

В. Ю. Федченко

ФОРМУВАННЯ ДЕПРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ НА РЕКУРЕНТНІ ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ

В. Ю. Федченко

Формирование депрессивного поведения у больных рекуррентными депрессивными расстройствами

V. Yu. Fedchenko

Formation of depressive behavior in patients with recurrent depressive disorders

В статті подано трансформацію сприйняття власної хвороби та, як наслідок, особистісної змінності у пацієнтів з рекуррентними депресивними розладами залежно від тривалості захворювання та її вплив на формування депресивного стилю поведінки. Виявлено динаміку використання провідних копінг-стратегій, а також особистісних орієнтацій та особливостей суб'єктивного сприйняття індивідуального часу на різних етапах захворювання.

Ключові слова: рекуррентні депресивні розлади, депресивна поведінка, провідні копінг-стратегії

В статье представлена трансформация восприятия собственной болезни и, как следствие, личностной измененности у пациентов с рекуррентными депрессивными расстройствами в зависимости от длительности заболевания и её влияние на формирование депрессивного стиля поведения. Выявлена динамика использования ведущих копинг-стратегий, а также личностных ориентаций и особенностей субъективного восприятия индивидуального времени на разных этапах заболевания.

Ключевые слова: рекуррентные депрессивные расстройства, депрессивное поведение, ведущие копинг-стратегии

The article presents the transformation of the perception of their own illness and, as a consequence, personal change in patients with recurrent depressive disorders, depending on the duration of the disease and its effect on the formation of a depressive style of behavior. The dynamics of the use of leading coping strategies, as well as personal orientations and features of subjective perception of individual time at different stages of the disease are revealed.

Key words: recurrent depressive disorders, depressive behavior, leading coping strategies

Депресивні розлади на сучасному етапі характеризуються високими показниками поширеності, раннім початком, ризиком хроніфікації, частотою коморбідності, схильністю до суїцидальної й агресивної поведінки та зниженням якості життя хворих, що визначає важкий тягар цієї патології для суспільства, який посилюється недостатньою ефективністю психофармакотерапії навіть в країнах із досконалою системою стандартизації психіатричної допомоги [1—5].

Всебічне дослідження депресивних розладів і їх патогенетичних механізмів стає одним з головних завдань медичної науки. Є дані, що у виникненні та хроніфікації депресивних розладів істотну роль відіграють порушення в сфері інтерперсональної взаємодії — дефіцит соціальної підтримки і вузькість соціальної мережі, зниження здатності отримувати задоволення від спілкування, когнітивні і поведінкові складові (соціальні навички, соціальний та емоційний інтелект) [6, 7].

В літературі описані когнітивні особливості хворих на депресивні розлади, які сприяють хроніфікації захворювання (наприклад, тенденція осмислювати зміст конкретних поточних ситуацій не безпосередньо, а через призму узагальнених категорій подій, що відбувалися в минулому, не увага до логічної аргументації, егоцентричність та ін.) [8], а також комплекс особистісних характеристик (перфекціонізм і ворожість, низька кооперативність, переважання мотивації уникнення), який визначає не тільки досвід поточних інтерперсональних відносин, а й особливості медичного комплаєнсу і робочого альянсу в психотерапії цієї категорії хворих [9, 10]. Усе вищевикладене робить актуальним мету дослідження — дослідити вплив трансформації клініко-психологічних та патофизиологічних особливостей хворих на рекуррентні депресивні розлади залежно від тривалості захворювання на формування депресивного стилю поведінки.

Використовували комплексний підхід, що включав такі методи: клініко-психопатологічний (вивчення скарг, клінічного анамнезу, психопатологічного стану та його динаміки); психометричний (шкала депресій Центру епіде-

міологічних досліджень (CES-D) [11]); психодіагностичний (методика Е. Нейм [12], «Самоактуалізаційний тест» [13] та методика «Семантичний диференціал часу» [14]); методи математичної статистики (t-критерій Стьюдента, точний метод Фішера, кореляційний аналіз, факторний аналіз).

Для реалізації поставленої мети дослідження були обстежені 44 хворих на рекуррентні депресивні розлади різного ступеня важкості, що склали основну групу (серед них 5 хворих на легкий епізод, 30 — на помірний епізод та 9 — на важкий епізод без психотичних симптомів). Діагноз був встановлений з урахуванням критеріїв МКХ-10 (F33.0, F33.1, F33.2). До групи порівняння увійшли 35 осіб без психічних розладів. Загальну характеристику обстежуваних наведено в таблиці 1.

