчета состоит из 20 пунктов, каждый из которых оценивается по 5-балльной шкале Лайкерта от 1 (совершенно не согласен) до 5 (совершенно согласен). Англоязычная версия была переведена на русский язык и стандартизирована для российской выборки. В тесте имеются три подшкалы: трудности идентификации чувств (ТИЧ), трудности с описанием чувств другим людям (ТОЧ), внешне-ориентированный, экстернальный тип мышления (ВОМ). Чем выше балл, тем выраженнее признаки алекситимии. В данной реализации теста значение TAS общий показатель алекситимии от 20 до 51 считается нормальным, от 52 до 60 - повышенным, от 61 и выше - высоким.

Методы статистического анализа: критерий Колмагорова-Смирнова, описательная статистика, сравнительный анализ с помощью критериев Краскела-Уоллиса и Манна-Уитни, однофакторный дисперсионный анализ, факторный анализ.

2.2 Результаты исследования

2.2.1 Особенности выраженности симптомов депрессии у лиц с психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии

Рассмотрим результаты, полученные при помощи методики «Шкала депрессии Центра эпидемиологических исследований» (CES-D), в клинических группах по выявлению выраженности депрессивной симптоматики.

Было выявлено процентное соотношение респондентов с различной степенью выраженности депрессии у респондентов с психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии (таблица 1). В группе респондентов с синдромом зависимости, исходя из суммарного балла по методике, обнаружена депрессивная симптоматика, свидетельствующая о том, что для 28,57% респондентов характерны расстройства депрессивного спектра и собственно депрессия, у большей половины респондентов с синдромом зависимости (61,9%) наблюдается выраженное депрессивное состояние и меньший процент респондентов (9,52%) попадает в диапазон «норма». Респонденты с невротическими расстройствами: 23,07% - «норма», 26,92% - депрессивная симптоматика, у половины респондентов с невротическими расстройствами (50%) диагностировано выраженное депрессивное состояние. В группе респондентов с шизофренией процентное соотношение выраженности симптомов депрессии, исходя из суммарного балла по методике: 26,92% попадают в диапазон «норма», 19,23% имеют депрессивную симптоматику, у 53,84% респондентов диагностировано выраженное депрессивное состояние. У большинства респондентов с аффективными расстройствами (53,57%) выявлено выраженное депрессивное состояние, 32,14% - депрессивная симптоматика, 14,28% - попадают в диапазон «нормы».

Таблица 1 - Процентное соотношение выраженности депрессии в клинических группах

Клинические группы	Норма	Депрессивная симптоматика	Выраженное депрессивное состояние
Синдром зависимости	9,52%	28,57%	61,9%
Невротические расстройства	23,07%	26,92%	50%
Шизотипические расстройства	26,92%	19,23%	53,84%
Аффективные расстройства	14,28%	32,14%	53,57%

На основании данных о нормальности распределения и описательной статистики данных, полученных с помощью опросника «Шкала депрессии Центра эпидемиологических исследований» (CES-D) (Таблица 2), выявлено, что к наиболее вероятным симптомам депрессии (более 1,6 балла), большинство респондентов с синдромом зависимости относят: «мой сон был беспокойным», «чувствовал себя подавленным», «чувствовал, что все делал через усилие», «чувствовал себя одиноким», «мне было грустно», «я не мог начать действовать». Для многих респондентов с невротическими расстройствами наиболее вероятными симптомами депрессии выступают: «несмотря на помощь друзей и членов моей семьи мне не удавалось избавиться от чувства тоски», «чувствовал себя подавленным», «чувствовал, что все делал через усилие», «мой сон был беспокойным», «мне было грустно». Вероятными симптомами депрессии для большинства респондентов с шизотипическими расстройствами являются: «чувствовал, что я был не хуже других», «у меня не было надежды на будущее». Для многих респондентов с аффективными расстройствами наиболее вероятными симптомами депрессии являются: «я чувствовал, что я был не хуже других», «я чувствовал себя подавленным», «чувствовал, что все делал через усилие», «мой сон был беспокойным», «я говорил меньше, чем обычно», «мне было грустно».

Таблица 2 - Средние показатели выраженности наиболее вероятных симптомов депрессии у респондентов с психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии

Клиническая группа	Симптомы депрессии	Ср.±Ср-кв. откл
Синдромом зависимости	«чувствовал себя подавленным»	1,7±0,23
	«чувствовал, что все делал через усилие»	1,76±0,2
	«мой сон был беспокойным»	2±0,27
	«чувствовал себя одиноким»	1,71±0,25
	«мне было грустно»	1,95±0,15
	«я не мог начать действовать»	1,71±0,22
Невротические расстройства	«несмотря на помощь друзей и членов моей семьи мне не удавалось избавиться от чувства тоски»	1,73±0,18
	«чувствовал себя подавленным»	1,65±0,19
	«чувствовал, что все делал через усилие»	1,65±0,18
	«мой сон был беспокойным»	2,15±0,19
	«мне было грустно»	1,84±0,18

Продолжение таблицы 2

Шизотипические расстройства	«чувствовал, что я был не хуже других»	2,16±0,19
	«у меня не было надежды на будущее»	1,62±0,22
Аффективные расстройства	«чувствовал, что я был не хуже других»	1,79±0,22
	«чувствовал себя подавленным»	1,89±0,22
	«чувствовал, что все делал через усилие»	2,14±0,21
	«мой сон был беспокойным»,	2,18±0,2
	«я говорил меньше, чем обычно»	1,75±0,21
	«мне было грустно»	1,75±0,19

Методом сравнительного анализа (критерием Краскела-Уоллиса) обнаружены статистически значимые различия в симптомах депрессии – «мой сон был беспокойным» (Хи-квадрат=15,154, $p=0,002$). Методом попарного сравнительного анализа с помощью критерия Манна-Уитни установлено, что для респондентов, страдающих невротическими расстройствами, более вероятным симптомом депрессии является «мой сон был беспокойным» по сравнению с респондентами, страдающих шизофренией ($U=160,000$, $p=0,001$). Респонденты с аффективными расстройствами чаще указывают на симптом депрессии «мой сон был беспокойным» по сравнению с респондентами, страдающих шизофренией ($U=180,500$, $p=0,001$).

Выводы:

1. У большинства респондентов всех клинических групп выявлена выраженная депрессивная симптоматика (синдромом зависимости - 61,9%, шизотипические расстройства - 53,84%, аффективные расстройства - 55,57%, невротические расстройства - 50%).

2. У респондентов с психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии выявлены наиболее вероятные симптомы депрессии. Общими вероятными симптомами депрессии для большинства респондентов с синдромом зависимости, невротическими и аффективными расстройствами являются: «чувствовал себя подавленным», «чувствовал, что все делал через усилие», «мой сон был беспокойным», «мне было грустно». Большинство респондентов с невротическими и аффективными расстройствами вероятным симптомом депрессии считают: «несмотря на помощь друзей и членов моей семьи мне не удавалось избавиться от чувства тоски». Вероятным симптомом депрессии для большинства респондентов, страдающих шизофренией является: «у меня не было надежды на будущее»; для респондентов с синдромом зависимости «чувствовал себя одиноким», «не мог начать действовать»; для респондентов с аффективными расстройствами вероятным симптомом депрессии выступает «я говорил меньше, чем обычно».

3. Было установлено, что респонденты, страдающие невротическими и аффективными расстройствами более привержены считать вероятным симптомом депрессии «мой сон был беспокойным» по сравнению с респондентами, страдающих шизофренией.

2.2.2 Особенности в проявлениях общего состояния здоровья (соматического, социального, психологического) у респондентов, страдающих психическими расстройствами

Рассмотрим результаты, полученные с помощью методики «Опросник общего состояния здоровья» (А. Ryder). Данные об особенностях общего состояния здоровья (соматического, социального, психологического) у респондентов с психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии представлены в таблице 3.

Таблица 3 - Средние показатели шкал общего состояния здоровья (соматического, социального, психологического) в клинических группах

Шкалы (аспекты) здоровья	Клинические группы	Ср.±Ср-кв. откл
Соматическое	Синдром зависимости	19,9±1,32
	Невротические расстройства	18,92±1,11
	Шизотипические расстройства	15,15±1,53
	Аффективные расстройства	18,21±1,35
Социальное	Синдром зависимости	11,33±0,62
	Невротические расстройства	9,77±0,74
	Шизотипические расстройства	11,19±0,77
	Аффективные расстройства	10,54±0,56
Психологическое	Синдром зависимости	54,38±2,4
	Невротические расстройства	49,19±2,94
	Шизотипические расстройства	47,35±3,25
	Аффективные расстройства	48,93±2,06

Средние значения соматического здоровья в группе респондентов с шизотипическими расстройствами в пределах средних значений; в группе респондентов с синдромом зависимости, невротическими и аффективными расстройствами средние значения соматического здоровья повышены, что говорит о большем количестве присущих респондентам этих групп симптомов, связанных с неблагополучием в данных сферах и возможной их неудовлетворенностью своим здоровьем.

В рамках средних находятся средние значения социального здоровья во всех клинических группах, что может свидетельствовать о средней выраженности симптомов в данной области и в некоторой степени удовлетворенности респондентов всех клинических групп своим социальным здоровьем.

Значения психологического здоровья в группе респондентов с синдромом зависимости повышены, что свидетельствует о возможной неудовлетворенности данной группы своим здоровьем; для респондентов с невротическими, шизотипическими и аффективными расстройствами средние значения психологического здоровья находятся в пределах средних значений.

Результаты оценки характера распределения с использованием критерия Колмогорова-Смирнова указывают на то, что полученные данные соответствуют нормальному распределению. Так, для проверки гипотезы о наличии различий в убеждениях симптомах депрессии среди клинических групп, был произведен однофакторный дисперсионный анализ, с помощью которого не было выявлено различий по шкалам методики между клиническими группами на уровне статистической значимости (таблица 4).

Таблица 4 – Различия по показателям здоровья между нозологическими группами

ANOVA		Сумма квадратов	ст.св.	Ср. квадрат	F	p
Соматическое здоровье	Между группами	1,763	3	,588	1,540	,209
	Внутри групп	37,006	97	,382		
	Всего	38,769	100			
Социальное здоровье	Между группами	,543	3	,181	1,108	,350
	Внутри групп	15,840	97	,163		
	Всего	16,383	100			
Психологическое здоровье	Между группами	,593	3	,198	1,068	,360
	Внутри групп	17,942	97	,185		
	Всего	18,535	100			

В таблицах 5,6,7,8 отдельно рассмотрены наиболее вероятные симптомы, средние показатели которых превышают 1,6 баллов, включенные в шкалы методики в каждой клинической группе.

Таблица 5 - Наиболее выраженные симптомы здоровья у респондентов с синдромом зависимости

Вопросы методики	Ср±Ср.кв откл
Симптомы соматического аспекта здоровья	
1. Страдали ли Вы от головной боли или артериального давления?	1,71±0,26
2.Страдали ли Вы от сильного сердцебиения и беспокоились о проблемах с сердцем?	1,76±0,2
5.Не спали ли Вы из-за беспокойства?	2,24±0,21
35.Были беспокойным и нарушался ли у Вас сон?	2 ±0,21
36.Было ли Вам трудно оставаться бодрым?	1,71±0,23
37.Чувствовали ли Вы, что у Вас не было энергии?	2,05±0,14
Симптомы социального аспекта здоровья	
7. Вы не ладили с вашей семьей и близкими родственниками?	1,81±0,24
11. Беспокоились ли Вы о вашей семье или близких родственниках?	2,52±0,19
25. Вы не могли проявить теплоту и привязанность по отношению к близким Вам людям, которые находятся рядом с Вами?	1,86±0,22
Симптомы психологического аспекта здоровья	
6. Переживали ли Вы из-за чего-то?	2,52±0,13
8. Теряли ли уверенность в себе?	2±0,2
9.Чувствовали себя нервно и возбудимо?	2,38±0,17
19.Чувствовали, что все навалилось на Вас?	2,05±0,22
21. Чувствовали ли Вы беспокойство или раздражительность по мелочам?	1,81±0,19
26.Чувствовали ли Вы себя постоянно напряженным?	2,05±0,22
33.Чувствовали ли Вы себя подавленным и несчастным?	1,67±0,24
38.Было ли трудно Вам сосредоточиться?	1,95±0,14

В группе респондентов с синдромом зависимости (см. таблица 5) наиболее выраженными оказались такие соматические симптомы, как головные боли, артериальное давление, сильное сердцебиение, беспокойство и нарушения сна, потеря энергии и бодрости. Респонденты с синдромом зависимости по шкале социального аспекта здоровья отмечают, что не ладили с семьей или близкими родственниками, не были способны проявить тепло и привязанность по отношению к близким людям, которые находились рядом, но в то же время испытывали чувство беспокойства о своей семье или близких родственниках. К симптомам

психологического аспекта здоровья многие респонденты с синдромом зависимости относят: переживания, отсутствие уверенности в себе, нервное напряжение, беспокойство/раздражительность по мелочам, подавленность, трудности сосредоточения.

Таблица 6 - Наиболее выраженные симптомы здоровья у респондентов, страдающих невротическими расстройствами

Вопросы методики	Ср±Ср.кв откл
Симптомы соматического аспекта здоровья	
1. Страдали ли Вы от головной боли или артериального давления?	2±0,2
2. Страдали ли Вы от сильного сердцебиения и беспокоились о проблемах с сердцем?	1,77±0,19
5. Не спали ли Вы из-за беспокойства?	2,35±0,15
35. Были беспокойным и нарушался ли у Вас сон?	2,15±0,13
36. Было ли Вам трудно оставаться бодрым?	1,85±0,16
37. Чувствовали ли Вы, что у Вас не было энергии?	1,92±0,19
Симптомы социального аспекта здоровья	
7. Вы не ладили с вашей семьей и близкими родственниками?	1,88±0,18
11. Беспокоились ли Вы о вашей семье или близких родственниках?	2,46±0,12
25. Вы не могли проявить теплоту и привязанность по отношению к близким Вам людям, которые находятся рядом с Вами?	2,23±0,16
Симптомы психологического аспекта здоровья	
6. Переживали ли Вы из-за чего-то?	2,62±0,12
9. Чувствовали себя нервно и возбуждено?	2±0,15
10. Отсутствие надежды о своем будущем?	1,73±0,15
19. Чувствовали, что все навалилось на Вас?	1,8±0,15
21. Чувствовали ли Вы беспокойство или раздражительность по мелочам?	1,73±0,18
38. Было ли трудно Вам сосредоточиться?	1,8±0,18

В группе респондентов, страдающих невротическими расстройствами (см. таблица 6), наиболее характерными соматическими симптомами являются головные боли, артериальное давление, сильное сердцебиение и беспокойство о проблемах с сердцем, беспокойство и нарушение сна, потеря бодрости и энергии. К социальным аспектам здоровья респонденты с невротическими расстройствами относят, что не ладили с семьей или близкими родственниками, не были способны проявить тепло и привязанность по отношению к близким людям, которые находились рядом, но в то же время для них характерно

испытывать беспокойство о своей семье или близких родственниках. По шкале психологического аспекта здоровья отмечены такие пункты, как переживания из-за чего-то, нервное напряжение, беспокойство и раздражительность по мелочам, трудности сосредоточения, а также респонденты с невротическими расстройствами отмечают отсутствие надежды о будущем.

Таблица 7 - Наиболее выраженные симптомы здоровья у респондентов, страдающих шизотипическими расстройствами

Вопросы методики	Ср±Ср.кв откл
Симптомы соматического аспекта здоровья	
1. Страдали ли Вы от головной боли или артериального давления?	1,85±0,23
Симптомы социального аспекта здоровья	
7. Вы не ладили с вашей семьей и близкими родственниками?	2±0,22
11. Беспокоились ли Вы о вашей семье или близких родственниках?	2,23±0,21
25. Вы не могли проявить теплоту и привязанность по отношению к близким Вам людям, которые находятся рядом с Вами?	2,35±0,12
Симптомы психологического аспекта здоровья	
6. Переживали ли Вы из-за чего-то?	2,23±0,19
10. Отсутствие надежды о своем будущем?	2±0,2
38. Было ли трудно Вам сосредоточиться?	1,68±0,2

Для большинства респондентов с шизотипическими расстройствами (см. таблица 7) характерным соматическим симптомом выступает головная боль и артериальное давление. К симптомам социального аспекта здоровья респонденты с шизотипическими расстройствами относят, что не ладили с семьей или близкими родственниками, не были способны проявить тепло и привязанность по отношению к близким людям, которые находились рядом, но в то же время испытывали чувство беспокойства о своей семье или близких родственниках. По шкале психологического аспекта здоровья отмечены такие пункты, как переживания из-за чего-то, трудности сосредоточения и отсутствие надежды о своем будущем.

