

**Е.Д. Счастный<sup>1</sup>, Т.Г. Бохан<sup>2</sup>, Н.А. Бохан<sup>1</sup>,  
М.Д. Заикина<sup>2</sup>, О.В. Терехина<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> *Томский национальный исследовательский медицинский центр  
Российской академии наук (Томск, Россия)*

<sup>2</sup> *Томский государственный университет (Томск, Россия)*

**Стратегии поведения в ситуации болезни  
и средства, способствующие улучшению состояния  
у лиц с психическими расстройствами  
с коморбидным синдромом депрессии**

Исследование выполнено при поддержке гранта РГНФ, проект 14-06-00113  
«Влияние культуры на субъективное переживание депрессии  
и экспрессию ее признаков».

*Приводятся данные о доминирующих стратегиях поведения в ситуации болезни и средствах, способствующих улучшению психического состояния у респондентов с расстройствами настроения (F32), а также с психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии: невротические расстройства (F48), связанные со стрессом, психические расстройства, вызванные употреблением алкоголя (F10), шизотипические расстройства (F21). Показано, что полученные результаты имеют важное значение для прогноза лечения и определения задач, методов дифференцированной психологической реабилитации и профилактики нарушений психического здоровья.*

**Ключевые слова:** депрессия; коморбидность; совладающее поведение; психологическая профилактика; факторы, улучшающие состояние депрессии.

### **Введение**

В последнее десятилетие появилось множество работ, посвященных изучению проблемы совладающего поведения (копинга), которое направлено на повышение адаптации личности к среде. Неправильное совладание человека со стрессом может приводить к формированию психопатологии, могут зарождаться навязчивые мысли, выражающиеся в непрерывном контроле за предотвращением потенциально опасной ситуации и различных фобий. Пациенты, страдающие различными психическими расстройствами, используют разнообразные поведенческие стратегии, способствующие совладанию с заболеванием (L. Besiroglu, R. Askin, 2004), которые включают в себя отсроченное обращение за медицинской помощью, а также за помощью к психологу. Несвоевременное обращение к специалисту может способствовать развитию депрессии, которая становится наиболее распро-

страненным недугом нашего времени. Исследователи отмечают высокую коморбидность депрессии с психическими расстройствами, которые, как предполагается, взаимосвязаны. Коморбидность двух психических расстройств может быть обусловлена рядом причин: одно из них создает условия для возникновения другого; первое является этапом развития второго; оба состояния служат результатом единого патологического процесса, а различия обусловлены влиянием внешних факторов; оба имеют общие механизмы патогенеза (H.U. Wittchen). Коморбидность буквально переводится как «соболезненность» (лат. со – вместе, morbus – болезнь). Понятие коморбидности впервые предложил A.R. Feinstein (1970), подразумеваемая под ней наличие или возможное появление в клинической картине текущего заболевания дополнительной клинической единицы. Концепция множественных расстройств, нашедшая отражение в МКБ-10 и DSM-IV, определяется возможным наличием нескольких диагностических категорий одновременно у одного и того же индивидуума. Т.А. Widiger (2000) предлагает заменить термин «коморбидность» термином «сочетанная патология» как более нейтральным в связи с разногласиями ученых относительно термина «коморбидность». При оценке распространенности случаев коморбидного сочетания психической патологии учитываются либо исключительно текущие расстройства – поперечный срез, либо дополнительно принимаются во внимание расстройства, перенесенные пациентами в течение жизни, – продольный срез [1–3] выделяет пять возможных вариантов в модели коморбидности психических заболеваний. Присутствие нескольких различных «связанных расстройств» у пациента соответствует первому варианту. Второй вариант свидетельствует о выводе вторичных расстройств из первичных, которые имеют соподчиненный характер по отношению к облигатным нарушениям – «иерархический порядок». Третьему варианту соответствует сочетание текущего психического расстройства с личностной дисгармонией – «производное личностного дефекта». Четвертый вариант объясняет развитие разнообразных психических расстройств у конкретного пациента наличием специфических биологических аномалий. При пятом варианте психические расстройства рассматриваются как типы реакций на внешние стимулы (психологической, либо биологической природы) со значительной индивидуальной вариабельностью – «отказ от нозологии». А. Б. Смулевич выделяет три типа коморбидных соотношений депрессии с другими психическими расстройствами [4]. О поглощающем типе речь идет в тех случаях, когда другие психопатологические образования являются составной частью гипотимии (типичная депрессия). При синергическом типе к депрессии присоединяются относительно независимые, но обнаруживающие аффинитет к аффективным расстройствам психопатологические знаки. Коморбидность автономного типа отражает взаимодействие депрессивных и полностью независимых от них расстройств аффективных регистров.

