

Трансформація особливостей особистості та копінг-стратегій залежно від тривалості рекурентного депресивного розладу

Каленська Г.¹, Марута Н.¹, Федченко В.¹, Панко Т.¹

¹ДУ "Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України"

Анотація

Актуальність. Висока поширеність рекурентних депресивних розладів та вираженість медико-соціальних наслідків перебігу депресій у вигляді хроніфікації, рецидивування, резистентності, порушень соціального функціонування, якості життя та суїцидальної поведінки ставлять проблему в ранг найбільш актуальних, що потребують вивчення в плані ранньої діагностики та оцінки стану в залежності від тривалості захворювання.

Методи. Використовувався комплексний підхід, що включав клініко-психопатологічний, психодіагностичний та статистичний методи. Для реалізації поставленої мети були обстежені 40 хворих на рекурентні депресивні розлади, до групи порівняння увійшли 35 осіб без психічних розладів.

Результати. Структура клініко-психопатологічних проявів депресивного спектру у хворих на рекурентні депресивні розлади характеризувалася наявністю афективних, мотиваційно-вольових, когнітивних, психомоторних та соматичних порушень. Серед особистісних особливостей хворі на рекурентний депресивний розлад відрізнялись більшою актуалізацією неадаптивних копінг-стратегій та низькими показниками самоактуалізації.

Висновок. Отримані дані слід враховувати при проведенні діагностичних та психотерапевтичних заходів з хворими на рекурентний депресивний розлад.

Ключові слова: рекурентний депресивний епізод, копінг-стратегії, особливості особистості, самоактуалізація

1 Актуальність проблеми

Протягом кількох останніх десятиліть проблема депресивних розладів набуває особливої гостроти в системі організації медичної допомоги в Україні [1], [2]. Акту-

альність проблеми депресій обумовлена значною їх поширеністю і тяжкістю наслідків [2], [3], [4], [8]. Депресивні розлади значною мірою впливають на фізичне, психічне та соціальне функціонування і спричиняють підвищення ризику передчасної смерті [5], [8]. Депресія утру-

дноє задоволення базових потреб людини і негативно впливає на її повсякденну життєву активність, призводячи до значного зниження якості життя [6].

Депресія є хронічним рецидивуючим захворюванням, причому повторні епізоди виникають приблизно у 60% хворих [2], [7], [8]. Відомо, що раннє виявлення депресій і своєчасний початок лікування істотно покращує результат терапевтичного втручання. І, навпаки, тривале перебування в хворобливому стані сприяє хроніфікації патологічного процесу, підвищує ризик розвитку повторних депресивних епізодів в подальшому і помітно погіршує прогноз захворювання в цілому [7], [8]. У зв'язку з цим, великого значення набуває визначення факторів прогнозу формування, перебігу та виходу депресивних розладів, що дозволить розробити персоналізовані підходи до терапії і сприятиме зменшенню чисельності форм із затяжним та хронічним перебігом.

У психіатрії та клінічній психології вже багато років існує традиція, що пов'язує депресію з психологічними особливостями особистості [9], [10], [11]. Ці дані лежать в основі так званої патопластичної моделі депресії, згідно з якою особистісні характеристики істотно впливають на клінічну картину захворювання: форму перебігу депресивного розладу, терапевтичну реакцію при лікуванні антидепресантами, прихильність до терапії та ін. [10], [12]. Особистісні особливості можуть надавати певного забарвлення депресивним переживанням і просям. У свою чергу, досвід важкої хвороби з ураженням емоційно-мотиваційної сфери може істотно впливати на особистісне функціонування, копінг-стратегії, поведінку і когнітивні процеси, викликаючи досить стійкі зміни [10].

Психічний стан пацієнтів на депресію, їх особистісні особливості і здатність протистояти хворобі впливають на процес лікування [9],[10]. За сприятливих обставин зазначені фактори можуть сприяти психологічному комфорту хворого, підвищенню внутрішніх ресурсів для боротьби з захворюванням і появі налаштованості на успішний результат лікування [12]. Тому дослідження взаємозв'язку депресії і психологічних особливостей особистості сприятиме оптимізації виходу рекуррентного депресивного розладу та розширенню способів психологічної корекції цих станів.