Таблица 8 - Наиболее выраженные симптомы здоровья у респондентов, страдающих аффективными расстройствами

Вопросы методики	Ср±Ср.кв откл
Симптомы соматического аспекта здоровья	
1. Страдали ли Вы от головной боли или артериального давления?	1,68±0,22

Продолжение таблицы 8

5. Не спали ли Вы из-за беспокойства?	2,04±0,18
35. Были беспокойным и нарушался ли у Вас сон?	2,29±0,16
36. Было ли Вам трудно оставаться бодрым?	2,14±0,17
37. Чувствовали ли Вы, что у Вас не было энергии?	2,14±0,18
Симптомы социального аспекта здоровья	
7. Вы не ладили с вашей семьей и близкими родственниками?	2,3±0,16
11. Беспокоились ли Вы о вашей семье или близких родственниках?	2,43±0,15
25. Вы не могли проявить теплоту и привязанность по отношению к близким Вам людям, которые находятся рядом с Вами?	2,32±0,17
Симптомы психологического аспекта здоровья	
6. Переживали ли Вы из-за чего-то?	2,32±0,18
8. Теряли ли уверенность в себе?	1,68±0,22
9. Чувствовали себя нервно и возбуждено?	1,93±0,19
19. Чувствовали, что все навалилось на Вас?	1,96±0,2
38. Было ли трудно Вам сосредоточиться?	2,21±0,18

В группе респондентов с аффективными расстройствами (см. таблица 8) наиболее выраженными оказались такие соматические симптомы, как головные боли, артериальное давление, беспокойство и нарушения сна, потеря энергии и бодрости. К социальным аспектам здоровья респонденты с аффективными расстройствами относят: не ладили с семьей и близкими родственниками, не были способны проявить тепло и привязанность по отношению к близким людям, которые находились рядом, но в то же время респонденты испытывают чувство беспокойства о своей семье или близких родственниках. По шкале психологического аспекта здоровья отмечены такие пункты, как переживания из-за чего-то, отсутствие уверенности, нервное напряжение, трудности сосредоточения.

Выводы:

1. Значения соматического здоровья в группе респондентов с шизотипическими расстройствами в пределах средних значений; в группе респондентов с синдромом зависимости, невротическими и аффективными расстройствами средние значения соматического здоровья повышены.

2. В рамках средних находятся средние значения социального здоровья во всех клинических группах.

3. Значения психологического здоровья в группе респондентов с синдромом зависимости повышены; для респондентов с невротическими, шизотипическими и

аффективными расстройствами средние значения психологического здоровья находятся в пределах средних значений.

4. Общими для большинства респондентов клинических групп являются: соматические аспекты здоровья (головная боль, артериальное давление); социальные аспекты здоровья (не ладили с семьей и близкими родственниками, не были способны проявить тепло и привязанность по отношению к близким людям, которые находились рядом, беспокойство о семье или близких родственниках); психологические аспекты здоровья (переживали из-за чего-то, было трудно сосредоточиться).

5. Респонденты с синдромом зависимости, невротическими и аффективными расстройствами к соматическим аспектам здоровья относят: нарушение сна, беспокойство, потеря энергии и бодрости; к психологическим аспектам здоровья – нервозность и возбудимость, переживание накопившихся трудностей (что все навалилось на них). А также респонденты с синдромом зависимости и невротическими расстройствами к соматическому аспекту здоровья относят: сильное сердцебиение и беспокойство о проблемах с сердцем.

6. В качестве возможных симптомов психологического аспекта здоровья респонденты с синдромом зависимости выделяют отсутствие уверенности в себе, беспокойство и раздражительность по мелочам, постоянное напряжение, подавленность. В то время как респонденты с невротическими расстройствами в качестве психологических симптомов рассматривают отсутствие надежды о своем будущем, снижение самооценки.

2.2.3 Особенности стратегий поведения в ситуации болезни у лиц, страдающих психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии

Рассмотрим результаты, полученные с помощью методики «Стратегии поведения в ситуации болезни» (А. Ryder). Средние показатели по шкалам методики у респондентов с психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии представлены в таблице 9.

Таблица 9 - Средние показатели шкал методики «Стратегии поведения в ситуации болезни» в клинических группах

Шкалы	Синдром зависимости	Невротическое р-ва	Шизотипические р-ва	Аффективные р-ва
«Социальная поддержка»	0,95±0,14	0,76±0,08	0,85±0,12	0,89±0,1
«Диссимиляция»	1,28±0,1	1,24±0,09	1,16±0,09	1,19±0,07

Продолжение таблицы 9

«Пессимизм и фиксация на негативных эмоциях»	1,34±0,15	1,22±0,12	1,29±0,14	1,4±0,11
«Принятие наркотических средств и алкоголя»	1±0,22	0,19±0,07	0,42±0,15	0,21±0,09
«Самообвинение»	1,32±0,1	1,47±0,04	1,48±0,07	1,48±0,09
«Переключение»	1,26±0,12	1,27±0,06	1,07±0,07	1,2±0,08
«Агрессия»	0,9±0,15	0,75±0,13	0,92±0,15	0,8±0,12
«Сосредоточение на проблеме»	1,18±0,1	1,08±0,06	1,06±0,09	1,2±0,09
«Положительная переоценка»	1,4±0,12	1,32±0,1	1,57±0,07	1,37±0,11
«Эмоциональная поддержка»	1,08±0,1	0,97±0,07	1±0,05	0,95±0,06

Взяв за основу данные описательной статистики, было отмечено, что средние показатели во всех клинических группах находятся в диапазоне встречаемости стратегии от «никогда» до «иногда», что может указывать на отсутствие наиболее вероятных стратегий у большинства респондентов.

Проведенный при помощи критерия Краскела – Уоллиса сравнительный анализ показал значимые различия между клиническими группами по показателям стратегии «принятие наркотических средств и алкоголя» ($X^2=13,523$, $p=0,004$). При помощи попарного сравнения с использованием критерия Манна – Уитни были получены результаты, свидетельствующие о большей склонности к «принятию наркотических средств и алкоголя» при возникновении трудностей у лиц, страдающих алкогольной зависимостью, чем у респондентов аффективными расстройствами ($U=166,000$, $p=0,002$) и с невротическими ($U=152,000$, $p=0,002$). По остальным шкалам статистически значимых различий между группами не выявлено.

В приложении К представлены данные описательной статистики отдельных стратегий поведения в ситуации болезни в клинических группах, в ходе которой было установлено, что в большей степени выражены для респондентов всех групп оказались такие способы поведения, как: «Не буду думать о том, что я чувствую», «Чувствую усталость и мне не здоровится», «Думаю, что никто не хочет быть рядом со мной из-за моего настроения», «Думаю, что моим друзьям надоел я и мои проблемы», «Думаю, что люди увидят, кто я на самом деле», таким образом, большинству респондентов, страдающих психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии свойственны такие способы

поведения, как избегание своих чувств (диссимиляция), отсутствие энергии и сопутствующая этому заниженная самооценка.

Респонденты, страдающие невротическими, шизотипическими и аффективными расстройствами часто переживают насчет того, что родственники и друзья могут испытывать чувство неловкости из-за них. Мысли о том, что ожидания членов семьи и друзей относительно респондента не будут оправданы, присущи респондентам с синдромом зависимости, аффективными и шизотипическими расстройствами. Респонденты с невротическими расстройствами и синдромом зависимости склонны к принятию лекарственных средств. В то же время, для лиц, страдающих алкогольными зависимостями и аффективными расстройствами свойственна стратегия защиты в ситуации болезни, как удаление от реального мира посредством ухода в мечты и фантазии.

Специфичными стратегиями поведения в ситуации болезни для каждой нозологической группы являются: для респондентов с синдромом зависимости: «думаю о том, насколько одиноким себя чувствую», «делаю что-то, что прежде поднимало настроение», «принимаю лекарства, чтобы почувствовать себя легче»; для респондентов с невротическими расстройствами – «концентрируюсь на работе», «анализирую свой характер, чтобы попытаться понять, почему нахожусь в депрессии», «делаю что-то бодрое, чтобы отвлечься от своих чувств»; для респондентов с шизотипическими расстройствами – «молюсь», «пытаюсь найти что-то положительное в ситуации или в том, чему она меня научила»; для респондентов с аффективными расстройствами – «думаю о том, чем же я это заслужил», «смотрю телевизор, чтобы отвлечься», «думаю обо всех своих провалах, неудачах, ошибках».

Выводы:

1. На основании данных описательной статистики, было отмечено, что средние показатели во всех клинических группах находятся в диапазоне встречаемости стратегии от «никогда» до «иногда», что может указывать на отсутствие наиболее вероятных стратегий у большинства респондентов.

2. Стратегии поведения в ситуации болезни - «принятие наркотических средств и алкоголя» более выражена у респондентов с синдромом зависимости, по сравнению с респондентами с невротическими и аффективными расстройствами.

3. В нозологических группах были выявлены наиболее вероятные способы поведения в ситуации формирования депрессии, которые являются общими для всех респондентов: «Не буду думать о том, что я чувствую», «Чувствую усталость и мне не здоровится», «Думаю, что люди увидят, кто я на самом деле», «Думаю, что моим друзьям

надоел я и мои проблемы», «Думаю, что никто не хочет быть рядом со мной из-за моего настроения».

4. Специфичными стратегиями поведения в ситуации болезни, которые были статистически значимы более выражены, для каждой нозологической группы являются: для респондентов с синдромом зависимости: «думаю о том, насколько одиноким себя чувствую», «делаю что-то, что прежде поднимало настроение», «принимаю лекарства, чтобы почувствовать себя легче»; для респондентов с невротическими расстройствами – «концентрируюсь на работе», «анализирую свой характер, чтобы попытаться понять, почему нахожусь в депрессии», «делаю что-то бодрое, чтобы отвлечься от своих чувств»; для респондентов с шизотипическими расстройствами – «молюсь», «пытаюсь найти что-то положительное в ситуации или в том, чему она меня научила»; для респондентов с аффективными расстройствами – «думаю о том, чем же я это заслужил», «смотрю телевизор, чтобы отвлечься», «думаю обо всех своих провалах, неудачах, ошибках».

2.2.2 Особенности средств, способствующих улучшению состояния респондентов с психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии

На основании опросника «Средства, способствующие улучшению состояния» (А. Райдер), (Таблица 10) и данных описательной статистики было выявлено, что что к наиболее вероятным средствам, способствующим улучшению состояния лиц в клинических группах респонденты относят: синдромом зависимости - наличие отдыха (большее количество сна), время, проведенное с друзьями и близкими, физическую активность или физические упражнения, а также позитивное мышление; невротические расстройства - большее количество отдыха (сна) и время, проведенное с друзьями и близкими; шизотипические расстройства - консультирование или психотерапия и позитивное мышление; аффективные расстройства - время, проведенное с друзьями и близкими.

Таблица 10 - Результаты описательной статистики наиболее вероятных средств, способствующих улучшению состояния респондентов

Группы респондентов	Средства	Среднее $\pm$ Ср-кв откл	Медиана	Мода	Эксцесс
Синдромом зависимости	Отдых, больше сна	5,95 $\pm$ 1,35	6,00	6	4,017
	Время, проведенное с друзьями и близкими	5,68 $\pm$ 1,45	6,00	7	0,543

Продолжение таблицы 10

	Больше физической активности	5,58±1,42	6,00	6	2,895
	Позитивное мышление	5,68±1,41	6,00	6	1,498
Невротические расстройства	Отдых, больше сна	5,52±1,44	6,00	5	3,016
	Время, проведенное с друзьями и близкими	5,57±1,08	6,00	6	0,020
Шизотипические расстройства	Консультирование или психотерапия	5,50±1,6	6,00	6	2,883
	Позитивное мышление	5,55±1,43	6,00	6	0,583
Аффективные расстройства	Время, проведенное с друзьями и близкими	5,46±1,74	6,00	6	2,474

При помощи сравнительного анализа, основанного на критерии Краскела-Уоллиса были выявлены статистически значимые различия в средствах, улучшающих состояние респондентов – это «время, проведенное с друзьями и близкими» ($p=0,032$) и «массаж биологически активных точек (акупрессура)» ($p=0,015$).

Метод попарного сравнительного анализа, основанный на критерии Манна-Уитни, показал, что лица с синдромом зависимости ($U=104,000$, $p=0,013$), аффективными расстройствами ($U=144,500$, $p=0,020$) и невротическими расстройствами ($U=139,500$, $p=0,023$) среди средств, улучшающих их состояние, выделяют более вероятным средством «время, проведенное с друзьями и близкими», по сравнению с респондентами с диагнозом шизофрения. К «массажу биологически активных точек (акупрессура)» как средством улучшения состояния оказываются склонны респонденты с синдромом зависимости, чем респонденты с шизотипическими ($U=89,500$, $p=0,004$) и аффективными расстройствами ($U=129,000$, $p=0,014$). Среди остальных средств значимых различий обнаружено не было.

В методе факторного анализа был применен метод вращения варимакс с нормализацией Кайзера, было выделено 8 значимых факторов (F). Определены латентные взаимосвязи средств, способствующие улучшению эмоционального состояния лиц всех клинических групп. Выявлена латентная факторная структура системы средств, способствующих, по мнению респондентов, улучшению их состояния. Факторы получили условные названия по их смысловому наполнению, общая кумулятивная дисперсия составила 67,8%.

Фактор F1 представлен положительными значимыми взаимосвязями следующих средств, способствующих улучшению состояния: «разговор о проблеме с членом семьи или

близким другом» (0,788), «разговор о чувствах/эмоциях с членом семьи, близкими друзьями» (0,745), «развитие чувства цели и смысла в жизни» (0,653), «консультирование или психотерапия» (0,574). Смысловое содержание данного фактора можно условно назвать *«познание себя через общение с близкими людьми»*.

Фактор F2 включает показатели таких средств, как «чтение книг по самосовершенствованию» (0,723), «достижение лучшего самосознания» (0,719), «осмысливание своих эмоций» (0,663), «посещение мест поклонения (например, храм, церковь)» (0,531). Согласно наполнению данного фактора, он получил условное название *«духовная основа самопознания, самоосознания и самосовершенствования»*.

Фактор F3 состоит из положительных связей показателей факторов: «позитивное мышление» (0,766), «улучшение в отношении с другими» (0,688), «релаксация (например, медитация, массаж)» (0,596), «лечебные средства из трав (например, травяные чаи)» (0,540). Содержание данного фактора позволяет дать ему условное название *«собственная активность по улучшению своего мышления, своих социальных отношений и своего соматического состояния»*.

Фактор F4 состоит из показателей следующих факторов: «встреча с духовным или религиозным наставником» (0,734), «визит к гадалке» (0,703), «снотворное» (0,626), «посещение мест поклонения (например, храм, церковь)» (0,559). Фактор можно условно назвать как *«обращение за внешней помощью, представленной авторитетными людьми и медикаментозными средствами»*.

Фактор F5 включает в себя показатели: «массаж биологически активных точек кожи (акупрессура)» (0,837), «иглоукалывание» (0,738), которые можно условно назвать как *«средства нетрадиционной восточной медицины»*.

Фактор F6 наполнен положительными связями показателей факторов, способствующих улучшению состояния: «смена обстановки» (0,653), «время, проведенное с друзьями и близкими» (0,634), «отдых, больше сна» (0,568), «сокращение обязательств (например, перерыв в работе)» (0,561). Факторная структура условно названа как *«отдых и общение с близкими»*.

Фактор F7 представлен показателями следующих факторов: «улучшение питания» (0,748), «народная медицина (например, фитотерапия, самолечение)» (0,680), «ожидание того, что депрессия уйдет» (0,541), и соответственно этому наполнению получил условное название *«самолечение посредством улучшения питания и фитотерапии»*.

Фактор F8 состоит из положительных связей значимых факторов: «антидепрессанты» (0,702) «ожидание того, что депрессия уйдет» (0,562), «больше физической активности или

физических упражнений» (-,673). Фактор был условно назван *«прием антидепрессантов и избегание физической активности»*.