Неблагоприятные жизненные события повышают вероятность развития хронических депрессивных расстройств [5]. Дисфункциональные

когнитивные установки, обусловленные личностными особенностями, процессы самоконтроля и саморегулирования, негативный стиль атрибуции, недостаточно развитые социальные навыки занимают ведущую роль в структуре условий возникновения расстройств депрессивного спектра [6, 7]. Личность пациента при депрессии является одним из определяющих факторов как в развитии, так и в лечении, прежде всего психотерапии [8]. В этой связи особое место в лечении депрессивных больных занимает когнитивно-поведенческая психотерапия [9]. Когнитивно-поведенческая терапия способствует снижению уровня тревоги, депрессии и повышению качества жизни пациентов [10]. Важным моментом является то, что когнитивно-поведенческая психотерапия может использоваться в лечебной практике как самостоятельно, так и в комбинации с медикаментозной терапией. Целью психотерапии становится устранение депрессивных симптомов и научение пациента совладающему поведению в трудных жизненных ситуациях [11].

Рациональная психотерапия врача с пациентом в состоянии депрессии заключается в разъяснении причин заболевания и убеждении в возможности быстрого формирования ремиссии, исходя из текущих клинических особенностей депрессии и личностных особенностей пациента.

Важная роль отдается внутренним ресурсам пациентов в их попытках преодолеть проявления заболевания [12]. С этой целью применяют следующие подходы: самообразование по вопросам своего заболевания, самоконтроль с целью предотвращения обострений, соблюдение режима приема назначенных лекарственных препаратов и отказ от самолечения посредством злоупотребления психоактивными веществами, участие в тех видах деятельности, которые способствуют личностному росту, взаимной поддержке; возможность восполнить пропущенные стадии развития посредством обучения или профессиональной подготовки, а также стремление изменить личное отношение к заболеванию от полного его отрицания к признанию и принятию.

Проблема сочетания психических расстройств и депрессии влечет за собой негативные последствия как для пациента, так и для его близких. Поэтому особенно актуальным является определение факторов, способствующих улучшению состояния в клинических группах, которое необходимо для раннего выявления коморбидности и оказания помощи населению.

Цель исследования: выявить особенности поведения и средства, способствующие улучшению состояния, в представлении респондентов, страдающих психическими расстройствами. Выборку составили 98 человек в возрасте от 20 до 80 лет, страдающие психическими расстройствами и находящиеся на стационарном лечении: с расстройствами настроения F32 – 31 человек, а также с психическими расстройствами (F48, F10, F21 по МКБ–10) с коморбидным синдромом депрессии: невротические расстройства, связанные со стрессом F48, – 25 человек, психические расстройства, вызванные употреблением алкоголя F10, – 21 человек, шизотипические расстройства F21 – 21 человек.

Методы исследования: опросники «Стратегии поведения в ситуации болезни» и «Средства, способствующие улучшению состояния» (А. Райдер, Канада, ун-т Конкордия). Методы статистической обработки: описательная статистика, сравнительный анализ (критерий Краскела–Уоллиса, критерий Манна–Уитни), факторный анализ. Опросник «Стратегии поведения в ситуации болезни» включает 71 утверждение относительно способов поведения в ситуации болезни, состояния депрессии. Эти способы поведения можно отнести к таким стратегиям, как: «социальная поддержка», «диссимилиация», «пессимизм», «принятие наркотических средств», «самообвинение», «переключение», «агрессия», «сосредоточение на решении проблемы», «положительная переоценка», «эмоциональная регуляция и самоподдержка». Респондентам было предложено оценить степень вероятности использования данных способов поведения при регуляции состояния депрессии от 1 до 3 баллов. 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. Опросник «Средства, способствующие улучшению состояния» включает 28 видов средств, которые, по мнению респондентов, способствуют улучшению их психического состояния. Среди этих средств – медикаментозные средства, средства нетрадиционной медицины, релаксация, социальная поддержка, самоосознание и саморазвитие, регуляция режима работы и отдыха, религия. Респондентам предлагается оценить у себя степень (от 0 до 7 баллов) вероятности помощи этих средств в улучшении психического состояния. При обработке данных учитывалось, что значения 5,5 баллов и выше указывают на вероятность эффективности данного средства для улучшения состояния.