Враховуючи усе вищевикладене, **метою** дослідження стало вивчення клінічних та психологічних особливостей

пацієнтів з рекуррентним депресивним розладом та аналіз їх динаміки в залежності від тривалості захворювання.

2 Методи та матеріали

Для реалізації поставленої мети були обстежені 40 хворих на рекуррентні депресивні розлади різного ступеню важкості (F33.1- F33.2), що склали основну групу. До групи порівняння увійшли 35 осіб без психічних розладів.

Використовувався комплексний підхід, що включав наступні методи: клініко-психопатологічний (вивчення скарг, клінічного анамнезу, психопатологічного стану та його динаміки); психодіагностичний (методика Е. Нейм [13] та «Самоактуалізаційний тест» [14]); методи математичної статистики (t-критерій Стьюдента, точний метод Фішера, кореляційний аналіз).

3 Викладення основного матеріалу дослідження

В основній групі хворих на рекуррентні депресивні розлади переважали жінки – 79,55% осіб, які належали до вікової групи від 50 років до 59 років – 34,09% осіб, мали вищу освіту – 45,45% осіб, проживали в місті – 77,27% осіб, перебували у шлюбі – 70,45% осіб, не мали постійної роботи – 57,50%. Необхідно відзначити, що серед тих пацієнтів, які не працювали, лише 4,4% від загальної кількості обстежених досягли пенсійного віку. Група порівняння за віком, місцем проживання, сімейним станом та показниками соціальної зайнятості вірогідно не відрізнялася від основної.

До основної групи обстежених були включені хворі на рекуррентні депресивні розлади з відсутністю швидких циклів в анамнезі та повною попередньою ремісією (табл.1). За даними таблиці 1, у переважної більшості обстежених хворих в анамнезі зареєстровано від 3 до 5 депресивних епізодів, враховуючи поточні (52,27% осіб). У 31,82% цієї категорії хворих відзначався другий поточний епізод. У 15,91% хворих спостерігалось більше 5 депресивних епізодів протягом захворювання. Тривалість поточного депресивного епізоду в обстежених хво-

рих у переважній більшості випадків складала від 2 тижнів до 6 місяців (65,91 %). У значної кількості обстежених тривалість епізоду становила від 6 місяців до 12 місяців (25,00 %). Тривалість епізоду більше 12 місяців спостерігалася у 9,09 % випадків.

Тривалість попередньої ремісії у 36,36 % хворих на рекурентні депресивні розлади становила від 6 місяців до 12 місяців, у 34,09 % хворих – від 12 місяців до 24 місяців і у 29,55 % хворих – більше 24 місяців.

Структура клініко-психопатологічних проявів депресивного спектру у хворих на рекурентні депресивні розлади характеризувалася наявністю афективних, мотиваційно-вольових, когнітивних, психомоторних та соматичних порушень, серед яких були більш виражені пригнічений настрій (100%), зменшення активності та ініціативи (88,64 %), відчуття відсутності перспективи у майбутньому (84,09 %), зниження концентрації уваги (86,36 %) та психічна виснаженість (81,82 %). Психомоторні порушення при рекурентних депресивних розладах були представлені переважно ретардацією (56,82 %), соматичні – фізичною стомлюваністю (84,09 %) та розладами сну (79,55 %).

Аналіз переважних копінг-стратегій продемонстрував, що 59,43 % осіб без психічних розладів схильні були використовувати адаптивні копінг-стратегії, 18,81 % – відносно адаптивні та 20,75 % – неадаптивні копінг-стратегії (рис.А 1). У хворих на рекурентний депресивний розлад 38,83 % пацієнтів були схильні використовувати адаптивні, 27,18 % – відносно адаптивні та 33,98 % – неадаптивні копінг-стратегії (рис.Б 1). Статистичний аналіз результатів довів, що особи без психічних розладів відрізнялись тим, що у більшій мірі були схильні використовувати адаптивні копінг-стратегії ($p \leq 0,05$, ДК = 1,72, МІ = 0,16), у той час коли хворі на рекурентний депресивний розлад – неадаптивні копінг-стратегії ($p \leq 0,05$, ДК = 1,65, МІ = 0,23).