Выводы:

1. В каждой нозологической группе были определены наиболее вероятные средства, способствующие улучшению состояния респондентов по группам:

- синдромом зависимости - наличие отдыха (больше количество сна), время, проведенное с друзьями и близкими, физическую активность или физические упражнения, а также позитивное мышление;

- невротические расстройства - больше количество отдыха (сна) и время, проведенное с друзьями и близкими;

- шизотипические расстройства - консультирование или психотерапия и позитивное мышление;

- аффективные расстройства - время, проведенное с друзьями и близкими

2. Методом сравнительного анализа установлено, что у респондентов с синдромом зависимости, невротическими и аффективными расстройствами более вероятным средством, которое помогает им улучшить свое состояние, является «время, проведенное с друзьями и близкими», по сравнению с респондентами с шизотипическими расстройствами. К «массажу биологически активных точек (акупрессура)» как средством улучшения состояния оказываются склонны респонденты с синдромом зависимости, чем респонденты с шизотипическими и аффективными расстройствами

3. Выявлена латентная факторная структура средств, способствующих улучшению состояния в представлении респондентов, страдающих психическими расстройствами коморбидной депрессии, включающая 8 факторов, которые условно были названы, как «познание себя через общение с близкими людьми», «духовная основа самопознания, самоосознания и самосовершенствования», «собственная активность по улучшению своего мышления, своих социальных отношений и своего соматического состояния», «обращение за внешней помощью, представленной авторитетными людьми и медикаментозными средствами», «средства нетрадиционной восточной медицины; отдых и общение с близкими», «самолечение посредством улучшения питания и фитотерапии», «прием антидепрессантов и избегание физической активности».

2.2.3 Особенности убеждений о причинах депрессии у лиц, страдающих психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии

На основании данных о нормальности распределения и данным описательной

статистики, представленным средними значениями (таблица 12) показателей психосоциальных, органических, традиционных и биомедицинских причин депрессии, можно отметить, что многие респонденты с синдромом зависимости несколько вероятными считают психосоциальные причины, остальные, относящиеся к органическим, традиционным и биомедицинским, большинство респондентов относят к маловероятным причинам депрессии. Для многих респондентов с невротическими расстройствами маловероятными причинами являются традиционные, биомедицинские, психосоциальные и органические. Большинство респондентов с шизофренией к маловероятным причинам депрессии относят – органические, традиционные и биомедицинские причины, большинство из них к вероятным причинам относят психосоциальные причины. Многие респонденты с аффективными расстройствами считают маловероятными все представленные причины депрессии.

Таблица 12 - Средние показатели выраженности типов причин депрессии в группах

Группы	Психосоциальные	Органические	Традиционные	Биомедицинские
Синдром зависимости	4,05±1,68	2,40±1,32	3,33±1,39	2,84±1,65
Невротические расстройства	2,55±1,72	1,37±1,13	1,88±1,54	1,80±1,72
Шизотипические расстройства	4,45±1,34	2,51±1,51	2,77±1,55	3,44±1,67
Аффективные расстройства	3,29±1,86	2,13±1,79	2,36±1,61	2,69±1,91

Результаты оценки характера распределения с использованием критерия Колмогорова-Смирнова указывают на то, что полученные данные соответствуют нормальному распределению. Так, для проверки гипотезы о наличии различий в убеждениях о причинах депрессии среди клинических групп, был произведен однофакторный дисперсионный анализ (таблица 13), с помощью которого были выявлены различия по шкале психосоциальные причины ($F=9,513$, $p=0,000$).

Таблица 13 - Результаты однофакторного дисперсионного анализа по шкалам методики «Убеждения о причинах депрессии» в клинических группах

ANOVA						
		Сумма квадратов	ст.св.	Ср. квадрат	F	p
Психосоциальные	Между группами	54,000	3	18,000	9,513	,000

Продолжение таблицы 13

	Внутри групп	183,531	97	1,892		
	Всего	237,530	100			
Органические	Между группами	25,614	3	8,538	4,172	,008
	Внутри групп	198,499	97	2,046		
	Всего	224,113	100			
Традиционные	Между группами	26,720	3	8,907	4,208	,008
	Внутри групп	205,299	97	2,116		
	Всего	232,019	100			
Биомедицинские	Между группами	42,597	3	9,179	4,182	,007
	Внутри групп	267,953	97	2,762		
	Всего	310,550	100			

В результате множественного попарного сравнения (Шеффе), (таблица 14) было установлено, что для респондентов с синдромом зависимости более вероятными являются психосоциальные причины депрессии, по сравнению с респондентами, страдающих невротическими расстройствами ($p=0,004$); респонденты с шизотипическими расстройствами чаще указывают на психосоциальные причины депрессии, по сравнению с респондентами, страдающих невротическими расстройствами ($p=0,000$); респонденты с аффективными расстройствами рассматривают вероятными психосоциальные причины депрессии, по сравнению с респондентами с невротическими расстройствами ($p=0,003$).

Таблица 14 – Статистически значимые различия между клиническими группами по шкале «психосоциальные причины»

Множественные сравнения (Шеффе)						
Шкала «Психосоциальные причины»						
Зависимая переменная		Ср. раз-ть (I-J)	Ст. ошибка	p	95% доверит. интервал	
					Ниж	Верх
Синдром зависимости	Невротические р-ва	1,50714*	,40357	,004	,3589	2,6554
	Шизотипические р-ва	-,39670	,40357	,809	-1,5449	,7515

Продолжение таблицы 14

	Аффективные р-ва	,06071	,39708	,999	-1,0691	1,1905
Невротические р-ва	Синдром зависимости	-1,50714*	,40357	,004	-2,6554	-,3589
	Шизотипические р-ва	-1,90385*	,38150	,000	-2,9893	-,8184
	Аффективные р-ва	-1,44643*	,37463	,003	-2,5123	-,3805
Шизотипические р-ва	Синдром зависимости	,39670	,40357	,809	-,7515	1,5449
	Невротические р-ва	1,90385*	,38150	,000	,8184	2,9893
	Аффективные р-ва	,45742	,37463	,685	-,6085	1,5233
Аффективные р-ва	Синдром зависимости	-,06071	,39708	,999	-1,1905	1,0691
	Невротические р-ва	1,44643*	,37463	,003	,3805	2,5123
	Шизотипические р-ва	-,45742	,37463	,685	-1,5233	,6085

В приложении Л представлены средние показатели наиболее выраженных отдельных причин депрессии в клинических группах, согласно которым наибольшие средние показатели оценки причин депрессивных состояний, соответствующие критерию в промежутке от «довольно вероятно» до «вероятно», и во всех четырех клинических группах приходятся на «стресс», «негативные события в жизни (смерть близкого человека)» и «слишком много волнения».

При этом респонденты с синдромом зависимости к наиболее вероятным причинам депрессии относят: «бессонницу», «характер», «судьбу», «отсутствие успеха на работе или в школе», «преодоление переживаний», «слишком много дел», «трудности у близких членов семьи». В качестве дополнительных, не указанных в опроснике, причин они называют: «проблемы самореализации», «уязвимость», «тревога». Выделенные причины свидетельствуют о том, что респонденты с синдромом зависимости склонны испытывать волнения, переживания не только касательно себя, но и своих близких. В их жизни присутствуют проблемы, связанные с самореализацией. Респонденты с невротическими расстройствами к вероятным причинам депрессии относят: «бессонницу», «преодоление переживаний». В качестве дополнительных, не указанных в опроснике, причин депрессии представлены: «предательство близкого человека», «ипотека». У большинства респондентов с шизофренией такими наиболее вероятными причинами выступают: «проблемы в отношениях с семьей или друзьями», «личный стиль восприятия (например, оптимизм или

пессимизм», «отсутствие успеха на работе или в школе», «бессонница», «характер», «генетика», «неудачные решения, принятые в прошлом», «преодоление переживаний». В качестве дополнительных, не указанных в опроснике, причин они называют: «отсутствие профессиональной работы по специальности», «уязвимость», «проблемы самореализации», «тревога, страхи», «психологическая травма (в юности избили)», «не правильное питание». Для респондентов с аффективными расстройствами указанными вероятными причинами депрессии являются: «личный стиль восприятия (оптимизм или пессимизм)», «бессонница», «неудачные решения, принятые в прошлом», «преодоление переживаний». В качестве дополнительных, не указанных в опроснике, причин депрессии представлены: «непрофессиональное и халатное отношение медиков к близкому человеку, приведшее к смерти близкого», «развод семьи, где только что умер ребенок (это невозможно пережить бабушке и дедушке)», «детство», «решение проблем в семье», «проблемы с оформлением документов на квартиру, суд».

Выводы:

1. Большинство респондентов всех клинических групп рассматривают маловероятными причинами депрессии органические, биомедицинские и традиционные причины. При этом респонденты, страдающие шизофренией и синдромом зависимости в качестве возможных причин депрессии, рассматривают психосоциальные причины.
2. Выявлены статистически значимые различия по шкале психосоциальные причины, которая более выражена у респондентов с синдромом зависимости по сравнению с респондентами, страдающих невротическими расстройствами; респонденты с шизотипическими расстройствами чаще указывают на психосоциальные причины депрессии, по сравнению с респондентами, страдающих невротическими расстройствами; респонденты с аффективными расстройствами рассматривают вероятными психосоциальные причины депрессии, по сравнению с респондентами с невротическими расстройствами.
3. Для большинства респондентов всех клинических групп наиболее вероятными причинами депрессии являются: «стресс», «негативные события в жизни (смерть близкого человека)», «слишком много волнения».
4. Определены наиболее вероятные причины депрессии в каждой клинической группе:
 - респонденты с синдромом зависимости относят: «характер», «судьбу», «отсутствие успеха на работе или в школе», «слишком много дел», «трудности у близких членов семьи»;
 - для респондентов с невротическими расстройствами наиболее вероятными причинами депрессии выступают: «преодоление переживаний», «бессонница»;

- респонденты с шизотипическими расстройствами к вероятным причинам относят: «проблемы в отношениях с семьей или друзьями», «личный стиль восприятия, например, оптимизм или пессимизм», «отсутствие успеха на работе или в школе», «характер», «генетика», «неудачные решения, принятые в прошлом», «преодоление переживаний»;

- для респондентов с аффективными расстройствами указанными вероятными причинами депрессии являются: «личный стиль восприятия (оптимизм или пессимизм), «неудачные решения, принятые в прошлом», «преодоление переживаний».

2.2.4 Особенности убеждений о последствиях депрессии у лиц, страдающих психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии

В таблице 15 представлены средние значения выраженности убеждений о последствиях депрессии, которые квалифицируются в используемой нами методике как личностные последствия, социальные последствия и положительные последствия. Можно отметить, что в группах респондентов с синдромом зависимости, невротическими и аффективными расстройствами средние показатели всех трех категорий последствий депрессии находятся в диапазоне от «несколько маловероятно» до «нейтрально». К маловероятным последствиям депрессии большинство респондентов трех клинических групп относят личностные изменения, например, потерю работы, низкую самооценку, невозможность реализовать цели и т.п.; положительные последствия депрессии, которые характеризуются возможностью временно не работать, меньше обязанностей и обязательств, близкие позволяют тратить больше времени на себя и т.п. Социальные последствия, которые связаны, к примеру, с потерей социального статуса, негативным влиянием на репутацию семьи или фамилии, вероятностью быть отвергнутым семьей или сделаться обузой для своей семьи и близких, большинством респондентов с синдромом зависимости, невротическими и аффективными расстройствами были оценены как «нейтрально». Средние показатели выраженности последствий депрессии в группе респондентов, страдающих шизофренией, находятся на уровне нейтрального.

Таблица 15 - Средние значения выраженности типов последствий в группах респондентов

Группы	Личностные последствия	Социальные последствия	Положительные последствия
Синдром зависимости	2,94±1,3	2,85±1,52	4,2±1,08

Продолжение таблицы 15

Невротические расстройства	2,85±1,38	2,2±1,23	4,32±0,43
Шизотипические расстройства	3,8±1,29	3,77±1,66	4,43±0,92
Аффективные расстройства	3,54±1,56	2,88±1,35	4,44±1,07

Результаты оценки характера распределения с использованием критерия Колмогорова - Смирнова указывают на то, что полученные данные соответствуют нормальному распределению. Так, для проверки гипотезы о наличии различий в убеждениях о последствиях депрессии среди клинических групп, был произведен однофакторный дисперсионный анализ (таблица 16), с помощью которого не были выявлены различия по шкалам методики.

Таблица 16 - Результаты однофакторного дисперсионного анализа по шкалам методики «Последствия депрессии» в клинических группах

ANOVA						
		Сумма квадратов	ст.св.	Ср. квадрат	F	p
Личностные последствия	Между группами	14,608	3	4,869	2,471	,067
	Внутри групп	175,373	89	1,970		
	Всего	189,981	92			
Социальные последствия	Между группами	28,654	3	9,551	4,479	,006
	Внутри групп	189,810	89	2,133		
	Всего	218,465	92			
Положительные последствия	Между группами	,883	3	,294	,255	,857
	Внутри групп	102,607	89	1,153		
	Всего	103,490	92			

В приложении М представлены средние показатели выраженности наиболее вероятных отдельных последствий депрессии, включенные в шкалы методики в каждой клинической группе. При этом рассмотрены последствия депрессии, средние показатели которых превышают 4 балла. Общими для большинства респондентов всех нозологических групп являются такие последствия депрессии, как «близкие позволяют тратить больше

времени на себя», «отсутствие заботы о близких людях» и «улучшение с течением времени». Для многих респондентов, страдающих шизотипическими расстройствами, одними из наиболее вероятных последствий депрессии являются «низкая самооценка, низкая самооцененность», «социальная изоляция или одиночество», «возможность временно не работать», «нарушение гармонии в семье (н-р, частые конфликты, развод)», «негативная репутация», «вероятность сделаться обузой семье и близким»; выделенные последствия вероятно свидетельствует о том, что для респондентов с шизотипическими расстройствами характерны низкая самооценка, одиночество, отсутствие понимания в семье, при этом респондентов тревожит вероятность стать обузой для своей семьи и близких. Большинство респондентов с аффективными расстройствами отмечают, что существует некоторая вероятность следующих последствий депрессии: «потеря работы, увольнение с работы», «неспособность достичь личные цели», «возможность временно не работать».

Выводы:

1. В группах респондентов с синдромом зависимости, невротическими и аффективными расстройствами средние показатели всех трех категорий последствий депрессии находятся в диапазоне от «несколько маловероятно» до «нейтрально». Средние показатели выраженности последствий депрессии в группе респондентов, страдающих шизофренией, находятся на уровне нейтрального.

2. В результате однофакторного дисперсионного анализа не было выявлено различий по шкалам методики.

3. Результаты описательной статистики по отдельным шкалам методики позволяют предположить, что для большинства респондентов всех нозологических групп общими являются такие последствия депрессии, как «близкие позволяют тратить больше времени на себя», «забота о близких людях» и «улучшение с течением времени».

4. В клинических группах были определены наиболее вероятные последствия депрессии:

- респонденты с шизотипическими расстройствами относят: «низкая самооценка, низкая самооцененность», «социальная изоляция или одиночество», «возможность временно не работать», «нарушение гармонии в семье (н-р, частые конфликты, развод)», «негативная репутация», «вероятность сделаться обузой семье и близким»;

- для респондентов с аффективными расстройствами наиболее вероятными последствиями депрессии выступают: «потеря работы, увольнение с работы», «неспособность достичь личные цели», «возможность временно не работать».

2.2.5 Особенности стратегий эмоционального регулирования у респондентов с психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии

В таблице 17 представлены результаты описательной статистики, позволяющие предположить, что большинство респондентов с синдромом зависимости практически всегда в сложных жизненных обстоятельствах склонны к самообвинению, также для данной группы характерно часто прибегать к таким стратегиям как «принятие» и «размышление». Остальные стратегии большинство респондентов, страдающих алкогольной зависимостью предпочитают использовать лишь иногда.

На основании полученных результатов можно отметить отсутствие выраженной приверженности к использованию определенных когнитивных стратегий эмоционального регулирования у респондентов, страдающих невротическими и аффективными расстройствами, средние значения всех шкал которых выражены незначительно и варьируют в диапазоне от «почти никогда» до «иногда».

Многие респонденты с шизотипическими расстройствами практически всегда склонны обвинять других людей в причине возникновения трудной ситуации, считая других ответственными за то, что с ними произошло, а также достаточно часто склонны прибегать к стратегии самообвинения, в которой человек считает, что он ответственен за произошедшее с ним.