## **Результаты**

Наиболее вероятными 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 люди увидят, кто я на самом деле», «Думаю, что моим друзьям надоело и я, и мои проблемы», «Думаю, что никто не хочет быть рядом со мной из-за моего настроения». То есть для всех респондентов с психическими расстройствами характерно избегание своих чувств (диссимилиация), отсутствие энергии, сниженная социальная самооценка.

Переживания по поводу того, что члены семьи и друзья могут испытывать из-за них чувство неловкости, характерны для респондентов с невротическими, шизотипическими и аффективными расстройствами. Мысли о том, что не оправдают надежды своих близких и друзей, более вероятны у респондентов, страдающих алкогольной зависимостью и шизотипическими расстройствами.

Стратегия защиты в ситуации болезни, проявляющаяся в уходе в мечты и фантазии, переключении на что-то приятное для себя, а также

фиксация на сожалении о неразрешенности лучшим образом недавней ситуации более вероятны для респондентов с синдромом зависимости и аффективными расстройствами. На принятие лекарств, чтобы почувствовать себя лучше, указывают в большей мере респонденты с неврозами и алкоголизмом.

Стратегия анализа последних событий с целью попытаться понять причины депрессии более выражена в группах респондентов с синдромом зависимости, невротическими и аффективными расстройствами. Респондентам с неврозами и аффективными расстройствами более свойственна и такая стратегия, как попытка разобраться в своем характере, в тех его проявлениях, которые связаны с депрессией.

Согласно результатам кластерного анализа в клинических группах было выделено два наиболее значимых кластера (табл. 1).

Т а б л и ц а 1  
Распределение респондентов клинических групп по кластерам  
(% количества респондентов в клинической группе)

Нозологические группы	Синдром зависимости	Невротические расстройства	Шизотипические расстройства	Аффективные расстройства
1-й кластер	14,3	52,0	61,9	25,8
2-й кластер	85,7	48,0	38,1	74,2

Как видно из табл. 1, большинство респондентов с синдромом зависимости и аффективными расстройствами попали в кластер 2. Примерно равное количество респондентов с невротическими расстройствами вошло в кластер 1 и кластер 2. Большее количество респондентов с шизотипическими расстройствами представлено в кластере 1. В результате сравнительного анализа выявлены следующие значимые различия между респондентами этих кластеров по критерию особенностей стратегий поведения в ситуации болезни. Значимо более выражены в кластере 1, чем в кластере 2, следующие стратегии: «Не буду думать о том, что я чувствую» ( $p = 0,039$ ), «Думаю, насколько нужно сосредоточиться» ( $p = 0,000$ ), «Думаю, что люди увидят, кто я на самом деле» ( $p = 0,001$ ), «Думаю о том, как же неловко за меня моей семье / друзьям / половинке» ( $p = 0,001$ ), «Думаю, что моим друзьям надоели и я, и мои проблемы» ( $p = 0,000$ ), «Думаю, что никто не хочет быть рядом со мной из-за моего настроения» ( $p = 0,000$ ), «Молюсь» ( $p = 0,004$ ).

Более выражены во кластере 2 следующие стратегии: **социальной поддержки** («Прошу кого-нибудь помочь мне преодолеть проблемы» ( $p = 0,028$ ), «Думаю о том, как кто-то, уважаемый мной человек, справился бы с данной ситуацией» ( $p = 0,022$ ), «Делаю что-то интересное с другом / подругой» ( $p = 0,041$ ), «Обсуждаю это с кем-то, чье мнение я уважаю (друзья / семья / духовенство)» ( $p = 0,005$ )); **переживания снижения жизненной энергии** («Думаю о том, насколько одиноким я себя чувствую»