Детальний аналіз копінг-поведінки продемонстрував, що серед когнітивних копінгів у хворих на рекурентний депресивний розлад найбільш вираженими були: «проблемний аналіз» (23,53%), «розгубленість» (20,59%) та «установка власної цінності» (14,71%), а у осіб без психічних розладів – «проблемний аналіз» та «збереження самовладання» (28,57% та 22,86% відповідно) (рис. 1).

Серед емоційних копінг-стратегій у хворих на ре-

курентний депресивний розлад переважали «пасивна кооперація» (29,41%), «пригнічення емоцій» (23,53%) та «самозвинування» (14,71%). В групі порівняння 62,86 % осіб були схильні оптимістично сприймати складні ситуації з впевненістю щодо їх вирішення. При аналізі поведінкових реакцій було визначено, що хворі на рекурентний депресивний розлад були схильні використовувати стратегію співпраці (23,53%), звернення (20,59%) та відступу (20,59%), а здорові – співпрацю (31,43%), відволікання (22,86%) та конструктивну активність (11,42%).

При статистичному аналізі були отримані вірогідні розбіжності, що підтверджували отримані дані та полягали в переважанні стратегії «відступ» ($p \leq 0,05$, ДК = 4,75, МІ = 0,33), «розгубленість» ($p \leq 0,025$, ДК = 8,58, МІ = 0,76), «пасивна кооперація» ($p \leq 0,01$, ДК = 6,30, МІ = 0,71) та «самозвинування» ($p \leq 0,05$) у хворих на рекурентний депресивний розлад та стратегій «відволікання» ($p \leq 0,05$, ДК = 4,95, МІ = 0,46), «конструктивна активність» ($p \leq 0,05$), «збереження самовладання» ($p \leq 0,05$, ДК = 5,89, МІ = 0,50) та «оптимізм» ($p \leq 0,0001$, ДК = 6,33, МІ = 1,84) у осіб без психічних розладів.

Аналіз результатів тесту самоактуалізації (САТ) продемонстрував, що у хворих на рекурентний депресивний розлад практично за всіма показниками відмічались низькі показники самоактуалізації (Рис. 3). Так, було визначено, що пацієнти основної групи були схильні орієнтуватися лише на один з відрізків тимчасової шкали (минуле, сьогоднішня або майбутнє) та дискретно сприймати свій життєвий шлях ($31,16 \pm 15,90$) балів.

Визначалися низькі показники контактності, що проявлялося у схильності до уникнення суб'єкт-суб'єктного спілкування (27,95 балів), а також низькі показники самоповаги і самоприйняття (30,21 та 33,87 балів відповідно). Оцінки за шкалою підтримки свідчили про високу ступінь залежності, конформності, несамостійності, переважання зовнішнього локусу контролю пацієнтів (39,54 балів). Була також встановлена низька здатність пацієнтів спонтанно і безпосередньо виражати свої почуття (35,39 балів), неприйняття власних негативних емоцій (роздратування, гніву і агресії) (36,22 балів) у поєднанні з низькою рефлексією власних потреб та відчуттів (39,34 балів).

Хворі на рекурентний депресивний розлад не були

Рис. 1: Провідні копінг-стратегії у осіб без психічних розладів (А); провідні копінг-стратегії у хворих на рекурентний депресивний розлад (Б)