Таблица 17 - Средние значения показателей когнитивных стратегий эмоционального регулирования по группам

	Синдром зависимости	Невротические расстройства	Шизотипические расстройства	Аффективные расстройства
Самообвинение	4,22 ±11,63	3,28 ±3,4	3,52 ±2,43	2,88 ±6,23
Принятие	3,72 ±1,54	3,21 ±3,51	3,45 ±2,94	2,92 ±6,44
Размышление	3,64 ±1,93	3,18 ±3,85	3,47 ±2,97	2,97 ±6,58
Положительная Перефокусировка	3,26 ±1,8	2,9 ±3,46	2,94 ±2,32	2,53 ±5,68
Перефокусировка на планирование	3,33 ±1,27	2,77 ±3,31	2,95 ±2,04	2,62 ±6,08
Положительный пересмотр	3,31 ±1,48	2,8 ±3,25	2,97 2,06	2,66 ±6,09

Продолжение таблицы 17

Рассмотрение в перспективе	3,29 ±1,36	2,85 ±3	3,05 ±2,45	2,61 ±5,81
Катастрофизация	3,38 ±1,43	3,03 ±3,24	3,36 ±2,45	2,78 ±6,2
Обвинение других	3,31 ±1,94	3,12 ±3,78	4,42 ±2,51	2,72 ±5,96

При помощи сравнительного анализа, основанного на критерии Краскела – Уоллиса выявлены значимые различия между группами по показателям стратегии «перефокусировка на планирование» ($X^2=8,716$, $p=0,033$). При помощи попарного сравнение с использованием критерия Манна – Уитни были получены результаты, свидетельствующие о большей выраженности склонности к «перефокусировке на планирование» при возникновении трудностей у лиц, страдающих алкогольной зависимостью, чем у респондентов с невротическими расстройствами ($U=125,500$, $p=0,001$) и расстройствами шизотипического спектра ($U=140,000$, $p=0,004$). По остальным шкалам статистически значимых различий между группами не выявлено.

Таким образом, знания стратегий эмоционального регулирования позволяют выявить когнитивные ресурсы, которые можно использовать в реабилитации и коррекции лиц с психическими расстройствами.

Выводы:

1. Данные описательной статистики позволяют предположить, что большинство респондентов всех представленных нозологических групп склонны в трудных жизненных обстоятельствах использовать такие когнитивные стратегии преодоления, как «самообвинение», «принятие», «размышление» с разной степенью выраженности. А также для респондентов с шизотипическими расстройствами характерно практически всегда «обвинять других» в причине возникновения трудной ситуации.

2. Выявлены статистически значимые различия в стратегии «перефокусировка на планирование», которая более выражена у респондентов с синдромом зависимости по сравнению с респондентами, страдающими невротическими расстройствами и расстройствами шизотипического спектра

2.2.6 Особенности проявления алекситимии у респондентов с психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии

Рассмотрим результаты, полученные с помощью методики «Торонтская алекситимическая шкала (TAS-20)» в клинических группах по шкалам «Трудности

идентификации чувств (ТИЧ)», «Трудности описания чувств (ТОЧ)», «Внешне-ориентированный тип мышления (ВОМ)» и общий уровень алекситимии.

Таблица 18 - Средние значения показателей выраженности алекситимии (TAS-20) в нозологических группах

Группы респондентов	Сумма общих баллов по методике в каждой клинической группе	ТИЧ	ТОЧ	ВОМ
Синдром зависимости	54,5	2,40 ± 0,93	2,54 ± 0,92	3,12 ± 0,84
Невротические р-ва	55,19	2,53 ± 1,07	2,63 ± 0,76	3,02 ± 0,75
Шизотипические р-ва	56,5	2,48 ± 0,78	2,75 ± 0,54	3,16 ± 0,34
Аффективные р-ва	49,41	2,18 ± 1,32	2,31 ± 1,23	2,81 ± 1,46

Выявление алекситимии в группах по критериям трудности идентификации чувств, трудности описания своих чувств другим людям и внешне ориентированный тип мышления показало, что среднее значение общего показателя алекситимии во всех группах, исключая группу респондентов с аффективными расстройствами, превышает нормативный уровень (таблица 18). Значения средних показателей суммарного балла алекситимии свидетельствует о том, что у многих респондентов с невротическими, шизотипическими расстройствами и синдромом зависимости наблюдается повышенный уровень выраженности алекситимии. В группе респондентов с аффективными расстройствами среднее значение общего показателя алекситимии достигает верхней границы пределов указанной нормы. Наибольший средний показатель алекситимии во всех нозологических группах приходится на «внешне-ориентированный тип мышления». В результате сравнительного анализа (с помощью критерия Краскела – Уоллиса) между нозологическими группами по всем шкалам алекситимии и общему показателю статистически значимых различий не обнаружено.

Таким образом, на основании полученных данных «Торонтской шкалы алекситимии» мы можем говорить о том, что для респондентов с синдромом зависимости, невротическими и шизотипическими расстройствами характерен повышенный уровень алекситимии, что свидетельствует о неспособности респондентов данных групп к выражению и распознаванию своих эмоциональных реакций. В группе респондентов с аффективными расстройствами среднее значение общего показателя алекситимии приходится на верхнюю границу нормы. Наибольший балл во всех группах приходится на шкалу «внешне-ориентированный тип мышления».

Выводы:

1. У большинства респондентов всех группах с психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии выявлен повышенный уровень алекситимии, исключение составляет респонденты с аффективными расстройствами, у большинства которых алекситимия в пределах нормы.
2. В структуре алекситимии наиболее выраженным во всех клинических группах является внешне ориентированный стиль мышления.
3. Между нозологическими группами по всем шкалам алекситимии и общему показателю статистически значимых различий не обнаружено.

2.3 Общие тенденции и специфические различия в психологических проявлениях депрессии в исследованных нозологических группах

В процессе исследования при изучении психологических особенностей проявления депрессии у лиц с психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии, было выявлено, что для большинства респондентов всех нозологических групп характерна выраженная депрессивная симптоматика. Общими вероятными симптомами депрессии для большинства респондентов с синдромом зависимости, невротическими и аффективными расстройствами являются: чувство подавленности, уменьшение энергичности и потеря интереса к окружающему, понижение настроения, беспокойный сон, нарушения которого более выражены у лиц с синдромом зависимости и аффективными расстройствами по сравнению с респондентами, страдающими шизотипическими расстройствами.

Специфическими для большинства респондентов с невротическими расстройствами, вероятным симптомом депрессии, является чувство тоски и не восприятие социальной поддержки; для большинства респондентов, страдающих шизотипическими расстройствами - отсутствие надежды на будущее; для респондентов с синдромом зависимости - чувство одиночества, снижение активности; для респондентов с аффективными расстройствами - ограничение речевой коммуникации.

Были выявлены наиболее выраженные показатели общего состояния здоровья, которые являются общими для большинства респондентов клинических групп: соматические аспекты здоровья (головная боль, артериальное давление); социальные аспекты здоровья (не способность проявить тепло и привязанность по отношению к близким людям, не способность ладить с семьей и близкими родственниками); психологические аспекты здоровья (переживания из-за чего-то, трудности сосредоточения).

Выраженными показателями общего состояния здоровья у респондентов с синдромом зависимости, невротическими и аффективными расстройствами относимых к соматическим аспектам здоровья являются нарушение сна, беспокойство, потеря энергии и бодрости; к психологическим аспектам здоровья – нервозность и возбудимость, переживание накопившихся трудностей (что все навалилось на них). Респонденты с синдромом зависимости и невротическими расстройствами к соматическому аспекту здоровья относят: сильное сердцебиение и беспокойство о проблемах с сердцем. При этом в качестве возможных симптомов психологического аспекта здоровья респонденты с синдромом зависимости выделяют отсутствие уверенности в себе, беспокойство и раздражительность по мелочам, постоянное напряжение, подавленность. В то время как респонденты с невротическими расстройствами в качестве психологических симптомов рассматривают отсутствие надежды о своем будущем, снижение самооценки.

Наиболее вероятными причинами депрессии для большинства респондентов всех нозологических групп выступают переживания, связанные с негативными жизненными событиями, при которых респонденты испытывают стресс и волнение, которые относятся к психосоциальным причинам и, которые требуют пристального внимания и изучения в научном сообществе.

Специфические различия в причинах депрессии свидетельствуют о том, что респонденты с синдромом зависимости, шизотипическими и аффективными расстройствами более склонны считать причинами депрессии психосоциальные факторы, связанные с социальной жизнью человека, его стрессами, переживаниями, к примеру, к этой группе относятся: проблемы в отношениях, социальная изоляция, личный стиль восприятия, негативные события в жизни, слишком много волнений, значительные изменения в жизни, финансовые проблемы, которые безусловно влияют на жизнедеятельность человека. Все остальные причины (органические, традиционные, биомедицинские) большинство респондентов относят к маловероятным. Данный факт указывает на значимость психологической помощи в решении задач психологической профилактики и коррекции психосоциальных причин депрессии.

Стратегии поведения в ситуации болезни, согласно данным описательной статистики, во всех клинических группах находятся в диапазоне встречаемости стратегии от «никогда» до «иногда», что может указывать на отсутствие наиболее типичных стратегий в представлении большинства респондентов. Выявлены статистически значимые различия в стратегии поведения в ситуации болезни - «принятие наркотических средств и алкоголя», которая более выражена у лиц, страдающих алкогольной зависимостью, чем у респондентов с невротическими и аффективными расстройствами. Таким образом, мы можем

предположить, что у лиц с синдромом зависимости депрессия может выступать фактором развития наркотической и алкогольной зависимости поведения. Наиболее выраженными среди стратегий поведения в ситуации болезни у респондентов всех нозологических групп явились: избегание своих чувств (диссимиляция), отсутствие энергии, сниженная социальная самооценка.

Специфичными стратегиями поведения в ситуации болезни, которые были статистически значимы более выражены, для каждой нозологической группы являются: для респондентов с синдромом зависимости: «думаю о том, насколько одиноким себя чувствую», «делаю что-то, что прежде поднимало настроение», «принимаю лекарства, чтобы почувствовать себя легче»; для респондентов с невротическими расстройствами – «концентрируюсь на работе», «анализирую свой характер, чтобы попытаться понять, почему нахожусь в депрессии», «делаю что-то бодрое, чтобы отвлечься от своих чувств»; для респондентов с шизотипическими расстройствами – «молюсь», «пытаюсь найти что-то положительное в ситуации или в том, чему она меня научила»; для респондентов с аффективными расстройствами – «думаю о том, чем же я это заслужил», «смотрю телевизор, чтобы отвлечься», «думаю обо всех своих провалах, неудачах, ошибках».

В каждой клинической группе были определены наиболее вероятные средства, способствующие улучшению состояния респондентов: для респондентов с синдромом зависимости - наличие отдыха (большее количество сна), физическую активность или физические упражнения, позитивное мышление, время, проведенное с друзьями и близкими; для респондентов с невротическими расстройствами - большее количество отдыха (сна) и время, проведенное с друзьями и близкими; для респондентов с шизотипическими расстройствами - консультирование или психотерапия и позитивное мышление; респонденты с аффективными расстройствами считают, что их выздоровлению будет способствовать время, проведенное с друзьями и близкими.

При этом было установлено, что для респондентов с синдромом зависимости, невротическими и аффективными расстройства более вероятным средством, которое помогает им улучшить свое состояние, является «время, проведенное с друзьями и близкими», чем у респондентов с диагнозом шизофрения. Значимые различия указывают, что средство «массаж биологически активных точек (акупрессура)» более способно улучшить состояние у респондентов в группе с синдромом алкоголизма, чем у респондентов с диагнозом шизофрения и аффективные расстройства.

В отношении представлений о последствиях депрессии получены следующие результаты. Можно отметить, что в группах респондентов с синдромом зависимости, невротическими и аффективными расстройствами средние показатели всех последствий

депрессии (личностные, социальные, положительные) находятся в диапазоне выраженности «нейтрально», т.е. можно предположить, что в их сознании нет четкого осознанного представления о последствиях депрессии, что может затруднять выбор психологических, медицинских и социальных средств помощи. Различий в представлениях о последствиях депрессии не было выявлено среди респондентов нозологических групп, что, вероятно, может косвенно подтверждать вышеуказанную рабочую гипотезу. Большинство респондентов всех нозологических групп считают наиболее вероятными такие последствия, как предоставление близкими людьми возможности тратить больше времени на себя, заботы о близких людях, улучшение с течением времени».

Относительно особенностей эмоционального регулирования поведения выявлено, что большинство респондентов всех нозологических групп склонны в трудных жизненных обстоятельствах использовать такие когнитивные стратегии преодоления, как «самообвинение», «принятие», «размышление» с разной степенью выраженности. Так, у респондентов в напряженных ситуациях могут возникать мысли, связанные с самообвинением, они отличаются неспособностью повлиять и изменить событие, также наблюдается склонность к постоянному размышлению о событии, фиксация на своих негативных чувствах и мыслях.

Полученные данные об особенностях выраженности алекситимии, свидетельствуют о том, что для большинства респондентов с синдромом зависимости, невротическими и шизотипическими расстройствами характерен повышенный уровень алекситимии, что свидетельствует о неспособности респондентов данных групп к выражению и распознаванию своих эмоциональных реакций. В группе респондентов с аффективными расстройствами среднее значение общего показателя алекситимии приходится на верхнюю границу нормы. Наибольший балл во всех нозологических группах приходится на шкалу «внешне-ориентированный тип мышления», т.е. многие респонденты сфокусированы в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях.

2.4 Рекомендации для психологического сопровождения лиц с психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии

На основе полученных результатов были разработаны рекомендации для психологического сопровождения лиц, страдающих психическими расстройствами.

Задачи для психологического сопровождения лиц, страдающих психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии:

1. Создать условия для снижения проявлений депрессивной симптоматики у лиц с психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии.
2. Создать условия для формирования адаптивных стратегий поведения в ситуации болезни.
3. Создать условия для отреагирования эмоциональных переживаний
4. Создать условия для снижения тревожности и снятия напряжения.
5. Создать условия для формирования способности принятия ответственности за себя, свое поведение и болезнь.

Методы: для снижения проявлений депрессивной симптоматики, для формирования адаптивных стратегий поведения в ситуации болезни, возможно использование методов гештальт-терапии, направленных на развитие навыков осознания себя, осознание своего тела. Так же можно обратиться к приемам, направленным на освоение навыков саморегуляции. Для отреагирования эмоциональных переживаний, снижения напряжения и тревожности можно использовать методы десенсибилизации, арт-терапии, релаксации и методы аутогенной тренировки. Для формирования способности принятия ответственности за себя, свое поведение и болезнь так же можно обратиться к методам гештальт и экзистенциальной терапии. Также, в качестве дополнительных методов можно применять методы телесно – ориентированной терапии и музыкотерапии.

Формы работы: групповые занятия и индивидуальные консультации.

ВЫВОДЫ

1. Выявлена выраженная депрессивная симптоматика у большинства респондентов всех клинических групп.
2. У респондентов с психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии выявлены, как общие, так и специфические для каждой нозологической группы наиболее вероятные симптомы депрессии.
3. Вероятными симптомами депрессии во всех группах являются: чувство подавленности, уменьшение энергичности и потеря интереса к окружающему, понижение настроения, беспокойный сон, нарушения которого более выражены у лиц с синдромом зависимости и аффективными расстройствами по сравнению с респондентами, страдающими шизотипическими расстройствами.
4. Для большинства респондентов всех нозологических групп значимыми причинами депрессии выступают переживания, связанные с негативными жизненными событиями, при которых респонденты испытывают стресс и волнение, которые относятся к психосоциальным причинам и требуют пристального внимания и изучения в научном сообществе.
5. В клинических группах респондентов с психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии выявлены наиболее вероятные способы поведения в ситуации формирования депрессии и средства, способствующие улучшению состояния респондентов.
6. Последствия депрессии (личностные, социальные, положительные) во всех нозологических группах находятся в диапазоне выраженности «нейтрально», т.е. можно предположить, что в сознании респондентов нет четкого осознанного представления о последствиях депрессии, что может затруднять выбор психологических, медицинских и социальных средств помощи.
7. Большинство респондентов всех нозологических групп склонны в трудных жизненных обстоятельствах использовать такие когнитивные стратегии преодоления, как «самообвинение», «принятие», «размышление» с разной степенью выраженности.
8. У большинства респондентов всех нозологических групп выявлен повышенный уровень алекситимии, исключение составляют респонденты с аффективными расстройствами, у большинства которых алекситимия в пределах нормы. В структуре алекситимии наиболее выраженным во всех группах является внешне ориентированный стиль мышления.

9. Полученные результаты имеют важное значение для прогноза лечения и определения задач, методов дифференцированной психологической реабилитации и профилактики нарушений психического здоровья.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В рамках данной дипломной работы было проведено комплексное исследование, целью которого являлось выявить психологические особенности проявления депрессии у лиц, страдающих психическими расстройствами.