( $p = 0,000$ ), «Думаю о том, что не смогу выполнить свою работу, потому что плохо себя чувствую» ( $p = 0,000$ ), «Думаю о том, что чувствую усталость и что мне нездоровится» ( $p = 0,000$ ), «Чувствую себя бездельным и пассивным» ( $p = 0,016$ ), «Думаю, что не чувствую в себе сил что-либо делать» ( $p = 0,000$ ); **анализа** («Анализирую последние события, чтобы попытаться понять, почему нахожусь в депрессии» ( $p = 0,001$ ), «Думаю о том, почему я не могу приступить к работе» ( $p = 0,000$ ), «Анализирую свой характер, чтобы попытаться понять, почему нахожусь в депрессии» ( $p = 0,003$ ), «Думаю, почему я всегда реагирую таким образом» ( $p = 0,000$ ), «Уединяюсь, чтобы подумать о причинах грусти» ( $p = 0,0200$ ), «Пробую разобраться в себе, сосредоточившись на своих чувствах» ( $p = 0,001$ )); **защиты в виде отвлечения** («Смотрю телевизор, чтобы отвлечься» ( $p = 0,016$ ), «Делаю что-нибудь безрассудное или опасное» ( $p = 0,000$ ), ухода от осознания своих чувств («Отрицаю свои чувства» ( $p = 0,000$ ), «Иду спать, чтобы избежать своих чувств» ( $p = 0,000$ ), «Думаю о том, что мне кажется, что я больше ничего не чувствую» ( $p = 0,000$ ), «Принимаю лекарства, чтобы почувствовать себя лучше» ( $p = 0,002$ ), «Сознательно делаю что-то, чтобы почувствовать себя еще хуже» ( $p = 0,013$ ), «На кого-то сержусь» ( $p = 0,000$ )); **фиксация на негативном опыте прошлого** («Вспоминаю недавнюю ситуацию, жалея, что она не разрешилась лучшим образом» ( $p = 0,000$ ), «Думаю насколько мне грустно» ( $p = 0,000$ ), «Думаю обо всех своих провалах, неудачах, недостатках, ошибках» ( $p = 0,000$ ), «Вспоминаю о прежних эпизодах депрессии» ( $p = 0,000$ ), «Думаю, что видимо у меня в жизни серьезные проблемы иначе я не чувствовал бы себя таким образом настолько часто» ( $p = 0,000$ )); **низкая самооценка и самообвинение** («Думаю о том, что все порчу» ( $p = 0,000$ ), «Думаю, что я испортил еще один учебный год/работу/отношения» ( $p = 0,009$ ), «Думаю, почему у меня такие проблемы, каких нет у других» ( $p = 0,000$ ), «Думаю, почему я не справлюсь с этим лучше» ( $p = 0,000$ ), «Думаю, что не оправдываю надежд бога» ( $p = 0,031$ ), «Думаю о том, что я сержусь на самого себя» ( $p = 0,000$ )).

На основании выявленных особенностей стратегий поведения в ситуации болезни респондентов первой кластерной группы можно охарактеризовать как тип с низкой социальной самооценкой, избегающий осознания своих чувств и надеющийся на молитву. Респонденты второй кластерной группы могут быть представлены как тип, нуждающийся в социальной поддержке, с фиксацией на прошлом негативном опыте, с низкой жизненной энергией и пассивностью, низкой самооценкой себя как субъекта деятельности и самообвинением, руководствующийся стратегией защиты, склонный к анализу ситуации и собственных характеристик.

Согласно описательной статистике данных, полученных с помощью опросника «Средства, способствующие улучшению состояния» (табл. 2), к вероятным средствам, которые помогают улучшить состояние, большинство респондентов с синдромом зависимости относят: наличие отдыха (больше количество сна), время, проведенное с друзьями и близкими, фи-

зическую активность или физические упражнения, а также позитивное мышление. Для многих респондентов с невротическими расстройствами такими наиболее вероятными средствами выступают: большее количество часов отдыха (сна) и время, проведенное с друзьями и близкими. Вероятными средствами, помогающими улучшить состояние, для большинства респондентов с шизотипическими расстройствами являются консультирование или психотерапия и позитивное мышление. Многие респонденты с аффективными расстройствами считают, что их выздоровлению будет способствовать время, проведенное с друзьями и близкими.

Т а б л и ц а 2

**Результаты описательной статистики показателей наиболее вероятных средств, способствующих улучшению состояния респондентов**

Группа респондентов	Средства	Среднее значение	Медиана	Мода	Эксцесс
С синдромом зависимости	Отдых, больше сна	5,95	6,00	6	4,017
	Время, проведенное с друзьями и близкими	5,68	6,00	7	0,543
	Больше физической активности	5,58	6,00	6	2,895
	Позитивное мышление	5,68	6,00	6	1,498
С невротическими расстройствами	Отдых, больше сна	5,52	6,00	5	3,016
	Время, проведенное с друзьями и близкими	5,57	6,00	6	0,020
С шизотипическими расстройствами	Консультирование или психотерапия	5,50	6,00	6	2,883
	Позитивное мышление	5,55	6,00	6	,583
С аффективными расстройствами	Время, проведенное с друзьями и близкими	5,46	6,00	6	2,474

В связи с показателями асимметрии и эксцесса, по которым можно предположить, что значения отличаются от нормального распределения, были определены критерии статистического сравнительного анализа Краскела–Уоллиса и Манна–Уитни. Методом сравнительного анализа с помощью критерия Краскела–Уоллиса обнаружены статистически значимые различия в средствах, улучшающих состояние респондентов: «время, проведенное с друзьями и близкими» ( $p = 0,032$ ) и «массаж биологически активных точек (акупрессура)» ( $p = 0,015$ ).