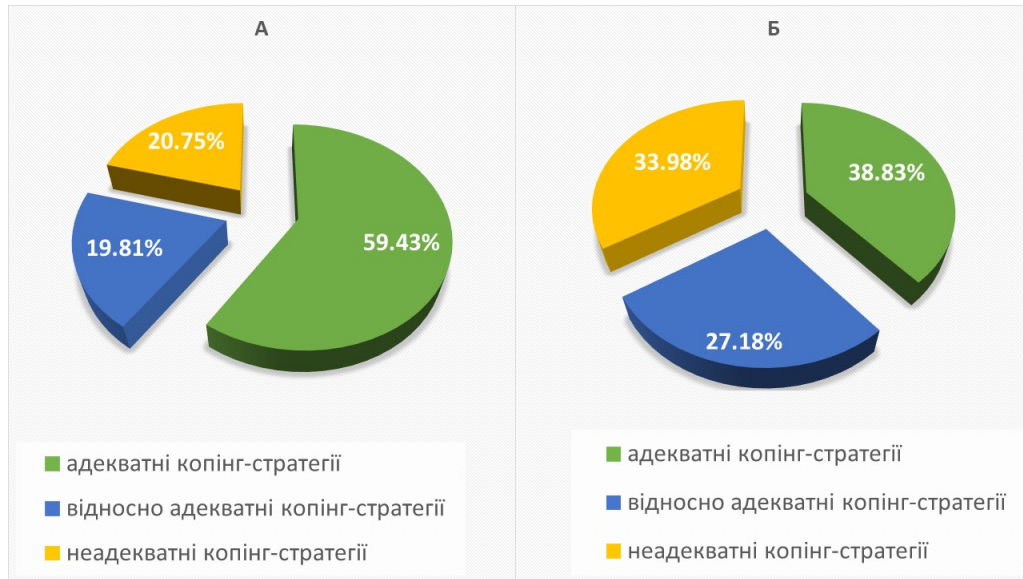
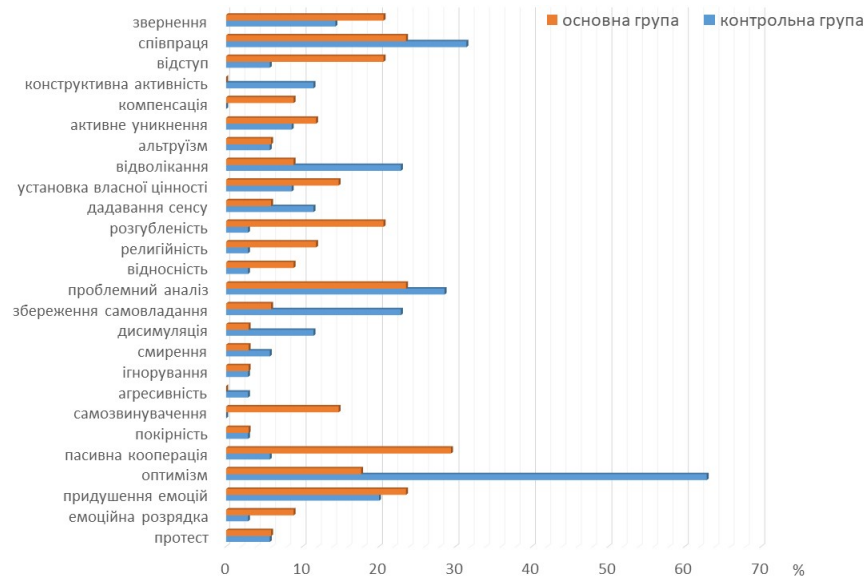


Рис. 2: Копінг-стратегії у хворих на рекурентний депресивний розлад та осіб без психічних розладів (за методикою E. Heim).



схильні прагнути самоактуалізації (42,27 балів) та були негнучкими в реалізації своїх цінностей та поведінці, взаємодії з оточуючими людьми (37,78 балів). Також в цій групі було визначено низькі показники пізнавальних потреб та креативності у пацієнтів з рекурентним депресивним розладом (38,02 та 33,83 балів відповідно).

У осіб без психічної патології були визначені високі показники за шкалами: «Орієнтація в часі», «Ціннісна орієнтація», «Гнучкість поведінки», «Самоповага» та «Самоприйняття» (58,99, 58,38, 59,31, 59,21 та 54,90 балів відповідно), що свідчило про здатність суб'єктів жити справжнім, сприймати власний життєвий шлях цілісно, про наявність гнучкості поведінки та цілей самоактуалізації, позитивні властивості характеру, здатність суб'єктів цінувати свої достоїнства, поважати та приймати себе таким, якими вони є. Також були встановлені особливості особистості, які відповідали нормативному рівню: переважання внутрішнього локусу контролю (52,55 балів), адекватність в розумінні та прояві власних почуттів (46,38 та 49,36 балів відповідно), здатність встановлювати глибокі та емоційно-насичені контакти з людьми (51,32 балів), схильність до позитивного сприйняття оточуючих (48,52 балів) та наявність пізнавальної потреби та творчої спрямованості особистості (48,39 та 47,26 балів відповідно).