Таблиця 1. Загальна характеристика обстежуваних хворих на рекуррентні депресивні розлади основної групи та осіб групи порівняння

Показник, який оцінюється	Основна група (n = 44)	Група порівняння (n = 35)
Стать:		
— чоловіча	20,45 ± 6,15	37,14 ± 8,29
— жіноча	79,55 ± 6,15	62,86 ± 8,29
Вікові групи, роки:		
— 18—29	4,55 ± 3,18*	22,86 ± 7,20*
— 30—39	15,91 ± 5,58	25,72 ± 7,50
— 40—49	20,45 ± 6,15	17,14 ± 6,46
— 50—59	34,09 ± 7,23	20,00 ± 6,86
— 60—69	25,00 ± 6,60	14,28 ± 6,00
Освіта:		
— середня	6,82 ± 3,84	0,00 ± 0,00
— середня спеціальна	43,18 ± 7,55*	20,00 ± 6,86*
— незакінчена вища	4,55 ± 3,18	14,28 ± 6,00
— вища	45,45 ± 7,59*	65,72 ± 8,14*
Місце проживання:		
— місто	77,27 ± 6,39	82,86 ± 6,46
— сільська місцевість	22,73 ± 6,39	17,14 ± 6,46
Сімейний стан:		
— перебувають у шлюбі	70,45 ± 6,96	57,14 ± 8,49
— не перебувають у шлюбі	29,55 ± 6,96	42,86 ± 8,49

Продовження табл. 1

Показник, який оцінюється	Основна група (n = 44)	Група порівняння (n = 35)
Сімейний стан: — перебувають у шлюбі — не перебувають у шлюбі	70,45 ± 6,96 29,55 ± 6,96	57,14 ± 8,49 42,86 ± 8,49
Соціальна зайнятість: — працюють — не працюють	40,91 ± 7,50* 59,09 ± 7,50*	71,43 ± 7,75* 28,57 ± 7,75*
Характер праці: — розумова — фізична	72,22 ± 10,86 27,78 ± 10,86	80,00 ± 8,16 20,00 ± 8,16

Примітка. Тут і далі: n — кількість хворих; дані наведено в форматі: середня арифметична ± помилка середньої арифметичної (M ± m), бали; * — різниці вірогідні при p < 0,05

В основній групі хворих на рекурентні депресивні розлади переважали жінки — 79,55 % осіб, які належали до вікової групи від 50 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 — 59,09 %. Варто наголосити, що серед тих пацієнтів, які не працювали, лише 4,4 % від загальної кількості обстежуваних досягли пенсійного віку.

Загалом наведені дані свідчать, що група порівняння за статтю, віком, місцем проживання та сімейним станом вірогідно не відрізнялася від основної. Вірогідну різницю виявлено за показниками рівня освіти та соціальної зайнятості. Зокрема, в основній групі вірогідно більша кількість осіб мали середню спеціальну освіту (p < 0,05), при цьому вірогідно менша кількість обстежених мали вищу освіту (p < 0,05). Вірогідно більша кількість осіб основної групи не працювали (p < 0,05). Крім того, була вірогідна відмінність в одній віковій групі обстежуваних: менша кількість хворих на рекурентні депресивні розлади належала до вікової групи від 18 до 29 років (p < 0,05).

Під час дослідження було проведено ретельний аналіз анамнезу захворювання. Варто попередньо зауважити, що до основної групи обстежуваних були включені хворі на рекурентні депресивні розлади з відсутністю швидких циклів в анамнезі та повною попередньою ремісією.

За отриманими даними (табл. 2) в обстежуваних хворих здебільшого в анамнезі зареєстровано від 3 до 5 депресивних епізодів, враховуючи поточні (52,27 % осіб). У 31,82 % хворих цієї категорії був другий поточний епізод. У 15,91 % хворих спостерігалось більше ніж 5 депресивних епізодів протягом захворювання.