Методом попарного сравнительного анализа с помощью критерия Манна–Уитни установлено, что у респондентов с диагнозом алкоголизм ( $U = 104,000$ ,  $p = 0,013$ ), невротизм ( $U = 139,500$ ,  $p = 0,023$ ) и аффективные расстройства ( $U = 144,500$ ,  $p = 0,020$ ) 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)» в большей степени способно улучшить состояние респондентов в группе с синдромом алкоголизма, чем респондентов с диагнозами шизофрения ( $U = 89,500$ ,  $p = 0,004$ ) и аффективные расстройства ( $U = 129,000$ ,  $p = 0,014$ ). Остальные средства не обнаружили значимых различий.

Для выявления латентных взаимосвязей средств, способствующих улучшению эмоционального состояния респондентов всех групп, был использован метод факторного анализа методом вращения варимакс с нормализацией Кайзера. В результате выделено 8 значимых факторов (F). Определена латентная факторная структура системы средств, способствующих, по мнению респондентов, улучшению их состояния. Факторы получили условные названия по их смысловому наполнению, общая кумулятивная дисперсия составляет 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 следующие показатели: «массаж биологически активных точек кожи (акупрессура)» (0,837), «иглоукальвание» (0,738), которые можно условно назвать *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 *отдых и общение с близкими*.

Фактор F7 представлен показателями «улучшение питания» (0,748), «народная медицина (например, фитотерапия, самолечение)» (0,680), «ожидание того, что депрессия уйдет» (0,541); соответственно этому наполнению он 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*.

### Обсуждение

Анализ особенностей поведения в ситуации болезни показал, что для всех респондентов с психическими расстройствами характерны уход от своих чувств (диссимиляция), снижение жизненной энергии и низкая социальная самооценка. При этом респонденты с невротическими и аффективными расстройствами переживают больше за чувство неловкости, которое могут испытывать из-за них их близкие, в то время как респонденты с синдромом зависимости переживают, что не оправдывают надежд своих близких. Для лиц с шизотипическими расстройствами характерны оба типа переживаний. Лица с синдромом зависимости в ситуации болезни склонны использовать стратегию защиты и приема лекарств. К стратегии защиты прибегают многие респонденты с аффективными расстройствами, в то время, как респонденты с невротическими расстройствами принимают лекарства. Лица с синдромом зависимости, невротическими и аффективными расстройствами способны к анализу причин депрессии, при этом респонденты с невротическими и аффективными расстройствами пытаются найти эти причины в себе, своем характере, что не отмечается у лиц с синдромом зависимости.

Выявленные типы респондентов по критерию особенностей стратегий поведения в ситуации болезни могут свидетельствовать, что первый тип с низкой социальной самооценкой, избегающий осознания своих чувств и надеющийся на молитву может быть представлен большинством респондентов с диагнозом шизофрения, а также одной второй частью респондентов с неврозами. Большинство респондентов с синдромом алкоголизма и аффективными расстройствами принадлежат ко второму типу, который характеризуется, как нуждающийся в социальной поддержке, с низкой жизненной энергией и пассивностью, низкой самооценкой себя как субъекта деятельности, самообвинением, руководствующийся стратегией защиты, фиксацией на прошлом негативном опыте, но склонный к рефлексии. Выявленные стратегии могут выступать как факторами, усугубляющими состояние депрессии, так и являться ресурсами для совладания с бо-

лезню. Так, для первого типа респондентов низкая социальная самооценка, избегание своих чувств могут рассматриваться как неэффективные стратегии поведения. В то же время обращение к молитве может являться для больных психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии психологически важным ресурсом самоподдержки, что согласуется с литературными данными [13–15]. Для типа респондентов затруднять совладание с состояниями депрессии могут такие стратегии, как отсутствие социальной поддержки, фиксация на прошлом негативном опыте, отсутствие физических сил и жизненной энергии, инертность и пассивность, самообвинение, а также различные стратегии защиты. Однако их стремление разобраться в ситуации, причинах, собственных характеристиках, связанных с депрессией, можно рассматривать в качестве позитивного реабилитационного потенциала.