Статистичний аналіз результатів продемонстрував та підтвердив описані розходження між хворими на

рекурентний депресивний розлад та групою порівняння, що полягали в більш низьких показниках у пацієнтів за шкалами: «Орієнтація у часі» ($p \leq 0,0001$, $t = 5,981$), «Підтримка» ($p \leq 0,0001$, $t = 5,481$), «Ціннісна орієнтація» ($p \leq 0,0001$, $t = 4,817$), «Гнучкість поведінки» ($p \leq 0,0001$, $t = 5,921$), «Спонтанність» ($p \leq 0,002$, $t = 3,274$), «Самоповага» ($p \leq 0,0001$, $t = 4,797$), «Самоприйняття» ($p \leq 0,0001$, $t = 4,881$), «Прийняття агресії» ($p \leq 0,006$, $t = 2,818$), «Контактність» ($p \leq 0,0001$, $t = 3,965$), «Пізнавальні потреби» ($p \leq 0,01$, $t = 2,577$) та «Креативність» ($p \leq 0,0001$, $t = 3,795$).

Також в ході дослідження був проведений кореляційний аналіз залежності кількості епізодів від характерологічних рис особистості у хворих на рекурентний депресивний розлад (Табл.2).

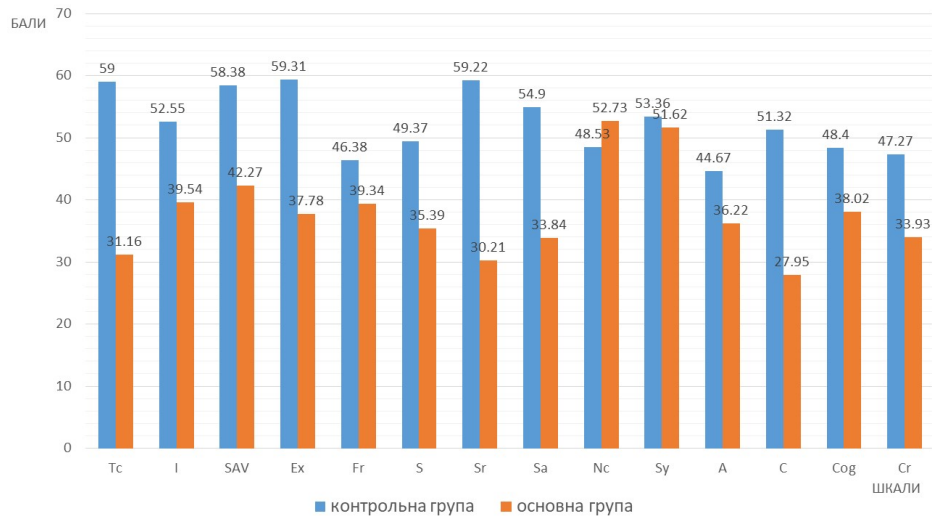
Було визначено, що наявність 2 епізодів в анамнезі у пацієнтів пов'язана з компетентністю у часі ($r = 0,457$), гнучкістю поведінки ($r = 0,467$) та контактністю ($r = 0,484$). Збільшення кількості епізодів (3-5 епізодів) асоціювалось з ригідністю ($r = -0,473$), зниженням мотивації ($r = -0,464$), дискретністю у сприйнятті власного життєвого шляху ($r = -0,447$), неможливістю спонтанно проявляти власні емоції ($r = -0,494$), низьким самоприйняттям ($r = -0,466$).

Збільшення кількості епізодів (більше 5-ти) було пов'язане з фіксацією уваги на одному із відрізків часу (минулому, теперішньому або майбутньому) ($r = -0,626$), спустошенням ціннісно-мотиваційної сфери ($r = -0,572$),

Табл. 1: Динаміка перебігу рекурентних депресивних розладів.