Для достижения поставленной цели были решены следующие задачи:

1. Определена выраженность симптомов депрессии у лиц с психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии.
2. Определены особенности в проявлениях общего состояния здоровья (соматическое, психологическое, социальное) у респондентов, страдающих психическими расстройствами.
3. Выявлены стратегии поведения в ситуации болезни, а также факторы, способствующие улучшению состояния в субъективной оценке респондентов.
4. Определены особенности убеждений о причинах и последствиях депрессии.
5. Определены доминирующие когнитивные стратегии эмоционального регулирования.
6. Установлена выраженность и особенности проявлений алекситимии, как дефицита рефлексивных возможностей.
7. Определены общие тенденции и специфические различия в психологических проявлениях депрессии в исследованных нозологических группах.
8. На основе полученных результатов были разработаны рекомендации для психологического сопровождения лиц с психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии.

В первой главе дипломной работы был осуществлен содержательный анализ научной психологической и методологической литературы по проблеме изучения коморбидности депрессии с психическими расстройствами, а также были рассмотрены клинко-психологические проявления депрессии и психологические факторы в системе этиологических факторов депрессии.

Данные, полученные в ходе исследования позволяют нам говорить о подтверждении исследовательских гипотез: психологические особенности проявления депрессии у лиц с психическими расстройствами действительно могут иметь общие тенденции и специфические отличия в соответствии с нозологической группой, а также могут быть положены в основу ранней диагностики рисков формирования депрессии и дифференцированной профилактики. Результаты исследования расширяют современные

научные представления об особенностях проявления депрессии у лиц с психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии.

На основании данной дипломной работы были написаны статьи:

1. Стратегии поведения в ситуации болезни и средства, способствующие улучшению состояния у лиц с психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии / Счастный Е.Д., Бохан Т.Г., Бохан Н.А., Заикина (Воеводина) М.Д., Терехина О.В. // Сибирский психологический журнал. 2017. № 64. С. 120-133.

2. Заикина (Воеводина) М.Д. Особенности когнитивных ресурсов совладания с трудными жизненными ситуациями у лиц, страдающих нервно–психическими расстройствами // Международная научная конференция студентов, аспирантов и молодых ученых «Ломоносов-2016»: 11-15 апреля 2016г. – М.: МАКС Пресс, 2016

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Артемчук, А. Ф. Экологические основы коморбидности аддиктивных заболеваний [Текст] / А. Ф. Артемчук, И. К. Сосин, Т. В. Чернобровкин. — Харьков :Коллегиум, 2013. — 1152 с.
2. Биопсихосоциальная модель депрессии [Электронный ресурс] // URL: <https://studopedia.info/5-132999.html>
3. Бобров А.С. Эндогенная депрессия [Текст] / А.С. Бобров. — Иркутск.: РИО ГИУВа, 2001. — 384 с.
4. Бохан Н. А., Семке В. Я. Коморбидность в наркологии [Текст] / Н.А. Бохан, В.Я. Семке. — Томск: Изд-во Том. ун-та, 2009. — 510 с.
5. Вертоградова О. П. Распространённость и характеристика аффективныхрасстройств, выявленных при эпидемиологическом исследовании лиц работоспособного возраста [Текст] / О.П. Вертоградова, С.Э. Поляков, Степанов И.Л. и соавт. // Ранняя диагностика и прогноз депрессий: Сборник научных трудов МНИИП МЗ РФ. — М., 1990.
6. Вертоградова О.П. Современные проблемы депрессии [Текст] / О.П. Вертоградова // Современные проблемы психического здоровья. — М., 2005, С. 81—85.
7. Вёрткин А.Л. Коморбидный пациент. Руководство для практических врачей [Текст] / А.Л. Вёрткин. — М.: Эксмо, 2015. — 150 с.
8. Войцех В.Ф. Динамика и структура самоубийств в России [Текст] / В.Ф. Войцех // Социальная и клиническая психиатрия, 2006. — Т. 16. — № 3. — С. 22-28.
9. Гаранян Н.Г. Депрессия и личность: обзор зарубежных исследований, часть I [Текст] / Н.Г. Гаранян // Социальная и клиническая психиатрия. — 2009. — № 1. — С. 79.
10. Глазун Т. О. Особенности проявления алекситимии у лиц с симптомами депрессии: дипломная работа (проект) специалиста по направлению подготовки: 37.05.01 - Клиническая психология / Глазун, Татьяна Олеговна - Томск: [б.и.], 2018.URL: <http://vital.lib.tsu.ru/vital/access/manager/Repository/vital:6015>
11. Головачева В.А. Лечение хронической ежедневной головной боли с использованием дополнительных и альтернативных методов [Текст] / В.А. Головачева, В.А. Парфенов, В.В. Захаров // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика, 2015. — Т. 7. — №2. — С. 35—41.
12. Гофман А.Г. Алкогольная и наркотическая зависимость [Текст] / А.Г. Гофман, Энтин Г.М., Музыченко А.П., Крылов Е.Н. — М.: Медпрактика-М, 2002.

13. Денисенко, М. М. Патопсихологические механизмы формирования суицидального поведения у больных экзогенными и эндогенными депрессиями [Текст] / М. М. Денисенко // Медицинская психология. — 2010. — Т. 5. — № 3(19). — С. 55—61.
14. Довженко Т. В. Организация психиатрической помощи пациентам с различными формами сердечно-сосудистых заболеваний и сопутствующими расстройствами аффективного спектра в первичной медицинской сети [Текст] / Т.В. Довженко, В.Н. Краснов, М.В. Семиглазова, М.Ю. Чернецов, К.В. Тарасова, А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян, Г.А. Каменецкая, Г.Н. Иусов // Методические рекомендации. — М., 2008. — 32 с.
15. Заикина М.Д. Особенности когнитивных ресурсов совладания с трудными жизненными ситуациями у лиц, страдающих нервно-психическими расстройствами // Международная научная конференция студентов, аспирантов и молодых ученых «Ломоносов-2016»: 11-15 апреля 2016г. — М.: МАКС Пресс, 2016
16. Залевский Г.В. Теория субъекта и фиксированные формы поведения [Текст] / Г.В. Залевский // Психологический журнал. — 2003. — Т. 24. — № 3. — С. 32—36.
17. Коваленко А. Ю. Алкогольная зависимость и коморбидные панические расстройства: автореф. дис. канд. мед. наук. Научно-исследовательский институт психического здоровья Томского научного центра Сибирского отделения РАМН, Томск, 2006. — 213 с.
18. Кожина, А. М. Современные подходы к психотерапии непсихотических депрессивных расстройств, сопровождающихся суицидальным поведением [Текст] / А. М. Кожина, Е. А. Зеленская // Медицинская психология. — 2012. — Т. 7. — № 3(27). — С. 68—72.
19. Корнетов Н.А. Мониторинг суицидальных попыток среди лиц подростково-юношеского возраста [Текст] / Н.А. Корнетов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2001. — № 1. — С. 33—39.
20. Корнетов Н.А. Принципы ведения пациентов с депрессивными расстройствами в первичной медицинской сети [Текст] / Н.А. Корнетов // Аффективные и шизоаффективные расстройства: Матер. Рос. конф. — М., 2003. — С. 59—60.
21. Краснов В.Н. Научно-практическая программа «Выявление и лечение депрессий в первичной медицинской сети» [Текст] / В.Н. Краснов // Социальная и клиническая психиатрия. — 1999. — Т. 9. — № 4. — С. 5—10.
22. Краснов В.Н. Депрессивные расстройства при хронической сердечной недостаточности [Текст] / Краснов В.Н., Довженко Т.В., Тарасова К.В., Васюк Ю.А. // Сердце. — 2003. — № 6. — С. 304—306.

23. Марачев М. П. Трудности терапии депрессии в условиях коморбидности [Текст] / М.П. Марачев // Мат. 24 Конгр. ЕРА. — 2016. — С. 62— 66.
24. Марута Н. А. Диагностика и терапия униполярной депрессии в современных условиях: мифы и реальность [Электронный ресурс] / Н. А. Марута // Нейро News. — 2013. — № 2 (47). — URL: <http://www.neuronews.com.ua/article/765.html>
25. Марута Н. А. Депрессии в общемедицинской практике [Текст] / Н. А. Марута, Л. Н. Юрьева, А. И. Мамчур. — Киев, 2009. — 30 с.
26. Медер Й. Диагностические и терапевтические проблемы у пациентов с коморбидными расстройствами / Й. Медер, Й. Ванек // Научно-практический журнал «Архив психиатрии». — 2004. — Т. 10. — № 37. — С. 121— 125.
27. Менделевич В.Д. Проблема наркомании в России: столкновение интересов специалистов, пациентов, общества и власти (клинико-социологическое исследование). [Текст] / В.Д. Менделевич, Р.Г. Садыкова. — Казань: Школа, 2004. — С. 47— 58.
28. Михайлов Б. В. Проблема депрессий в общесоматической практике [Текст] // Международный медицинский журнал. — 2003. — Т. 9, № 3. — С. 22–27.
29. Мосолов С.Н. Тревога и обсессии: сб. науч. тр. [Текст] / С.Н. Мосолов, В.В. Калинин / под ред. А.Б. Смулевича. — М., 1998. — С. 217—227.
30. Оганов Р.Г. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике. Результаты программы КОМПАС / Р.Г. Оганов, Л.И. Ольбинская, А.Б. Смулевич и др. // Кардиология. — 2004. — № 1. — С. 1-5
31. Парфенов В.А. Когнитивные расстройства. [Электронный ресурс] / В.А. Парфенов, В.В. Захаров, И.С. Преображенская. — М.: Ремедиум, 2014. — URL: http://www.remEDIUM.ru/upload/iblock/23e/k_rasstroistva_sod.pdf
32. Перре М. Клиническая психология [Текст] / М. Перре, У. Бауманн. — 2003. — 944 с.
33. Пивень Б.Н. Психиатрия и наркология [Текст] / Б.Н. Пивень. — Барнаул, 2005. — 108 с.
34. Пивень Б.Н. Экзогенно-органические психические расстройства. [Текст] / Б.Н. Пивень. — Барнаул: Изд-во АГМУ, 2013 — 236 с.
35. Погосова Г.В. Современные подходы к диагностике и лечению расстройств депрессивного спектра в общемедицинской практике. Методическое пособие для врачей [Текст] / Г.В. Погосова // Научно-практический рецензируемый медицинский журнал. — 2007. — № 1. — С. 24.
36. Подчуфарова Е.В. Яхно Н.Н. Боль в спине. [Текст] / Е.В. Подчуфарова, Н.Н. Яхно. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 368 с.

37. Ротштейн В.Г. Теоретический аспект эпидемиологии тревожных и аффективных расстройств [Текст] / В.Г. Ротштейн, М.Н. Богдан, С.А. Долгов // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2005. — № 2. — С. 94—95.
38. Семке, В.Я. Панические расстройства (клиника, факторы риска, лечение) [Текст] / В.Я. Семке, И.А. Погосова, А.В. Погосов. — Томск: изд-во том. ун-та, 2003. — 191 с.
39. Семке В.Я. Депрессивные расстройства – «неинфекционная эпидемия» XXI века [Текст] / В.Я. Семке, Н.А. Корнетов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2003. — № 2 (28). — С. 14—18.
40. Старостина Е.Г. Генерализованное тревожное расстройство и симптомы тревоги в общемедицинской практике [Текст] // РМЖ. — 2004. — № 22.
41. Смулевич А.Б. Расстройства личности [Текст] / А.Б. Смулевич. — М.: Медицинское информационное агентство, 2007.
42. Смулевич, А.Б. Депрессии в клинической практике врачей общемедицинских специальностей [Электронный ресурс] / А. Б. Смулевич // РМЖ. — 2011. — № 9. — URL: [http:// www.rmj.ru/articles_7662.htm](http://www.rmj.ru/articles_7662.htm).
43. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине. Руководство для врачей. [Текст] / А.Б. Смулевич. — М., Медицинское информационное агентство, 2001 г. — 782 с.
44. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях [Текст] / А.Б. Смулевич. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2015. — 640 с.
45. Смулевич, А. Б. Психические расстройства в клинической практике [Текст] / А. Б. Смулевич. — М.: МЕДпресс-информ, 2011. — 720 с.
46. Смулевич, А. Б. Расстройства личности [Текст] / А. Б. Смулевич. — М.: МИА, 2012. — 336 с.
47. Стратегии поведения в ситуации болезни и средства, способствующие улучшению состояния у лиц с психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии / Е.Д. Счастный, Т.Г. Бохан, Н.А. Бохан, М.Д. Заикина, О.В. Терехина // Сибирский психологический журнал. 2017. № 64. С. 120-133.
48. Чирко В.В. Эндогенные психозы и зависимость от психоактивных веществ [Текст] / В.В. Чирко, Э.С. Дроздов // Руководство по наркологии: в 2 т. / под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика, 2002. — Т. 1. — С 385— 407.
49. Шиньон Ж.М. Эпидемиология и основные принципы терапии тревожных расстройств [Текст] / Ж.М. Шиньон. — Синапс, 1991. — № 1. — С. 15— 30.

50. Шитов Е.А. Краткий обзор проблемы «двойного диагноза» (сочетание психических расстройств и расстройств зависимости от психоактивных веществ) [Электронный ресурс] / Е.А.Шитов, Д.Н.Киселев, Д.И.Шустов // Рос. мед.-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. — 2009. — №2. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kratkiy-obzor-problemy-dvoynogo-diagnoza-sochetanie-psiicheskikh-rasstroystv-i-rasstroystv-zavisimosti-ot-psihoaktivnyh-veschestv>).
51. Шмаонова Л.М., Бакалова Е.А. Клинико-эпидемиологическая характеристика больных с депрессивными расстройствами, обратившихся в психиатрический кабинет территориальной поликлиники. Аффективные и шизоаффективные психозы. Современное состояние проблемы [Текст] / Л.М. Шмаонова, Е.А. Бакалова. — М., 1998. — С. 113—114.
52. Юрьева, Л. Н. Клиническая суицидология [Текст] / Л. Н. Юрьева. — Днепропетровск: Пороги, 2006. — 472 с.
53. Akiskal H. The distinctive mixed states of bipolar I, II, III // *Cur Opin Psychiatry*. — 1995. — N. 8. — P. 93—97.
54. Akker M., Buntix F., Roos S. Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of the literature // *Eur J Gen Pract*. — 1996. — P. 65—7.
55. Aragonés E. et al. Assessment of an enhanced program for depression management in primary care: a cluster randomized controlled trial. The INDI project (Interventions for Depression Improvement) // *BMC Public Health*. — 2007.
56. Beghi E, Bussone G, D'Amico D et al. Headache, anxiety and depressive disorders: the HDAS study // *J Headache Pain*. — 2010. — Vol. 11. — P. 141—50.
57. Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H-G., et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder // *JAMA: Journal of the American Medical Association*. — 1996. — 276 p.
58. Brantley P., Mehan D., Americanes S., Jones G. Minor stressors and generalized anxiety disorders among low income patients attending primart care clinics // *J Nerv Ment Dis*. — 1999. — vol. 187. — P. 435— 440.
59. Bullinger M., Power M.J., Aaronson N.K., Cella D.F., Anderson R.T. Creating and evaluating cross-cultural instruments // *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. — 1996. — P. 659—668.
60. Burrows G., Evans B., Norman T. Understanding Depression // Kew, Vic: Mental Health Promotion Unit. — 1996.
61. Carson A.J., Ringbauer B., Stone J. et al. Do medically unexplained symptoms matter? A study of 300 consecutive new referrals to neurology outpatient clinics // *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. — 2000. — Vol. 68. — P. 207—10.