Выявленные характеристики типов имеют значение для дифференцированной психокоррекционной, психотерапевтической и психопрофилактической работы. Они позволяют определить задачи медико-психологической помощи, мишени психологической диагностики и реабилитации для каждой нозологической группы. Так, например, для выявленного первого типа респондентов задачами психологической помощи могут являться коррекция низкой социальной самооценки, повышение возможностей их социальной адаптации, осознания и принятия своих чувств, умение управлять своими чувствами. Для второго типа важным направлением психологической помощи могут стать создание условий для улучшения физического состояния, повышения жизненной энергии, личностной активности, оказание социальной поддержки, помощь в осознании своих достоинств и успехов в определенной деятельности, в самоосознании себя в возникающих трудных ситуациях. Данные направления психологической помощи согласуются с теми средствами, которые, по мнению респондентов, способствуют улучшению их состояния.

Большое значение для определения задач и методов медико-психологической и социальной помощи больным с психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии имеют представления о средствах, помогающих улучшить состояние. В каждой нозологической группе были определены наиболее вероятные средства, способствующие улучшению их состояния. Однако значимые различия были выявлены только в двух средствах: «время, проведенное с друзьями и близкими» и «массаж биологически активных точек» (акупрессура). По сравнению со всеми группами лица с шизотипическими расстройствами в меньшей мере рассматривают возможность улучшить свое состояние с помощью общения с близкими и друзьями. Для респондентов этой группы, как было показано выше, характерна низкая социальная самооценка, которая проявляется тотально во всех стратегиях поведения, связанных с социальными контактами. При этом наиболее вероятным средством, улучшающим их состояние, они считают психотерапию и позитивное мышление, что может быть связано с обращением к религии, как было показано выше. Более чувстви-

тельными к акупунктуре и в целом к средствам нетрадиционной медицины (согласно факторному анализу), способствующим улучшению состояния, оказались лица с синдромом алкоголизма.

Выделено восемь значимых факторов, способствующих улучшению состояния данной выборки респондентов: познание себя через общение с близкими людьми; духовная основа самопознания, самоосознания и само совершенствования; 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.

Выявленные факторы в сопоставлении их с наиболее вероятными средствами, способствующими улучшению состояния представителей определенных групп, позволяют: выделить наиболее эффективные для конкретной группы респондентов роичины, улучшающие их состояние, спрогнозировать динамику состояний в определенных условиях жизни респондентов, выявить дефициты средств, затрудняющих эффективное совладание с состояниями депрессии, а также осуществить дифференцированную психологическую помощь, направленную на восполнение дефицитов средств, способствующих улучшению состояния, актуализацию имеющихся наиболее вероятных способов помощи, задействование ресурса средств, прямо связанных в факторе как с имеющимися, так и с дефицитными средствами, способствующими улучшению состояния респондентов.

#### **Выводы:**

1. В клинических группах респондентов с психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии выявлены наиболее вероятные способы поведения при формировании депрессии.

2. На основе кластерного анализа определены два типа респондентов по критерию особенностей стратегий поведения в ситуации болезни.

3. Выявлена латентная факторная структура средств, способствующих улучшению состояния в представлении респондентов, страдающих психическими расстройствами коморбидной депрессии.

4. Данные, полученные в результате исследования, могут быть положены в основу дифференцированной психологической помощи лицам, страдающим психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии.

#### *Литература*

1. Sanderson W.C., Beck A.T., Beck J. Syndrome comorbidity in patients with major depression or dysthymia: prevalence and temporal relationships // *Am. J. Psychiatry.* 1990. № 147. P. 1025–1028.
2. Bruce S.E., Yonkers K.A., Otto M.W. et al. Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study // *Am. J. Psychiatry.* 2005. № 162 (6). P. 1179–1187.