Показник, який оцінюється	Абсолютна кількість, (n = 44)	% ± m %
Кількість епізодів в анамнезі, враховуючи поточний		
2	14	31,82 ± 7,10
3-5	23	52,27 ± 7,62
>5	7	15,91 ± 5,58
Тривалість поточного епізоду		
від 2 тижнів до 6 місяців	29	65,91 ± 7,23
6-12 місяців	11	25,00 ± 6,60
>12 місяців	4	9,09 ± 4,38
Тривалість попередньої ремісії		
від 2 тижнів до 6 місяців	16	36,36 ± 7,34
6-12 місяців	15	34,09 ± 7,23
>12 місяців	13	29,55 ± 6,96

Рис. 3: Особливості особистості у хворих на рекурентний депресивний розлад та осіб без психічних розладів (за даними «САТ»)



*Умовні позначення: Tc - орієнтація в часі; I- підтримка; Sav- ціннісна орієнтація; Ex - гнучкість поведінки; Fr - сенситивність; S- спонтанність; Sr - самоповага; Sa - самоприйняття; Nc - уявлення про природу людини; Sy - синергія; A - прийняття агресії; C - контактність; Cog - пізнавальні потреби; Cr - креативність.

Табл. 2: Кореляційні зв'язки між характеристиками особистості та кількістю депресивних епізодів у хворих на рекурентний депресивний розлад

Найменування показника	2 епізоди	3-5 епізодів	Більше 5 епізодів
Орієнтація в часі	0,457	-0,447	-0,626
Підтримка	0,114	-0,148	0,152
Ціннісна орієнтація	0,102	-0,464	-0,572
Гнучкість поведінки	0,467	-0,473	-0,054
Сенситивність	-0,015	0,059	0,007
Спонтанність	-0,008	-0,494	-0,405
Самоповага	0,050	0,001	-0,644
Самоприйняття	0,114	-0,466	-0,402
Уявлення про природу людини	-0,165	-0,087	0,257
Синергія	0,225	-0,102	-0,237
Прийняття агресії	-0,003	0,058	0,472
Контактність	0,484	-0,155	-0,470
Пізнавальні потреби	0,124	-0,004	0,144
Креативність	-0,042	-0,059	0,027

низькими показниками самоприйняття та самоповаги (($r = -0,402$) та ($r = -0,644$) відповідно), зниженням контактності ($r = -0,470$), труднощами у вираженні власних емоцій, особливо агресії (($r = -0,405$) та ($r = -0,472$) відповідно).

Також був проведений кореляційний аналіз залежності кількості епізодів з особливостями копінг-стратегій хворих на рекурентний депресивний розлад (табл. 3).

При перших епізодах пацієнти схильні були, з одного боку, фіксуватися на труднощах ($r = -0,549$), відчували розгубленість ($r = 0,621$), не були схильні приймати ситуацію, що склалася ($r = -0,485$), намагалися відволіктися ($r = 0,455$) та сподівалися на допомогу від оточуючих ($r = 0,416$). При повторних епізодах пацієнти були схильні фіксуватися на ситуації, що склалася ($r = -0,408$), намагалися справитися з нею за допомогою релігії ($r = 0,431$) або через звернення за допомогою від оточуючих ($r = 0,492$), а також шляхом пасивної кооперації або уникнення вирішення ситуації (($r = 0,479$) та ($r = 0,498$) відповідно).

При повторних епізодах пацієнти відчували розгубленість ($r = 0,487$), покірність ($r = 0,637$), були схильні відступати від труднощів, бо не відчували власних сил для опанування ситуації ($r = 0,420$) та схильні були не ділитися своїми переживаннями з оточуючими ($r = -0,587$).

4 Висновки

В результаті дослідження визначена клінічна картина рекурентних депресивних розладів, яка має специфічну синдромальну структуру, що включає афективні (100,00%), мотиваційно-вольові (90,91%), когнітивні (88,64%), психомоторні (56,82%) та соматичні прояви, такі як порушення вітального тону функцій (фізична стомлюваність, млявість та зниження енергії) (84,09%), порушення базових функцій (розлади сну, порушення апетиту, втрата ваги, зниження статевого потягу) (79,55%), неприємні тілесні відчуття (65,91%) та вісцеральні симптоми (56,82%).

Встановлені типові психологічні особливості хворих на рекурентний депресивний розлад, які полягали в особливостях використання копінг-стратегій, специфіці

сприйняття часу та характеристиках особистості, а саме:

- Серед провідних копінг-стратегій: використання когнітивного копіngu «розгубленість» (ДК = 8,58); використання емоційного копіngu «пасивна кооперація» (ДК = 6,30); використання поведінкових копінгів «відступ» (ДК = 4,75); актуалізація неада-

Табл. 3: Кореляційні зв'язки між копінг-стратегіями та кількістю епізодів у хворих на рекурентний депресивний розлад.