Таблиця 2. Динаміка перебігу рекурентних депресивних розладів в обстежуваних основної групи

Показник, який оцінюється	Абсолютна кількість (n = 44)	% ± m %
Кількість епізодів в анамнезі, враховуючи поточний:		
— 2	14	31,82 ± 7,10
— від 3 до 5	23	52,27 ± 7,62
— більше 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
— більше ніж 12 місяці	4	9,09 ± 4,38
Тривалість попередньої ремісії:		
— від 6 до 12 місяців	16	36,36 ± 7,34
— 12—24 місяців	15	34,09 ± 7,23
— більше ніж 24 місяці	13	29,55 ± 6,96

Тривалість поточного депресивного епізоду в обстежених хворих здебільшого складала від 2 тижнів до 6 місяців (65,91 %). У значній кількості обстежених тривалість епізоду становила від 6 до 12 місяців (25,00 %). Тривалість епізоду більше ніж 12 місяців спостерігалась у 9,09 % випадків.

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

Структура клініко-психопатологічних проявів депресивного спектра у хворих на рекурентні депресивні розлади характеризувалась наявністю афективних, мотиваційно-вольових, когнітивних, психомоторних та соматичних порушень. Зокрема, аналіз отриманих даних свідчить про те, що в усіх 100,00 % обстежених хворих середним симптомом був пригнічений настрій.

Серед мотиваційно-вольових проявів найчастіше спостерігалось зменшення активності та ініціативи (88,64 %) та відчуття відсутності перспективи у майбутньому (84,09 %), а в структурі когнітивних порушень — зниження концентрації уваги (86,36 %) та психічна виснаженість (81,82 %). Психомоторні порушення в групі обстежених були проявлялися переважно ретардацією (56,82 %), соматичні — фізичною стомлюваністю (84,09 %) та розладами сну (79,55 %).

Аналіз клініко-психопатологічних особливостей хворих на депресивні епізоди був доповнений шкалою депресій Центру епідеміологічних досліджень (CES-D) [11]. Шкала CES-D належить до суб'єктивних та призначена для виявлення та оцінювання тяжкості депресії. Встановлено, що ця методика, маючи подібні з іншими суб'єктивними опитувальниками (шкалами) загальну точність, чутливість і специфічність при виявленні депресій, перевершує їх при розмежуванні депресивних станів за ступенем тяжкості. Проте, треба враховувати, що шкала CES-D є інструментом самодіагностики і відображає сприйняття обстеженими власної хвороби та, як наслідок, особистісної змінності.

Зокрема, було встановлено, що в основній групі обстежених діагностовано переважно розлади середнього ступеня важкості (54,55 % хворих) (табл. 3). Розлади важкого та легкого ступеня важкості виявлені у 34,09 % та 11,36 % хворих відповідно. При цьому діагноз важкого депресивного епізоду з урахуванням критеріїв МКХ-10 був встановлений лише у 20,45 % обстежених, що може свідчити про суб'єктивну переоцінку важкості свого стану у 13,64 % хворих цієї категорії.

Таблиця 3. Показники за шкалою CES-D у хворих на рекурентні депресивні розлади та осіб без психічних розладів

Група обстежених за важкістю розладу	% ± m % (n = 44)	Середнє значення балів
Хворі на рекурентні депресивні розлади		
Розлад легкого ступеня важкості	11,36 ± 4,84	21,00 ± 2,55
Розлад середнього ступеня важкості	54,55 ± 7,59	27,50 ± 1,56
Розлад важкого ступеня важкості	34,09 ± 7,23	36,27 ± 4,54
Особі без психічних розладів		
Показники норми	88,57 ± 5,46	10,42 ± 4,37
Розлад легкого ступеня важкості	11,43 ± 5,46	21,25 ± 2,06

Середнє значення балів за шкалою CES-D у групі обстежених хворих для розладів легкого, середнього та важкого ступенів важкості становило 21,00 балів, 27,50 балів та 36,27 балів відповідно.

Для зіставлення результатів дослідження за шкалою CES-D були також обстежені особи без психічних розладів, що склали групу порівняння. Стан осіб групи порівняння здебільшого відповідав показникам норми — 88,57 % осіб, із середнім балом за шкалою 10,42 балів. У 11,43 % осіб за відсутністю клініко-психопатологічних проявів депресивного спектра відзначалися показники, що мають відповідати розладу легкого ступеня важкості. Цієї категорії осіб були надані рекомендації щодо подальшого спостереження та оцінювання стану в динаміці.