3. Van Praag H.M. Comorbidity (psycho) analysed // Br. J. Psychiatry. 1996. № 30. P. 129–134.
4. Смулевич А.Б. Дифференцированная терапия при депрессиях и коморбидной патологии // Психиатрия и психофармакотерапия. 2001. № 3. С. 3–7.
5. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. М. : Практическая медицина, 2011. 432 с.
6. Beck A.T., Beck R.W. Screening depressed patients in family practice: a rapid technic // Postgraduate Medicine. 1972. № 52. P. 81–85.
7. Newton-Howes G., Tyrer P., Johnson T. Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies of depression: meta-analysis of published studies // Brit. J. Psychiatr. 2006. № 188. P. 13–20.
8. Филимонова А.Н. Аффективно-когнитивный стиль репрезентации межличностной коммуникации при депрессивных расстройствах // Психологический журнал. 2010. Т. 31, № 2. С. 66–76.
9. Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра. М. : Медпрактика-М, 2011. 480 с.
10. Kunik M.E., Veazey C., Cully J.A. et al. COPD education and cognitive behavioral therapy group treatment for clinically significant symptoms of depression and anxiety in COPD patients: a randomized controlled trial // Psychol. Med. 2008. № 38 (3). P. 385–396.
11. Ташлыков В.А. Психологическая защита у больных неврозами и с психосоматическими расстройствами: пособие для врачей. СПб. : МАПО, 1997. 23 с.
12. Hatfield A.B., Lefley H.P. Learning to manage the illness and avoid relapse // Surviving mental illness: Stress, Coping and Adaptation. New York ; London : The Guildford Press, 1993. Vol. 13. P. 154–168.
13. Полищук Ю.И. Значение религиозной веры в преодолении реакций горя в позднем возрасте // Психиатрия и религия на стыке тысячелетий. Харьков, 2006. С. 95–96.
14. Воскресенский Б.А. Духовное как социотерапевтический фактор // Независимый психиатрический журнал. 2004. № 4. С. 2–26.
15. Полищук Ю.И. Значение религиозной веры как лечебного и реабилитационного фактора при психических расстройствах непсихотического уровня // Независимый психиатрический журнал. 2004. № 4. С. 63–67.

*Поступила в редакцию 26.12.2016 г.; принята 06.03.2017 г.*

**Сведения об авторах:**

**Счастный Евгений Дмитриевич**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделением аффективных состояний НИИ психического здоровья Томского НИМЦ (Томск, Россия). E-mail: evgeny.schastnyy@gmail.com

**Бохан Татьяна Геннадьевна**, доктор психологических наук, доцент, заведующая кафедрой психотерапии и психологического консультирования Томского государственного университета (Томск, Россия). E-mail: btg960@sibmail.com

**Бохан Николай Александрович**, доктор медицинских наук, профессор, директор НИИ психического здоровья Томского НИМЦ (Томск, Россия). E-mail: redo@mail.tomsynet.ru

**Заикина Мария Дмитриевна**, студентка факультета психологии Томского государственного университета (Томск, Россия). E-mail: zaikina-95@mail.ru

**Терехина Ольга Владимировна**, аспирантка кафедры психотерапии и психологического консультирования Томского государственного университета (Томск, Россия). E-mail: doterekhina@mail.ru

**THE BEHAVIOR STRATEGIES IN SITUATIONS OF DISORDER AND MEASURES CONTRIBUTING HEALTH CONDITIONS OF PATIENTS WITH MENTAL ILLNESSES COMBINED WITH COMORBID DEPRESSION SYNDROME**

*Siberian journal of psychology*, 2017, 64, 120–133. DOI: 10.17223/17267080/64/8

**Schastnyy Evgeniy D.**, Tomsk National Research Medical Center of Russian Academy of Sciences "Mental Health Research Institute" (Tomsk, Russian Federation). E-mail: evgeny.schastnyy@gmail.com

**Bokhan Tatiana G.**, Tomsk State University (Tomsk, Russian Federation). E-mail: btg960@sibmail.com

**Bokhan Nikolay A.**, Tomsk National Research Medical Center of Russian Academy of Sciences "Mental Health Research Institute" (Tomsk, Russian Federation). E-mail: redo@mail.tomsknet.ru

**Zaikina Mariya D., Terekhina Olga V.**, Tomsk State University (Tomsk, Russian Federation). E-mail: zaikina-95@mail.ru; doterekhina@mail.ru

**Key words:** depression; comorbidity; coping behavior; psychological preventive maintenance; factors that improve the state of depression.

In the past decade many studies consider the problems of coping behaviour, which is aimed at improving an individual adaptation to the environment. Wrong coping with stress can lead to the formation of psychopathology. Patients suffering from various mental disorders use a variety of behavioral strategies that facilitate coping with a disease, which include delayed seeking medical help as well as the assistance of a psychologist. Untimely visit to a specialist could aggravate depression, which is currently the most common disorder. The researchers register high comorbidity of depression with mental disorders, which are supposed to be interrelated. The problem of mental illness combined with depression entails negative consequences for patients and their families. Therefore it is relevant to identify factors contributing to the improvement of psychological health of patients in clinical groups, which is necessary for early detection of comorbidity and therapeutic assistance to population.

Objective of the study: to reveal characteristics of behaviors and measures contributing health conditions in the representation of respondents with mental disorders. The sample includes 98 people from 20 to 80 years of age suffering mental disorders and being hospitalized.

Methods and techniques: "Strategy of behavior in situations of illness" and "Factors improving psychological state of being" (A. Ryder, Canada, University of Concordia).