62. Creed F., Morgan R., Fiddler M., Marshall S., Guthrie E., House A. Depression and anxiety impair health-related quality of life and are associated with increased costs in general medical inpatients // *Psychosomatics*. — 2002. — Vol. 43(4). — P. 302—9.
63. Dunlop B., Kelley M., Mletzko T., Velasquez C., Craighead E., Mayberg H. Depression Beliefs, Treatment Preference, and Outcomes in a Randomized Trial for Major Depressive Disorder // *J Psychiatr Res*. — 2012. — Vol. 46(3). — P. 375—381.
64. Feinstein A.R. Pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease // *J Chronic Disease*. — 1970. — 23 (7). — P. 455—68.
65. Frances A., Manning D., Marin D. // *Psychopharmacology*. — 1992. — Vol. 106. — P. 82—86.
66. Garnefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee, J. & Van den Kommer, T. (2003) Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: differences between males and females. *Personality and Individual Differences*. 25. pp. 603-611. DOI: 10.1016/S0191-8869(03)00083-7
67. Greenberg P.E., Stiglin L.E., Finkelstein S.N., Berndt E.R. The economic burden of depression in 1990 // *J Clin Psychiatry*. — 1993. — Vol. 54(11). — P. 405—18.
68. Greenberg P.E., Leong S.A., Birnbaum H.G., Robinson R.L. The economic burden of depression with painful symptoms // *J Clin Psychiatry*. — 2003. — Vol. 64(7). — P. 17—23.
69. Hagnell O., Lanke J., Rorsman B., Ojesjo L. Are we entering an age of melancholy? Depressive illnesses in a prospective epidemiological study over 25 years: the Landby Study, Sweden // *Psychol. Med*. — 1982. — Vol. 12. — P. 279—289.
70. Katon W. Improving antidepressant treatment of patients with major depression in primary care // *WPA Bull Depression*. — 1998. — Vol.4. — N. 16. — P. 6—8.
71. Keller M. Global research in anxiety and depression (GRAD) Network consensus conference // *J Clin Psychiatry*. — 2002. — Vol. 63. — N. 8. — P. 3—9.
72. Kelly T.M., Daley D.C. Integrated treatment of substance use and psychiatric disorders // *Social Work in Public Health*. — 2013. — Vol. 28. — P. 388—406.
73. Kendler K.S., Eaves L.J., Walters E.E., Neale M.C., Heath A.C., Kessler R.C. The identification and validation of distinct depressive syndromes in a population-based sample of female twins // *Arch Gen Psychiatry*. — 1996. — Vol. 53(5). — P. 391—9.
74. Kessler R.S., Kendler K.S., Heath A., Neale M.C., Eaves L.J. Social support, depressed mood, and adjustment to stress: a genetic epidemiologic investigation // *J Pers Soc Psychol*. — 1992. — Vol. 62(2). — P. 257—72.

75. Khalsa S., McCarthy K.S., Sharpless B.A., Barrett M.S., Barber J.P. Beliefs about the causes of depression and treatment preferences // *Journal of Clinical Psychology*. — 2011. — Vol. 67. — P. 539—549.
76. Kushner M. J., Sher K.J., Erickson D.J. // *Amer. J. Psychiat.* — 1999. — № 5. — P. 723—732.
77. Lam R. W. *Depression* // NY: Oxford university press. — 2012. — 140 p.
78. Merikangas K.R., Angst J., Eaton W. et al. Comorbidity and boundaries of affective disorders with anxiety disorders and substance misuse: results of an international task force // *Br J Psychiatry*. — 1996. — Vol. 168. — P. 58—67.
79. Miles H. Characteristics of Subgroups of Individuals With Psychotic Illness and a Comorbid Substance Use Disorder // *Psychiatric Services*. — 2003. — Vol. 54(4). — P. 554—561
80. Murray C. J. L., Lopez A. D. The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020 // Cambridge, MA: Harvard School of Public Health. — 1996.
81. Nasca C., Xenos D., Barone Y. et al. L-acetylcarnitine causes rapid antidepressant effects through the epigenetic induction of mGlu2 receptors. // *Proc Natl Acad Sci USA*. — 2013. — Vol. 110(12).
82. Nemeroff Ch. B. Evolutionary trends in the pharmacotherapeutic management of depression // *J. Clin. Psychiatry*. — 1994. — Vol. 55. — P. 3—15.
83. Ownby R.L., Crocco E., Acevedo A., et al. Depression and risk for Alzheimer disease: systematic review, meta-analysis, and metaregression analysis// *Arch Gen Psychiatry*. — 2006. — Vol. 63(5). — P. 530—8.
84. Palijan T.Z., Muzinić L., Radeljak S. Psychiatric comorbidity in forensic psychiatry. // *Psychiatria Danubina*. — 2009. — Vol. 21(3). — P. 429—436.
85. Praag H.M. Comorbidity (psycho) analysed // *British J. of Psychiatry*. — 1996. — Vol.168.
86. Regier D., Burke J. Comorbidity of mood and anxieties // *Am Psychiatric Press*. — 1990. — P. 113—122.
87. Rihmer, Z. Prediction of suicide in mood disorders. — Tallinn : 10th ECNP, 2009.
88. Rothenhausler H.B., Kapfhammer H.P. Depression in the medically ill: diagnosis and treatment considerations in C-L psychiatry settings // *Fortschr. Neurol. Psychiatrie*. —2003. — Vol. 17(7). — P. 358—365.
89. Ryder A.G. Depression in Cultural Context: “Chinese Somatization”» / Ryder A.G // *Psychiatric Clinics of North America*. - 2012. - . Vol. 35. – P. 15-36.

90. Ryder, A. G., Yang, J., Zhu, X., Yao, S., Yi, J., Heine, S., et al. (2008). The cultural shaping of depression: Somatic symptoms in China, psychological symptoms in North America? *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 300-313.
91. Salize H., Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union // *Br J Psychiatry*. — 2004. — Vol. 184. — P. 163—168.
92. Sartorius N., Ustün B., Lecrubier Y., Wittchen H-U. Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on psychological disorders in primary health care. // *Br J Psychiatry*. — 1996. — Vol. 168. — P. 38—43.
93. Sherbourne C., Wells K. Course of depression in patients with comorbid anxiety disorders // *J Affect Disord*. — 1997. — Vol. 43. — P. 245—250.
94. Sowers W., Golden S. Psychotropic medication management in persons with cooccurring psychiatric and substance use disorders // *Psychoactive Drugs*. — 1999. — Vol. 1. — P. 59—70.
95. Stahl S. Mixed anxiety and depression // *J Clin Psychiatry*. — 1993. — Vol. 54. — P. 33—38.
96. Vieta E. Лечение смешанных расстройств и риск перехода в депрессию // *Психиатрия и психофармакотерапия*. — 2005. — N. 3.
97. Ustun T.B. The Global Burden of Mental Disorders // *Am J Publ Health*. — 1999. — Vol. 89. — P. 1315—1318.
98. Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H-G., et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder // *JAMA: Journal of the American Medical Association*. — 1996. — 276 p.
99. Wittchen H.U. What is comorbidity fact or artifact? // *British J of Psychiatry*. — 1996. — Vol.68. — P. 9 —16.
100. Wittchen H., Kessler R., Pfister H., Lieb M. Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective-longitudinal community study // *Acta Psychiatr Scand*. — 2000. — Vol. 102. — P. 14—23.
101. Wittchen H., Kessler R., Beesdo K. Generalized anxiety and depression in primary care // *J Clin Psychiatry*. — 2002. — Vol. 63. — P. 24—34
102. Wittchen H.U., Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe--a critical review and appraisal of 27 studies // *Eur Neuropsychopharmacol*. — 2005. — Vol. 15(4). — P. 357—76.
103. World Health Organization. (2005). Depression. Available online at: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/ Accessed on March 6, 2010.

104. Woody G.E. et al. And the Cocaine Psychotherapy Study Group. HIV risk reduction in the NIDA cocaine psychotherapy study // J Acq Def Syndromes. — 2003.
105. Young E.A., Haskett R.F., Watson S.J., Akil H. Loss of glucocorticoid fast feedback in depression // Archives of General Psychiatry. — 1991. — Vol. 48. — P. 693—699

ПРИЛОЖЕНИЕ А

«Шкала депрессии центра эпидемиологических исследований» (CES-D), (тест адаптирован при проведении программы КОМПАС в России)

Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы о том, как вы чувствовали себя в течение последних семи дней. Используйте шкалу ниже, чтобы помочь определить ваши ответы: (0) Редко или никогда (меньше чем 1 день) (1) Изредка или нечасто (1-2 дня) (2) Иногда (3-4 дня) (3) Большинство времени (5 -7 дней)	
1. Я бываю обеспокоен тем, что обычно не беспокоит меня	0 - 1 - 2 - 3
2. Мне не хочется есть, у меня плохой аппетит	0 - 1 - 2 - 3
3. Несмотря на помощь друзей и членов моей семьи мне не удавалось избавиться от чувства тоски	0 - 1 - 2 - 3
4. Я чувствовал, что я был не хуже других	0 - 1 - 2 - 3
5. Мне было трудно сосредоточиться на том, что я делал	0 - 1 - 2 - 3
6. Я чувствовал себя подавленным	0 - 1 - 2 - 3
7. Я чувствовал, что все делал через усилие	0 - 1 - 2 - 3
8. У меня была надежда на будущее	0 - 1 - 2 - 3
9. Я думал, что моя жизнь была неудачна	0 - 1 - 2 - 3
10. Я чувствовал страх	0 - 1 - 2 - 3
11. Мой сон был беспокойным	0 - 1 - 2 - 3
12. Я был счастлив	0 - 1 - 2 - 3
13. Я говорил меньше, чем обычно	0 - 1 - 2 - 3
14. Я чувствовал себя одиноким	0 - 1 - 2 - 3
15. Люди были недоброжелательными	0 - 1 - 2 - 3
16. Я наслаждался жизнью	0 - 1 - 2 - 3
17. Я плакал	0 - 1 - 2 - 3

18. Мне было грустно	0 - 1 - 2 - 3
19. Я не мог начать действовать	0 - 1 - 2 - 3
20. Мне казалось, что меня недолюбливают	0 - 1 - 2 - 3

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

«Опросник общего состояния здоровья» (А. Райдер, Канада, ун-т Конкордия)

Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы о своем здоровье, используя шкалу:	
(0) Нет - не согласен	
(1) Да – несколько согласен	
(2) Да – почти согласен	
(3) Да - полностью согласен	
Недавно ...	
1. Страдали ли Вы от головной боли или артериального давления?	0 - 1 - 2 - 3
2. Страдали ли Вы от сильного сердцебиения и беспокоились о проблемах с сердцем?	0 - 1 - 2 - 3
3. Испытывали ли Вы дискомфорт или чувство давления в груди?	0 - 1 - 2 - 3
4. Страдали ли Вы от дрожания или онемения конечностей?	0 - 1 - 2 - 3
5. Не спали ли Вы из-за беспокойства?	0 - 1 - 2 - 3
6. Переживали ли Вы из-за чего-то?	0 - 1 - 2 - 3
7. Ладили ли Вы с вашей семьей и близкими родственниками?	0 - 1 - 2 - 3
8. Теряли ли уверенность в себе?	0 - 1 - 2 - 3
9. Чувствовали себя нервно и возбуждено?	0 - 1 - 2 - 3
10. Посещало ли вас чувство надежды о своем будущем?	0 - 1 - 2 - 3
11. Беспокоились ли вы о вашей семье или близких родственниках?	0 - 1 - 2 - 3
12. Чувствовали ли вы, что жизнь совсем безнадежна?	0 - 1 - 2 - 3
13. Было ли у вас хорошо с памятью?	0 - 1 - 2 - 3
14. Чувствовали ли Вы себя легкомысленно?	0 - 1 - 2 - 3
15. Были ли Вы полны воодушевления, когда просыпались по утрам?	0 - 1 - 2 - 3
16. Чувствовали ли Вы, что ваше дыхание не является ровным?	0 - 1 - 2 - 3
17. Испытывали ли Вы боли по всему телу?	0 - 1 - 2 - 3
18. Чувствовали ли Вы, что ваш ум ясный и нет чрезмерного беспокойства в ваших мыслях?	0 - 1 - 2 - 3
19. Чувствовали, что все навалилось на вас?	0 - 1 - 2 - 3
20. Чувствовали себя слабонервным?	0 - 1 - 2 - 3
21. Чувствовали ли Вы беспокойство или раздражительность по мелочам?	0 - 1 - 2 - 3
22. Были ли Вы заинтересованы в обычном досуге?	0 - 1 - 2 - 3
23. Были ли Вы на улице так же часто, как обычно?	0 - 1 - 2 - 3

24. Были ли Вы удовлетворены тем, как вы справляетесь?	0 - 1 - 2 - 3
25. Могли ли Вы проявить теплоту и привязанность по отношению к близким Вам людям, которые находятся рядом с Вами?	0 - 1 - 2 - 3
26. Чувствовали ли Вы себя постоянно напряженными?	0 - 1 - 2 - 3
27. Чувствовали, что справляетесь с делами?	0 - 1 - 2 - 3
28. Чувствовали, что другие не могли бы справиться лучше на вашем месте?	0 - 1 - 2 - 3
29. Чувствуете, что вы являетесь обузой для вашей семьи и близких родственников?	0 - 1 - 2 - 3
30. Чувствовали, ли вы что ваше сексуальное функционирование в норме?	0 - 1 - 2 - 3
31. Чувствовали ли вы себя бесполезным?	0 - 1 - 2 - 3
32. Чувствовали ли вы, что жизнь не стоит того, чтобы жить?	0 - 1 - 2 - 3
33. Чувствовали ли вы себя подавленным и несчастным?	0 - 1 - 2 - 3
34. Чувствовали, ли вы себя испуганным и в панике?	0 - 1 - 2 - 3
35. Были беспокойным и нарушался ли у вас сон?	0 - 1 - 2 - 3
36. Было ли вам трудно оставаться бодрым?	0 - 1 - 2 - 3
37. Чувствовали ли Вы, что у вас не было энергии?	0 - 1 - 2 - 3
38. Было ли трудно вам сосредоточиться?	0 - 1 - 2 - 3
39. Бывали ли вы заняты, бывали ли Вы у дел?	0 - 1 - 2 - 3
40. Было ли легко принимать решения?	0 - 1 - 2 - 3
41. Справлялись ли Вы не хуже других?	0 - 1 - 2 - 3
42. Чувствовали, ли что вы играли полезную роль в чем-то?	0 - 1 - 2 - 3
43. Было трудно ладить с другими людьми?	0 - 1 - 2 - 3
44. Было трудно наслаждаться жизнью?	0 - 1 - 2 - 3
45. Чувствуете, что вы не могли не пасовать перед фактами?	0 - 1 - 2 - 3

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Методика «Стратегии поведения в ситуации болезни» (А. Райдер)

Люди думают и делают много разного, когда им очень грустно. Пожалуйста, прочтите каждый из пунктов ниже, и укажите, делаете ли или думаете ли Вы так, когда чувствуете упадок настроения, грусть или депрессию. Пожалуйста, укажите, что вы делаете обычно (а не то, что вы должны были бы делать), когда Вам очень грустно, когда вы чувствуете упадок настроения или депрессию по шкале ниже: (0) Никогда (1) Иногда (2) Часто (3) Всегда	
1. Попросите кого-нибудь помочь вам преодолеть проблемы	0 - 1 - 2 - 3
2. Описываете свои чувства в дневнике	0 - 1 - 2 - 3
3. Думаете о том, как кто-то, уважаемый вами (или вымышленный персонаж), справился бы с данной ситуацией	0 - 1 - 2 - 3
4. Думаете "Я не буду думать о том, что я чувствую"	0 - 1 - 2 - 3
5. Думаете о том, насколько одиноким Вы чувствуете себя	0 - 1 - 2 - 3
6. Думаете "Я не смогу выполнить свою работу, потому что я так плохо себя чувствую"	0 - 1 - 2 - 3
7. Думаете о том, что чувствуете усталость и что Вам не здоровится.	0 - 1 - 2 - 3
8. Думаете насколько Вам сосредоточиться	0 - 1 - 2 - 3
9. Пробуете найти что-то положительное в ситуации или в том, чему она Вас научила	0 - 1 - 2 - 3
10. Думаете "Люди увидят, кто я на самом деле"	0 - 1 - 2 - 3
11. Принимаете наркотики или пьете (алкоголь)	0 - 1 - 2 - 3
12. Думаете "Я сделаю что-то, чтобы почувствовать себя лучше "	0 - 1 - 2 - 3
13. Помогаете кому-то с какими-то другими проблемами, чтобы отвлечься	0 - 1 - 2 - 3
14. Думаете "Чем же я это заслужил"	0 - 1 - 2 - 3
15. Думаете о том, что Вы чувствуете себя бездельным и пассивным	0 - 1 - 2 - 3
16. Напоминаете себе, что эти чувства не продлятся долго	0 - 1 - 2 - 3
17. Думаете "Как же неловко за меня моей семьей / друзьями / половинке"	0 - 1 - 2 - 3
18. Анализируете последние события, чтобы попытаться понять, почему вы находитесь в депрессии	0 - 1 - 2 - 3