Більш докладний аналіз середніх значень балів за пунктами шкали CES-D показав (рис. 1), що найбільші показники у хворих на депресивні епізоди були за такими пунктами: 12 — «Я почуваю себе щасливою людиною» ($2,05 \pm 0,68$) балів, 10 — «Я відчуваю занепокоєння, страхи» ($1,91 \pm 0,64$) балів, 3 — «Незважаючи на допомогу друзів та членів моєї родини, мені не вдається позбутися почуття туги» ($1,86 \pm 0,67$) балів, 16 — «Життя приносить мені задоволення» ($1,84 \pm 0,78$) балів. Ці дані свідчать, що обстежені хворі досить часто не почували себе щасливими, відчували занепокоєння та страхи, безрезультатно намагалися позбутися почуття туги та були незадоволені власним життям.

За пунктами шкали CES-D 1—14 та 16—20 показники осіб групи порівняння були вірогідно меншими за обстежених хворих ($t \geq 3,712$), тоді як за пунктом 15 — «Оточуючі налаштовані недружно щодо мене» — вірогідної різниці не виявлено, а показники були досить низкими і у хворих, і в осіб групи порівняння — 0,55 балів та 0,31 балів відповідно. Отже, обстежені в обох групах не були схильні до очікування загрози з боку оточуючих.

В результаті дослідження встановлені типові психологічні особливості хворих на рекурентний депресивний розлад, які полягали в особливостях використання копінг-стратегій, специфіці сприйняття часу та характеристиках особистості.

Зокрема, у цієї категорії хворих виявлена актуалізація дезадаптивних копінг-стратегій (когнітивного копінгу «розгубленість» ($p \leq 0,025$, ДК = 8,58, MI = 0,76), емоційного копінгу «пасивна кооперація» ($p \leq 0,01$, ДК = 6,30, MI = 0,71), поведінкового копінгу «відступ» ($p \leq 0,05$, ДК = 4,75, MI = 0,33)), де ДК — діагностичний коефіцієнт; MI — міра інформативності..

Серед особливостей особистості в обстежених основної групи відзначалося дискретне сприйняття життєвого шляху ($p \leq 0,0001$, ДК = 13,01, MI = 3,64), зниження ініціативності та власної відповідальності ($p \leq 0,0001$, ДК = 6,61, MI = 2,09) та ($p \leq 0,0001$, ДК = 6,73, MI = 2,57) відповідно), негативне ставлення до себе та оточуючих ($p \leq 0,0001$, ДК = 4,84, MI = 1,46) та ($p \leq 0,005$, ДК = 3,26, MI = 0,46) відповідно), зниження потреби у спілкуванні та діяльності ($p \leq 0,0001$, ДК = 7,29, MI = 2,57) та ($p \leq 0,0001$, ДК = 3,01, MI = 0,86) відповідно).

У сфері сприйняття часу переважали позитивне ставлення та актуальність минулого ($t = 2,209$, $p \leq 0,05$), негативне сприйняття теперішнього ($p \leq 0,01$, $t = 2,573$) та майбутнього ($t = 5,935$, $p \leq 0,0001$).

Аналіз та узагальнення отриманих результатів були об'єктивізовані за допомогою статистичних методів дослідження. Для виявлення ймовірних зв'язків між кількістю епізодів в анамнезі, тривалістю поточного епізоду та попередньої ремісії у обстежених хворих був проведений кореляційний аналіз, що виявив позитивні кореляційні зв'язки тривалості ремісії з кількістю перенесених депресивних епізодів та тривалістю поточного епізоду (рис. 2).