In clinical groups among respondents with mental disorders most probable ways of behavior in the process of formation of depression were identified. The analysis of the behavior showed that all respondents with mental disorders are characterized with: a withdrawal from their senses (dissimulation), reduced vitality, and low social self-esteem. We revealed the latent factor structure of the means contributing to the improvement of mental state of respondents with mental disorders combined with comorbid depression syndrome. Based on cluster analysis two types of respondents were identified according to the criterion of behavior strategies in the disease situation. The issues relating to psychological assistance for people suffering from mental disorders were also identified.

### *References*

1. Sanderson, W.C., Beck, A.T. & Beck, J. (1990) Syndrome comorbidity in patients with major depression or dysthymia: prevalence and temporal relationships. *American Journal of Psychiatry*. 147. pp. 1025–1028. DOI: 10.1176/ajp.147.8.1025
2. Bruce, S.E., Yonkers, K.A., Otto, M.W. et al. (2005) Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. *American Journal of Psychiatry*. 162(6). pp. 1179–1187. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.6.1179
3. Van Praag, H.M. (1996) Comorbidity (psycho) analysed. *British Journal of Psychiatry*. 30. pp. 129–134.

4. Smulevich, A.B. (2001) Differentsirovannaya terapiya pri depressiyakh i komorbidnoy patologii [Differential therapy for depression and comorbid pathology]. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya*. 3. pp. 3–7.
5. Krasnov, V.N. (2011) *Rasstroystva affektivnogo spectra* [Affective spectrum disorders]. Moscow: Prakticheskaya meditsina.
6. Beck, A.T. & Beck, R.W. (1972) Screening depressed patients in family practice: a rapid technic. *Postgraduate Medicine*. 52. pp. 81–85. DOI: 10.1080/00325481.1972.11713319
7. Newton-Howes, G., Tyrer, P. & Johnson, T. (2006) Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies of depression. *British Journal of Psychiatry*. 188. pp. 13–20. DOI: 10.1192/bjp.188.1.13
8. Filimonova, A.N. (2010) Affektivno-kognitivnyy stil' reprezentatsii mezhlchnostnoy kommunikatsii pri depressivnykh rasstroystvakh [Affective-cognitive style of the representation of interpersonal communication in depressive disorders]. *Psikhologicheskyy zhurnal*. 31(2). pp. 66–76.
9. Kholmogorova, A.B. (2011) *Integrativnaya psikhoterapiya rasstroystv affektivnogo spectra* [Integrative psychotherapy of affective spectrum disorders]. Moscow: Medpraktika-M.
10. Kunik, M.E., Veazey, C., Cully, J.A. et al. (2008) COPD education and cognitive behavioral therapy group treatment for clinically significant symptoms of depression and anxiety in COPD patients: a randomized controlled trial. *Psychol. Med.* 38(3). pp. 385–396. DOI: 10.1017/S0033291707001687
11. Tashlykov, V.A. (1997) *Psikhologicheskaya zashchita u bol'nykh nevrozami i s psikhosomatiche-skimi rasstroystvami* [Psychological protection in patients with neuroses and with psychosomatic disorders]. St. Petersburg: MAPO.
12. Hatfield, A.B. & Lefley, H.P. (1993) *Surviving mental illness: Stress, Coping and Adaptation*. Vol. 13. New York; London: The Guildford Press. pp. 154–168.
13. Polishchuk, Yu.I. (2006) Znachenie religioznoy very v preodolenii reaktsiy gorya v pozdnem vozraste [The importance of religious faith in overcome the reactions of grief in late age]. In: Petryuk, P.T. & Bragin, R.B. (eds) *Psikhiatriya i religiya na styke tysyacheletiy* [Psychiatry and Religion at the Turn of Millennia]. Kharkov: Kharkov Regional Clinical Psychiatric Hospital. pp. 95–96.
14. Voskresenskiy, B.A. (2004) Dukhovnoe kak sotsioterapevticheskiy faktor [Spiritual as a sociotherapeutic factor]. *Nezavisimyy psikhiatricheskyy zhurnal – Independent Psychiatric Journal*. 4. pp. 2–26.
15. Polishchuk, Yu.I. (2004) Znachenie religioznoy very kak lechebnogo i reabilitatsionnogo faktora pri psikhicheskikh rasstroystvakh nepsikhoticheskogo urovnya [The importance of religious faith as a treatment and rehabilitation factor in mental disorders of the nonpsychotic level]. *Nezavisimyy psikhiatricheskyy zhurnal – Independent Psychiatric Journal*. 4. pp. 63–67.

Received 26.12.2016;

Accepted 06.03.2017