19. Думаете о том, что Вам кажется, что Вы больше ничего не чувствуете	0 - 1 - 2 - 3
20. Мечтаете, фантазируете и думаете о хорошем	0 - 1 - 2 - 3
21. Думаете: "Почему я не могу приступить к работе?"	0 - 1 - 2 - 3
22. Думаете: "Почему я всегда реагирую таким образом?"	0 - 1 - 2 - 3
23. Смотрите телевизор, чтобы отвлечься	0 - 1 - 2 - 3
24. Отправляетесь в любимое Вами место, чтобы отвлечься от своих чувств	0 - 1 - 2 - 3
25. Уезжаете куда-нибудь в одиночку и там обдумываете, почему у Вас возникли такие чувства	0 - 1 - 2 - 3
26. Обсуждаете это с кем-то, чье мнение вы уважаете (т.е. друзья / семья / духовенство)	0 - 1 - 2 - 3
27. Думаете: "Я сосредоточусь на чем-то другом вместо моих чувств"	0 - 1 - 2 - 3
28. Записываете ваши мысли и проанализируйте их	0 - 1 - 2 - 3
29. Делаете что-то, что прежде поднимало Вам настроение	0 - 1 - 2 - 3
30. Вспоминаете недавнюю ситуацию, жалея, что она не разрешилась лучшим образом	0 - 1 - 2 - 3
31. Думаете: "Я собираюсь выйти на люди и повеселиться"	0 - 1 - 2 - 3
32. Составляете план действий для преодоления проблемы	0 - 1 - 2 - 3
33. Избегаете уединения, стараетесь быть рядом с другими людьми	0 - 1 - 2 - 3
34. Думаете «Я все порчу»	0 - 1 - 2 - 3
35. Концентрируетесь на работе	0 - 1 - 2 - 3
36. Думаете: "Со мной что-то не так, иначе я бы не чувствовал(а) себя так"	0 - 1 - 2 - 3
37. Думаете: «Я не оправдываю надежды своих друзей / семьи / половинки"	0 - 1 - 2 - 3
38. Отрицаете свои чувства	0 - 1 - 2 - 3
39. Думаете "Я испортил еще один учебный год / работу / отношения"	0 - 1 - 2 - 3
40. Думайте "Почему у меня такие проблемы, каких нет у других?"	0 - 1 - 2 - 3
41. Делаете что-нибудь безрассудное или опасное	0 - 1 - 2 - 3
42. Думаете “Почему я не справляюсь с этим лучше?”	0 - 1 - 2 - 3
43. Думаете о том, насколько Вам грустно	0 - 1 - 2 - 3
44. Думаете обо всех ваших провалах, неудачах, недостатках, ошибках	0 - 1 - 2 - 3
45. Делаете что-то, что вам понравится	0 - 1 - 2 - 3
46. Думаете, что вы не чувствуете в себе сил что-либо делать	0 - 1 - 2 - 3
47. Думаете: "Я не имею права чувствовать себя таким образом, я действительно эгоист"	0 - 1 - 2 - 3
48. Думаете: "Моим друзьям надоел я и мои проблемы"	0 - 1 - 2 - 3

49. Рассказываете своему психотерапевту о своих чувствах	0 - 1 - 2 - 3
50. Решаете улучшить некоторые сферы вашей жизни	0 - 1 - 2 - 3
51. Думаете: "Я не оправдываю надежд бога"	0 - 1 - 2 - 3
52. Делаете что-то интересное с другом/подругой	0 - 1 - 2 - 3
53. Анализируете ваш характер, чтобы попытаться понять, почему вы находитесь в депрессии	0 - 1 - 2 - 3
54. Идите спать, чтобы избежать своих чувств	0 - 1 - 2 - 3
55. Вымещаете свои чувства на других	0 - 1 - 2 - 3
56. Идете куда-нибудь один, чтобы подумать о своих чувствах	0 - 1 - 2 - 3
57. Сознательно делаете что-то, чтобы почувствовать себя еще хуже	0 - 1 - 2 - 3
58. Едите	0 - 1 - 2 - 3
59. Молитесь	0 - 1 - 2 - 3
60. Читаете	0 - 1 - 2 - 3
61. Думаете о том, что вы сердитесь на самого себя	0 - 1 - 2 - 3
62. Думаете о том, что Вы на кого вы сердитесь	0 - 1 - 2 - 3
63. Вспоминаете о прежних эпизодах депрессии	0 - 1 - 2 - 3
64. Принимаете лекарства, чтобы почувствовать себя лучше	0 - 1 - 2 - 3
65. Думаете: "У меня все под контролем"	0 - 1 - 2 - 3
66. Думаете: "Никто не хочет быть рядом со мной из-за моего настроения"	0 - 1 - 2 - 3
67. Слушаете грустную музыку	0 - 1 - 2 - 3
68. Уединяетесь, чтобы подумать о причинах грусти	0 - 1 - 2 - 3
69. Думаете: «Видимо у меня в жизни серьезные проблемы или я не чувствовал бы себя таким образом настолько часто»	0 - 1 - 2 - 3
70. Пробуете разобраться в себе, сосредоточившись на своих чувствах	0 - 1 - 2 - 3
71. Делаете что-нибудь бодрое, чтобы отвлечься от своих чувств	0 - 1 - 2 - 3

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Опросник «Факторы, способствующие улучшению состояния» (А. Райдер)

Как вы думаете, насколько вероятно, что следующие факторы помогут улучшить ваше состояние? Пожалуйста, обведите соответствующий номер по шкале ниже. 1 – очень маловероятно; 2 – маловероятно; 3 – несколько маловероятно; 4 – нейтрально; 5 – несколько вероятно; 6 – вероятно; 7 – очень вероятно	
1. Отдых, больше сна	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
2. Время, проведенное с друзьями и близкими (например, с семьей, близкими друзьями)	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
3. Антидепрессанты	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
4. Сокращение обязательств (например, перерыв в работе)	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
5. Больше физической активности или физических упражнений	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
6. Встреча с духовным или религиозным наставником	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
7. Более активное участие в общественной деятельности	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
8. Ожидание того, что депрессия уйдет	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
9. Народная медицина (например, фитотерапия, самолечение)	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
10. Смена обстановки, смена декораций	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
11. Консультирование или психотерапия	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
12. Улучшение питания	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
13. Развитие чувства цели и смысла в жизни	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
14. Разговор о проблеме с членом семьи или близким другом	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
15. Позитивное мышление	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
16. Улучшение в отношениях с другими	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
17. Возможность самому справиться с трудностями	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
18. Снотворное	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
19. Релаксация (например, медитация, массаж)	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
20. Разговор о чувствах/эмоциях с членом семьи или близкими друзьями	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
21. Визит к гадалке	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
22. Массаж биологически активных точек кожи (акупрессура)	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
23. Осмысливание своих эмоций	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
24. Чтение книг по самосовершенствованию	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
25. Иглоукалывание	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7

26. Достижение лучшего самосознания	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
27. Лечебные средства из трав (например, травяные чаи)	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
28. Посещение мест поклонения (например, храм, церковь)	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Опросник «Убеждения о причинах депрессии» (А. Бек)

Насколько вероятно, что следующие факторы послужили причиной вашего расстройства? Пожалуйста, обведите соответствующий номер по шкале: 1 – очень маловероятно, 2 – маловероятно, 3- довольно маловероятно, 4 – нейтрально, 5 – довольно вероятно, 6 – вероятно, 7 – очень вероятно	
1. Проблемы в отношениях с семьей или друзьями	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
2. Вирус или инфекция	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
3. Личный стиль восприятия (например, оптимизм или пессимизм)	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
4. Финансовые проблемы	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
5. Химический дисбаланс в мозгу	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
6. Стресс	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
7. Негативные события в жизни (например, смерть близкого человека)	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
8. Отсутствие успеха на работе или в школе	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
9. Проблемы с почками	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
10. Нездоровый образ жизни (например, плохое питание, малоподвижный образ жизни)	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
11. Повреждения головного мозга	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
12. Отсутствие социальных связей или социальная изоляция	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
13. Слишком много дел	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
14. Плохой сон, недостаток сна (например, бессонница)	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
15. Судьба	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
16. Проблемы с печенью	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
17. Слишком много обязательств перед другими	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
18. Неудачи	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
19. Отсутствие благословения или помощи предков (умерших членов семьи)	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
20. Характер	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
21. Дисфункция в балансе или обмене энергии	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
22. Значительные изменения в жизни (например, переезд на новое место, новая работа)	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
23. Слишком много волнения	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7

24. Генетика	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
25. Трудности у близких членов семьи (например, концерт у ребенка в школе, здоровье родителей)	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
26. Загрязнение окружающей среды	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
27. Неудачные решения, принятые в прошлом	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
28. Гормональный дисбаланс	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
29. Неправильное соблюдение религиозных обрядов	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
30. То, как я справляюсь с переживаниями	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
31. Сексуальная жизнь, неодобряемая обществом (например, роман на стороне, секс с проститутками)	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
32. Детские впечатления	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
33. Наркотики или алкоголь	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
34. Проблемы с сердцем	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7

ПРИЛОЖЕНИЕ Е

Опросник «Убеждения о последствиях депрессии» (А. Бек)

Учитывая ваше состояние сейчас, оцените, насколько вероятны для Вас следующие перемены в будущем? Пожалуйста, обведите соответствующее число по шкале ниже: 1 – очень маловероятно 2 - маловероятно 3- несколько маловероятно 4 – нейтрально 5 – несколько вероятно 6 – вероятно 7 – очень вероятно	
1. Потеря работы, увольнение с работы	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
2. Улучшение с течением времени	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
3. Низкая самооценка, низкая самооценность	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
4. Неприятие со стороны окружающих	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
5. Неспособность выполнить вашу роль в семье	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
6. Более высокое самосознание	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
7. Негативное влияние на репутацию семьи или фамилии	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
8. Социальная изоляция или одиночество	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
9. Неспособность достичь личные цели	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
10. Возможность временно не работать	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
11. Нарушение гармонии в семье (например, частые конфликты, развод)	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
12. Близкие позволят Вам тратить больше времени на себя	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
13. Неспособность выполнить рабочие обязанности	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
14. Вероятность быть отреченным или отвергнутым семьей	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
15. Чувство стыда	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
16. Негативная репутация	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
17. Забота о близких людях	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
18. Потеря социального статуса	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
19. Меньше обязанностей и обязательств	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
20. Вероятность сделаться обузой семье и близким	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
21. Чувство повышенного сострадания к трудностям других людей	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7

ПРИЛОЖЕНИЕ Ж

«Опросник когнитивных стратегий регулирования эмоций» (CERQ) (Nadia Garnefski, Vivian Kraaij, Philip Spinhoven; русскоязычная версия была разработана и адаптирована Е.И Рассказовой, А.Б, Леоновой и И.В Плужниковым, 2011 г.)

Каждый сталкивается с отрицательными переживаниями или неприятностями и каждый справляется с ними по-своему. В ответ на следующие вопросы, укажите, что вы обычно думаете, когда испытываете отрицательные события или неприятности. Пожалуйста, ознакомьтесь с предложениями ниже и укажите, насколько часто у вас возникают следующие мысли. Обведите наиболее подходящие ответы: (1) Никогда (2) Почти никогда (3) Иногда (4) Почти всегда (5) Всегда	
1. Я чувствую, что я виноват.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
2. Я чувствую, что я несу ответственность за то, что произошло.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
3. Я думаю об ошибках, сделанных мной в этой ситуации.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
4. Я думаю, что причина в общем-то во мне.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
5. Я думаю, что я должен признать, что это случилось.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
6. Я думаю, что я должен принять ситуацию.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
7. Я думаю, что я не могу ничего изменить.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
8. Я думаю, что я должен научиться жить с этим.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
9. Я часто думаю о том, что я чувствую по поводу пережитого.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
10. Я озабочен своими мыслями и чувствами по поводу пережитого.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
11. Я хочу понять, почему я испытываю такие чувства по поводу пережитого	1 - 2 - 3 - 4 - 5
12. Я живу своими чувствами по поводу ситуации.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
13. Я думаю о более приятных вещах, а не о том, что, что я пережил.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
14. Я думаю о приятных вещах, которые не имеют ничего общего с произошедшими событиями.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
15. Я думаю о чем-то хорошем, а не о том, что произошло.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
16. Я думаю о приятных впечатлениях.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
17. Я думаю, о том, как поступить лучше.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
18. Я думаю о том, как мне лучше справиться с ситуацией.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
19. Я думаю о том, как изменить ситуацию.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
20. Я формирую наилучший план действий.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
21. Я думаю, что я могу чему-то научиться в сложившейся ситуации.	1 - 2 - 3 - 4 - 5

22. Я думаю, что я могу стать более сильным человеком в результате происшедшего.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
23. Я думаю, что такая ситуация также имеет и свои положительные стороны.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
24. Я смотрю на положительные стороны происшедшего.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
25. Я думаю, что все могло бы быть гораздо хуже.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
26. Я думаю, что другие люди проходят через гораздо худшее.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
27. Я думаю, что эта ситуация не так уж и плоха по сравнению с другими вещами.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
28. Я говорю себе, что бывает и хуже.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
29. Я часто думаю, что испытанное мной хуже тех испытаний, что достались другим.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
30. Я все думаю о том, насколько ужасно то, что случилось со мной.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
31. Я часто думаю, что то, что я испытал, худшее, что может случиться с человеком.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
32. Я постоянно думаю о том, что эта ситуация ужасна.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
33. Я чувствую, что в этой ситуации виноваты другие.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
34. Я чувствую, что другие несут ответственность за то, что произошло.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
35. Я думаю об ошибках других в данной ситуации.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
36. Я чувствую, что причина в общем-то в других.	1 - 2 - 3 - 4 - 5

ПРИЛОЖЕНИЕ И

Опросник «Торонтская шкала алекситимии (TAS)» (Taylor G.J., Ryan D.P., Bagby R.M., тест адаптирован в институте им. В. М. Бехтерева)

Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы, используя шкалу:		
(1) Полностью не согласны		
(2) Не согласен		
(3) Отношусь нейтрально		
(4) Согласен		
(5) Полностью согласен		
1.	Я часто не могу разобраться в эмоциях, которые я чувствую.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
2.	Мне трудно найти правильные слова для моих чувств.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
3.	У меня есть такие физические ощущения, что даже врачи не понимают их.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
4.	Я могу легко описать мои чувства.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
5.	Я предпочитаю анализировать проблемы, а не просто описывать их.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
6.	Когда я расстроен, я не знаю - мне грустно или я напуган, или чувствую гнев.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
7.	Меня часто беспокоят телесные ощущения.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
8.	Я предпочитаю, чтобы все происходило само собой вместо того, чтобы понять, почему так получилось.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
9.	Я испытываю чувства, которые не могу определить (не понятные для меня).	1 - 2 - 3 - 4 - 5
10.	Очень важно понимать свои чувства.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
11.	Мне трудно описать, как я отношусь к людям.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
12.	Мне говорят, чтобы я больше описывал свои чувства.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
13.	Я не знаю, что происходит внутри меня.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
14.	Я часто не знаю, почему я злюсь.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
15.	Я предпочитаю говорить с людьми об их повседневной деятельности, а не об их чувствах.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
16.	Я предпочитаю смотреть "легкие" развлекательные шоу, а не психологические драмы.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
17.	Мне трудно показывать свои сокровенные чувства, даже близким друзьям.	1 - 2 - 3 - 4 - 5

18.	Я могу чувствовать близость к кому-то, даже когда мы молчим.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
19.	Я считаю, что разбор чувств полезен при решении личных проблем.	1 - 2 - 3 - 4 - 5
20.	Поиск скрытого смысла в кино или пьесе отвлекает меня от их просмотра.	1 - 2 - 3 - 4 - 5

ПРИЛОЖЕНИЕ К

Средние показатели наиболее выраженных отдельных стратегий поведения в ситуации болезни в клинических группах

Стратегии поведения в ситуации болезни	Синдром зависимост и	Неврот-ие р-ва	Шизотип- ие р-ва	Аффективн ые р-ва
4. Думаете "Я не буду думать о том, что я чувствую"	2±0,91	2,12±0,74	2,14±1,14	2,00±0,98
5. Думаете о том, насколько одиноким Вы чувствуете себя	1,65±1,08	1,2±0,93	1,05±0,95	1,29±0,93
7. Думаете о том, что чувствуете усталость и что Вам не здоровится.	1,65±0,87	1,6±0,69	1,62±0,91	1,64±0,11
9. Пробуете найти что-то положительное в ситуации или в том, чему она Вас научила	1,25±0,71	1,25±0,73	1,62±0,9	1,25±1,07
10. Думаете "Люди увидят, кто я на самом деле"	1,95±0,94	2,08±1,08	2,19±1,07	1,82±1,18
12. Думаете "Я сделаю что-то, чтобы почувствовать себя лучше "	1,45±0,82	1,24±0,91	1,71±0,88	1,14±0,93
14. Думаете "Чем же я это заслужил"	1,25±1,02	1,29±0,98	0,95±0,98	1,64±1,12
17. Думаете "Как же неловко за меня моей семьей / друзьями / половине"	1,55±1,09	2,25±0,81	2,14±1	1,82±1,24
18. Анализируете последние события, чтобы попытаться понять, почему вы находитесь в депрессии	1,9±0,78	1,84±0,83	1,43±0,94	2,00±1,01
20. Мечтаете, фантазируете и думаете о хорошем	1,85±0,98	1,72±0,73	1,24±0,88	1,75±0,96
22. Думаете: "Почему я всегда реагирую таким образом?"	1,45±0,94	1,33±0,91	1,19±1,05	1,63±0,96
23. Смотрите телевизор, чтобы отвлечься	1,55±1,05	1,2±0,82	1,14±1	1,75±0,96
29. Делаете что-то, что прежде	1,68±1	1,08±0,74	1,14±0,88	1,39±0,91