Найменування показника	2 епізоди	3-5 епізодів	Більше 5 епізодів
Ігнорування	-0,549	-0,408	-0,094
Смирнення	-0,104	0,145	-0,066
Дисимуляція	-0,104	0,145	-0,066
Збереження самовладання	-0,149	-0,009	0,203
Проблемний аналіз	0,016	0,033	0,087
Відносність	0,062	-0,087	0,040
Релігійність	0,170	0,431	-0,155
Розгубленість	0,621	-0,024	0,487
Надання сенсу	0,008	0,077	-0,117
Установка власної цінності	-0,129	-0,018	0,189
Протест	0,485	-0,009	0,203
Емоційна розрядка	-0,037	0,115	-0,110
Придушення емоцій	-0,104	-0,079	0,441
Оптимізм	0,057	0,096	-0,205
Пасивна кооперація	0,199	0,479	-0,009
Покірність	-0,216	0,143	0,637
Самозвинувачення	-0,090	0,055	0,140
Відволікання	0,455	-0,283	0,008
Альтруїзм	-0,149	0,208	-0,094
Активне уникнення	-0,244	0,498	0,040
Компенсація	-0,046	0,202	-0,137
Відступ	0,016	0,146	0,420
Співпраця	0,137	-0,192	-0,587
Звернення	0,416	0,492	0,241

птивних копінг-стратегій (ДК = 4,75).

- Серед особливостей особистості: дискретне сприйняття життєвого шляху (ДК = 13,01); зниження мотиваційно-поведінкової сфери (ДК = 6,61); переважання зовнішнього локусу контролю (ДК = 6,73); негативне ставлення до себе та оточуючих (ДК = 4,84 та ДК = 3,26 відповідно); замкнутість та апатія (ДК = 7,29 та ДК = 3,01 відповідно).
- В механізмах формування рекурентних депресивних розладів доведена залежність використання специфічних копінг-стратегій і особливостей особистості від кількості перенесених депресивних епізодів. З надбанням досвіду захворювання у цієї категорії пацієнтів спостерігалась динамічна трансформація вищезазначених факторів:
- У сфері копінг - стратегій – від розгубленості ($r = 0,621$) та фіксації на труднощах ($r = -0,549$) через очікування допомоги ($r = 0,492$) та пасивну кооперацію ($r = 0,479$) до відгородженості ($r = -0,587$) та відступу ($r = 0,420$);
- У сфері особистісних характеристик – від збереження гнучкості поведінки ($r = 0,467$) та контактності ($r = 0,484$) через наростання ригідності ($r = -0,473$), зниження мотивації ($r = -0,464$) й негативне самосприйняття ($r = -0,466$) до уникнення міжособистісних контактів ($r = -0,470$), спустошення ціннісно-мотиваційної сфери ($r = 0,572$) і зниження самоповаги ($r = -0,644$).

Таким чином, отримані дані слід враховувати при проведенні діагностичних та психотерапевтичних заходів з хворими на рекурентний депресивний розлад.

5 Додаткова інформація

5.1 Конфлікт інтересів

Автори заявляють про відсутність будь-якого конфлікту інтересів.