поднимало Вам настроение				
30. Вспоминаете недавнюю ситуацию, жалея, что она не разрешилась лучшим образом	1,68±0,94	1,24±0,81	1,19±0,99	1,63±1,14
35. Концентрируетесь на работе	1,58±1,01	1,6±0,94	0,9±0,95	1,68±1,05
37. Думаете: «Я не оправдываю надежды своих друзей / семьи / половинки»	1,88±0,99	0,96±0,91	1,86±1,14	1,82±1,21
44. Думаете обо всех ваших провалах, неудачах, недостатках, ошибках	1,5±1,23	1,44±0,94	1,19±1,04	1,68±0,98
45. Делаете что-то, что вам понравится	1,5±0,76	1,36±0,69	1,19±0,88	1,75±0,92
48. Думаете: "Моим друзьям надоела и мои проблемы"	1,75±1,11	2,36±0,61	2,14±1,03	2,00±1,12
50. Решаете улучшить некоторые сферы вашей жизни	1,7±1,08	1,52±0,72	1,62±0,98	1,50±0,23
53. Анализируете ваш характер, чтобы попытаться понять, почему вы находитесь в депрессии	1,47±0,96	1,68±0,78	1±1,12	1,64±1,09
58. Едите	1,63±1,21	0,92±1,01	1,25±0,81	0,79±0,95
59. Молитесь	0,5±0,82	2,2±0,83	2,24±1,04	0,89±1,03
61. Думаете о том, что вы сердитесь на самого себя	1,6±0,94	0,84±0,61	1,05±1,03	1,32±0,98
64. Принимаете лекарства, чтобы почувствовать себя лучше	1,8±1,15	1,76±0,81	1,24±1,06	1,96±1,17
66. Думаете: "Никто не хочет быть рядом со мной из-за моего настроения"	1,9±1,07	2,24±0,8	2,38±0,97	1,96±1,1

ПРИЛОЖЕНИЕ Л

Средние показатели наиболее вероятных отдельных причин депрессии в клинических группах

Убеждения о причинах депрессии	Синдром зависимости	Невротические расстройства	Шизотип-ие расстройства	Аффективные расстройства
1. Проблемы в отношениях с семьей или друзьями	3,48±2,22	3,11±2,15	4,42±2,35	3,68±2,34
2. Вирус или инфекция	2,29±1,97	1,89±1,37	2,58±1,98	2,29±2,01
3. Личный стиль восприятия (например, оптимизм или пессимизм)	3,43±1,93	3,53±2,03	4,38±1,87	4,11±1,92
4. Финансовые проблемы	3,29±2,12	3,05±2,01	3,35±2,03	3,39±2,09
5. Химический дисбаланс в мозгу	2,62±1,83	2,61±1,57	3,35±2,11	3,71±2,33
6. Стресс	5,33±1,49	5,89±0,93	5,58±1,94	5,68±1,74
7. Негативные события в жизни (например, смерть близкого человека)	5,38±2,17	4,68±2,28	4,92±2,27	5,07±2,15
8. Отсутствие успеха на работе или в школе	4,33±2,17	2,89±1,85	4,15±2,14	3,00±2,27
9. Проблемы с почками	2,10±1,84	1,74±1,04	2,54±1,83	2,25±1,73
10. Нездоровый образ жизни (например, плохое питание, малоподвижный образ жизни)	2,86±2,17	2,05±1,47	3,08±2,03	2,52±1,98
11. Повреждения головного мозга	2,24±1,75	2±1,49	3,04±2,2	2,14±1,58
12. Отсутствие социальных связей или социальная изоляция	2,38±1,68	1,53±1,02	3,81±2,31	2,75±2,08
13. Слишком много дел	4,19±2,5	3,21±1,98	3,62±2,22	3,21±2,18

14. Плохой сон, недостаток сна (например, бессонница)	4,71±226	4,63±1,95	4,04±2,2	4,75±2,31
15. Судьба	4,38±2,35	3,47±1,92	3,35±2,33	3,93±2,15
16. Проблемы с печенью	2,14±1,71	1,89±1,15	2,38±1,81	2,86±2,25
17. Слишком много обязательств перед другими	3,9±2,11	3,42±2,29	3,58±2,8	3,54±2,09
18. Неудачи	3,95±2,13	3,53±2,19	3,54±2,31	3,29±2,19
19. Отсутствие благословения или помощи предков (умерших членов семьи)	3,33±2,53	1,84±1,16	2,58±2,17	2,14±1,6
20. Характер	4,52±2,06	3,89±1,99	4,76±1,85	3,29±1,94
21. Дисфункция в балансе или обмене энергии	3,19±2,13	3,28±1,8	3,35±2,29	3,37±2
22. Значительные изменения в жизни (например, переезд на новое место, новая работа)	3,76±2,48	1,88±1,26	3,77±2,1	3,68±2,4
23. Слишком много волнения	4,86±2,12	5,11±1,53	5,38±1,55	4,71±2,03
24. Генетика	2,71±2,19	2,82±1,91	4,19±2,17	3,04±2
25. Трудности у близких членов семьи (например, концерт у ребенка в школе, здоровье родителей)	4,00±2,36	3,56±2,4	3,54±1,9	3,89±2,25
26. Загрязнение окружающей среды	3,00±2,3	2±1,6	2,85±2,03	3,00±2,29
27. Неудачные решения, принятые в прошлом	3,86±2,03	2,94±2,15	4,04±2,27	4,04±1,93

28. Гормональный дисбаланс	3,19±2,5	2,71±1,79	2,81±1,83	3,07±2,05
29. Неправильное соблюдение религиозных обрядов	1,67±1,15	1,56±1,29	1,65±1,16	2,14±1,69
30. То, как я справляюсь с переживаниями	4,33±2,1	4,53±1,5	4,77±1,94	4,19±2,16
31. Сексуальная жизнь, неодобряемая обществом (например, роман на стороне, секс с проститутками)	1,43±1,07	1,61±1,19	1,54±1,1	2,32±1,96
32. Детские впечатления	2,71±2	2,94±2,1	3,58±2,24	2,39±1,72
33. Наркотики или алкоголь	2,95±2,74	1,44±1,04	2,04±1,84	2,21±1,98
34. Проблемы с сердцем	3,1±2,25	2,11±1,67	2,58±1,94	3,00±2,12

ПРИЛОЖЕНИЕ М

Средние показатели выраженности наиболее вероятных отдельных последствий депрессии в клинических группах

Клинические группы	Последствия депрессии	Среднее $\pm$ Ср-кв откл
Синдром зависимости	улучшение с течением времени	4,5 $\pm$ 0,37
	близкие позволяют вам тратить больше времени на себя	4,9 $\pm$ 0,36
	забота о близких людях	5,9 $\pm$ 0,19
	чувство стыда	4,15 $\pm$ 0,32
Невротические расстройства	улучшение с течением времени	5,05 $\pm$ 0,35
	близкие позволяют вам тратить больше времени на себя	4,95 $\pm$ 0,34
	забота о близких людях	5,47 $\pm$ 0,41
	нарушение гармонии в семье (н-р, частые конфликты	4,09 $\pm$ 0,45
Шизотипические расстройства	низкая самооценка, низкая самоценность	4,04 $\pm$ 0,36
	социальная изоляция или одиночество	4,15 $\pm$ 0,37
	возможность временно не работать	4,15 $\pm$ 0,35
	близкие позволяют вам тратить больше времени на себя	4,5 $\pm$ 0,25
	негативная репутация	4,27 $\pm$ 0,4
	забота о близких людях	4,92 $\pm$ 0,33
	вероятность сделаться обузой семье и близким	4,15 $\pm$ 0,37
	чувство повышенного сострадания к трудностям других людей	4,88 $\pm$ 0,27
	потеря работы, увольнение с работы	4,07 $\pm$ 0,48
Аффективные расстройства	улучшение с течением времени	4,79 $\pm$ 0,33
	неспособность достичь личные цели	4 $\pm$ 0,39
	возможность временно не работать	4,32 $\pm$ 0,44
	близкие позволяют вам тратить больше времени на себя	4,46 $\pm$ 0,38

	забота о близких людях	5,57±0,3
	чувство повышенного сострадания к трудностям других людей	4,68±0,33

Отчет о проверке на заимствования №1



Автор: Воеводина Мария Дмитриевна maryvovodina@mail.ru / ID: 3351568

Проверяющий: Воеводина Мария Дмитриевна (maryvovodina@mail.ru / ID: 3351568)

Отчет предоставлен сервисом «Антиплагиат» - <https://users.antiplagiat.ru>

ИНФОРМАЦИЯ О ДОКУМЕНТЕ

№ документа: 31
Начало загрузки: 20.01.2019 19:51:10
Длительность загрузки: 00:00:04
Имя исходного файла: Дипломная работа_Воеводина М.Д
Размер текста: 201 кБ
Символов в тексте: 163386
Слов в тексте: 17810
Число предложений: 1461

ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОТЧЕТЕ

Последний готовый отчет (ред.)
Начало проверки: 20.01.2019 19:51:14
Длительность проверки: 00:00:05
Комментарии: не указано
Модуль поиска: Модуль поиска Интернет, Цитирование

ЗАИМСТВОВАНИЯ

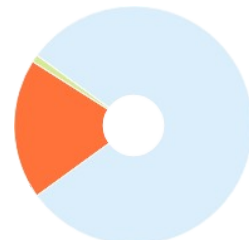
19,1%

ЦИТИРОВАНИЯ

0,11%

ОРИГИНАЛЬНОСТЬ

80,79%



Заимствования — доля всех найденных текстовых пересечений, за исключением тех, которые система отнесла к цитированиям, по отношению к общему объему документа.
Цитирования — доля текстовых пересечений, которые не являются авторскими, но система посчитала их использование корректным, по отношению к общему объему документа. Сюда относятся оформленные по ГОСТу цитаты; общеупотребительные выражения; фрагменты текста, найденные в источниках из коллекций нормативно-правовой документации.
Текстовое пересечение — фрагмент текста проверяемого документа, совпадающий или почти совпадающий с фрагментом текста источника.
Источник — документ, проиндексированный в системе и содержащийся в модуле поиска, по которому проводится проверка.
Оригинальность — доля фрагментов текста проверяемого документа, не обнаруженных ни в одном источнике, по которым шла проверка, по отношению к общему объему документа.
Заимствования, цитирования и оригинальность являются отдельными показателями и в сумме дают 100%, что соответствует всему тексту проверяемого документа.
Обращаем Ваше внимание, что система находит текстовые пересечения проверяемого документа с проиндексированными в системе текстовыми источниками. При этом система является вспомогательным инструментом, определение корректности и правомерности заимствований или цитирований, а также авторства текстовых фрагментов проверяемого документа остается в компетенции проверяющего.

№	Доля в отчете	Доля в тексте	Источник	Ссылка	Актуален на	Модуль поиска	Блоков в отчете	Блоков в тексте
[01]	9,68%	9,68%	Скачать полнотекстовую версию	http://journals.tsu.ru	01 Сен 2017	Модуль поиска Интернет	195	198
[02]	1,73%	2,01%	Features of cognitive resources of coping..	http://journals.tsu.ru	21 Ноя 2016	Модуль поиска Интернет	24	30
[03]	1,44%	1,82%	Бохан Т.Г., Счастный Е.Д., Терехина О.В..	http://mir-nauki.com	16 Июл 2017	Модуль поиска Интернет	32	43
[04]	1,15%	1,25%	Перфекционизм как личностный факт...	https://psibook.com	02 Мар 2018	Модуль поиска Интернет	19	19
[05]	0,86%	0,86%	"Сибирский вестник психиатрии и нар...	http://psychiatr.ru	07 Окт 2016	Модуль поиска Интернет	25	25
[06]	0,8%	0,8%	http://cfpd.amursu.ru/attachments/artic...	http://cfpd.amursu.ru	28 Ноя 2016	Модуль поиска Интернет	26	26
[07]	0,64%	0,71%	http://serbsky.ru/wp-content/uploads/2...	http://serbsky.ru	23 Окт 2018	Модуль поиска Интернет	11	12
[08]	0,34%	0,47%	Алкогольная зависимость и коморбид..	http://medical-diss.com	06 Авг 2017	Модуль поиска Интернет	6	11
[09]	0,44%	0,44%	PDF hosted at the Radboud Repository o..	http://repository.ubn.ru.nl	10 Авг 2017	Модуль поиска Интернет	4	4
[10]	0,37%	0,44%	Consilium Medicum	http://consilium-medicum.com	раньше 2011	Модуль поиска Интернет	7	9
[11]	0,34%	0,44%	https://esu.citis.ru/dissertation/C5IEEQ8...	https://esu.citis.ru	20 Мар 2018	Модуль поиска Интернет	6	8
[12]	0,31%	0,38%	К проблеме выявления депрессий, наб..	http://t-pacient.ru	09 Сен 2016	Модуль поиска Интернет	5	6
[13]	0,32%	0,34%	ДиссертацияДата размещения: 15 апр...	http://nncn.ru	23 Ноя 2016	Модуль поиска Интернет	9	10
[14]	0,24%	0,29%	Download PDF	https://research-journal.org	03 Авг 2017	Модуль поиска Интернет	3	5
[15]	0,08%	0,27%	КД387	http://rostgmu.ru	28 Ноя 2016	Модуль поиска Интернет	2	6
[16]	0,19%	0,19%	не указано	http://publ.lib.ru	раньше 2011	Модуль поиска Интернет	4	4
[17]	0,04%	0,11%	http://www.ipras.ru/engine/documents/...	http://ipras.ru	14 Сен 2018	Модуль поиска Интернет	1	3
[18]	0,06%	0,09%	Сборник тезисов	http://mental-health.ru	05 Дек 2016	Модуль поиска Интернет	3	4
[19]	0,08%	0,08%	Диссертация	http://cmrvsm.ru	15 Ноя 2017	Модуль поиска Интернет	2	2
[20]	0,01%	0,07%	Загрузить	http://psylib.myword.ru	14 Ноя 2017	Модуль поиска Интернет	1	1

Текст документа

Министерство образования и науки Российской Федерации
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ТОМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ (НИ ТГУ)

Факультет психологии
Кафедра генетической и клинической психологии
ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ В ГЭК

Руководитель ООП
д-р психол. наук, профессор
_____ Н.В. Козлова

« ____ » _____ 2019 г.

ДИПЛОМНАЯ РАБОТА
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕПРЕССИИ У ЛИЦ С
ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ С КОМОРБИДНЫМ СИНДРОМОМ
ДЕПРЕССИИ

по специальности 37.05.01. – Клиническая психология
Воеводина Мария Дмитриевна

Руководитель
д-р психол. наук, профессор
_____ Т. Г. Бохан

Автор работы
_____ М. Д. Воеводина

Томск-2019

2

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ..... 4

Глава 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРЫ.....8

2.1 Клинико-психологические проявления депрессии.....8

1.2 Проблема психологических факторов в системе этиологических факторов депрессии
.....11

1.3 Проблема депрессии и ее коморбидности с психическими расстройствами.....14

Глава 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.....18

2.1 Организация исследования..... 18

2.2 Результаты исследования..... 21

2.2.1 Особенности выраженности симптомов депрессии у лиц с психическими
расстройствами с коморбидным синдромом депрессии.....21

2.2.2 Особенности в проявлениях общего состояния здоровья (соматического,
социального, психологического) у респондентов, страдающих психическими
расстройствами.....24

2.2.3 Особенности стратегий поведения в ситуации болезни у лиц, страдающих
психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии 30

2.2.2 Особенности средств, способствующих улучшению состояния респондентов с
психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии 33

2.2.3 Особенности убеждений о причинах депрессии у лиц, страдающих
психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии..... 37

2.2.4 Особенности убеждений о последствиях депрессии у лиц, страдающих
психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии..... 41

2.2.5 Особенности стратегий эмоционального регулирования у респондентов с
психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии..... 44

2.2.6 Особенности проявления алекситимии у респондентов с психическими
расстройствами с коморбидным синдромом депрессии.....46

2.3 Общие тенденции и специфические различия в психологических проявлениях
депрессии в исследованных нозологических группах..... 47