Література

- [1] Khobzey M. K. Sostoyaniye psikhicheskogo zdorovia naseleniya i perspektivy razvitiya psikhiatricheskoy pomoshchi v Ukraine / M. K. Khobzey, P. V. Voloshin, N. O. Maruta // Psikhicheskoye zdorov'ye. - 2013. - V. 7, I. 86. - P. 66-75.
- [2] Voloshin P. V. Strategiya okhoroni psikhichnogo zdorov'ya naselennya Ukraini: suchasni mozhlivosti ta pereshkodi / P. V. Voloshin, N. O. Maruta // Ukraïnskiy visnik psikhonevrologii. - 2015. - V. 23, I. 1. - P. 5-11.
- [3] Prevention of major depression / R. F. Munoz, P. Cuijpers, F. Smit [et al.] // Annu Rev Clin Psychol. - 2010. - V. 6. - P. 181-212.
- [4] Richardson K. Recovery from depression: a systematic review of perceptions and associated factors / K. Richardson, M. Barkham // J Ment Health. - 2017. - V. 6. - P. 1-13.
- [5] Formal psychological assessment in evaluating depression: a new methodology to build exhaustive and irredundant adaptive questionnaires / F. Serra, A. Spoto, M. Ghisi [et al.] // PLoS ONE. - 2015. - V. 10, I. 4. - e01220131.
- [6] Maruta N. O. Kliniko-psikhologichni osoblivosti khvorikh na depresiyu z riznim rivnem medikamentoznogo komplainsu (diagnostika i korektsiya) / N. O. Maruta, N. O. Zhupanova // Ukraïnskiy visnik psikhonevrologii. - 2016. - V. 24, I. 1. - P. 5-11.
- [7] Kozhina A. M. Sovremennyye podkhody k terapii depressivnykh rasstroystv / A. M. Kozhina, E. A. Zelenskaya // Ukraïnskiy visnik psikhonevrologii. - 2013. - V. 21, I. 4. - P. 90-93.
- [8] Rakhman L. V. Kontseptualni chinniki rozvitku ta printsipi likuvannya terapevtichno rezistentnikh depresiy / L. V. Rakhman // Ukraïnskiy visnik psikhonevrologii. - 2016. - V. 24, I. 1. - P. 104-110.
- [9] Garanyan N. G. Depressiya i lichnost: obzor zarubezhnykh issledovaniy / N. G. Garanyan // Chast II Sotsialnaya i klinicheskaya psikhiatriya. - 2009. - V. 3. - P. 80-91.

- [10] Garanyan N. G. Lichnostnyye kharakteristiki bolnykh rekurrentnoy depressiyey rezistentnykh k medikamentoznomu lecheniyu / N. G. Garanyan, M. N. Vasilyeva // SPZh. - 2009. - V. 31. - P. 27-32.
- [11] Vasilyeva M. N. Disfunktsionalnyye cherty v strukture lichnosti bolnykh rekurrentnoy depressiyey / M. N. Vasilyeva // rezistentnykh k medikamentoznomu lecheniyu Izvestiya RGPU im AI Gertsena. - 2008. - V. 74, I. 2. - P. 78-86.
- [12] Smulevich A. B. Lecheniye rezistentnykh zatyazhnykh endogennykh depressiy / A. B. Smulevich // Psikhatriya i psikhofarmakoterapiya. - 2002. - V. 4, I. 4. - P. 128-132.
- [13] Nabiullina R. R. Mekhanizmy psikhologicheskoy zashchity i sovladaniya so stressom (opredeleniye, struktura, funktsii, vidy, psikhoterapevticheskaya korrektsiya): uchebnoye posobiye / R. R. Nabiullina, I. V. Tukhtarova. - Kazan: Kazanskaya gosudarstvennaya meditsinskaya akademiya, 2003.
- [14] Aleshina Y. Samoaktualizatsionnyy test / Y. Aleshina, L. Y. Gozman. - Moskva: Rossiyskoye pedagogicheskoye agentstvo, 1995.

Transformation of personality features and coping strategies depending on the duration of recurrent depressive disorder

Kalenska G. ¹Maruta N. ¹Fedchenko V. ¹Panko T. ¹

¹Ukrainian Institute of Neurology, Psychiatry and Drug Addiction National Academy of Health Sciences

Abstract

Background. The high prevalence of recurrent depressive disorders and the severity of the medical and social consequences of the depression in the form of chronization, relapse, resistance, disorders of social functioning, quality of life and suicidal behavior place the problem in the rank of the most urgent, requiring study in terms of early diagnosis and assessment of the condition, depending on the duration of the disease.

Methods. An integrated approach was used including clinical-psychopathological, psychodiagnostic and statistical methods. 40 patients with recurrent depressive disorders were examined, 35 people without mental disorders were included in the comparison group.

Results. The structure of clinical-psychopathological manifestations of the depressive spectrum in patients with the recurrent depressive disorder was characterized by the presence of affective, motivational-will, cognitive, psychomotor and somatic disorders. Among the personality features, patients differed in a more actualization of the non-adaptive copy-strategy and low self-actualization.

Conclusion. Data which we received should be considered when conducting diagnostic and psychotherapeutic interventions for patients with the recurrent depressive disorder.

Keywords: recurrent depressive episode, coping strategies, personality features, self-actualization