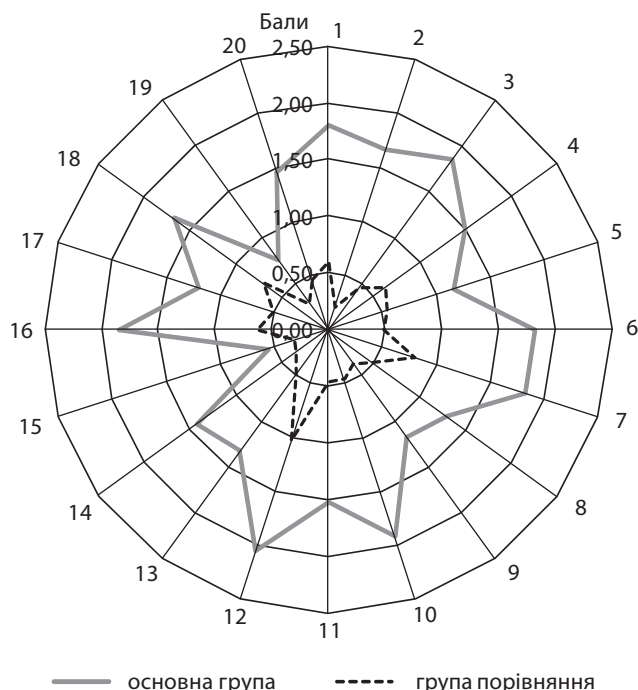


Рис. 1. Середні значення балів за пунктами шкали CES-D у хворих на рекурентні депресивні розлади та осіб без психічних розладів

Умовні позначення шкал: 1 — Я нервую з приводу того, що раніше мене не турбувало; 2 — Я не отримую задоволення від їжі, у мене поганий апетит; 3 — Незважаючи на допомогу друзів та членів моєї родини, мені не вдається позбутися почуття туги; 4 — Мені здається, що я не гірший за інших; 5 — Мені важко сконцентруватися на тому, що доводиться робити; 6 — Я відчуваю пригніченість; 7 — Все, що я роблю, вимагає від мене додаткових зусиль; 8 — Я сподіваюся на хороше майбутнє; 9 — Мені здається, що моє життя склалося невдало; 10 — Я відчуваю занепокоєння, страхи; 11 — У мене поганий нічний сон; 12 — Я почуваю себе щасливою людиною; 13 — Мені здається, що я став менше говорити; 14 — Мене турбує почуття самотності; 15 — Оточуючі налаштовані недружно щодо мене; 16 — Життя приносить мені задоволення; 17 — Я легко можу заплакати; 18 — Я відчуваю смуток, нудьгу; 19 — Мені здається, що люди мене не люблять; 20 — У мене немає сил та бажання починати будь-що робити

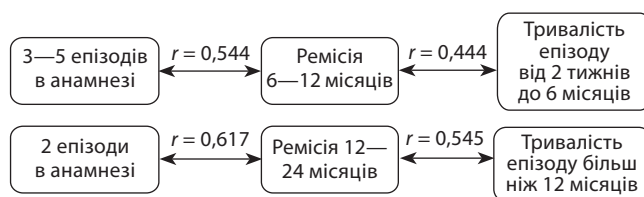


Рис. 2. Кореляційні зв'язки між тривалістю попередньої ремісії, кількістю епізодів в анамнезі та тривалістю поточного епізоду у хворих на рекурентні депресивні розлади

Зокрема, встановлений кореляційний зв'язок між найкоротшою серед зазначених тривалістю ремісії 6—12 місяців та 3—5 епізодами в анамнезі ($r = 0,544$), а також найменшою тривалістю депресивного епізоду від 2 тижнів до 6 місяців ($r = 0,444$). Водночас, виявлений позитивний кореляційний зв'язок між ремісією терміном 12—24 місяців та другим поточним епізодом ($r = 0,617$), а також найбільшою тривалістю епізоду більше ніж 12 місяців ($r = 0,455$). Наведені дані демонструють тенденцію

до більш раннього звернення хворих за спеціалізованою медичною допомогою зі збільшенням досвіду захворювання на рекурентні депресивні розлади. При цьому відбувається досить тривала ремісія між первинним депресивним епізодом та другим, який дозволяє діагностувати власне рекурентний депресивний розлад.

Для аналізу сприйняття хворими клініко-психопатологічних проявів власної хвороби і, як наслідок, формування депресивної поведінки були вивчені кореляційні зв'язки між пунктами клінічної шкали CES-D, що має високу точність оцінки депресивних станів та внутрішню узгодженість (табл. 4).

Таблиця 4. Кореляційні зв'язки між пунктами шкали CES-D

Шкала	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	1,000																			
2	0,104	1,000																		
3	0,038	-0,002	1,000																	
4	0,019	0,014	0,000	1,000																
5	0,119	0,196	-0,156	0,137	1,000															
6	-0,034	-0,189	0,388	-0,128	-0,150	1,000														
7	-0,029	0,112	-0,004	0,110	0,202	-0,024	1,000													
8	0,143	0,013	-0,132	0,234	0,359	-0,028	0,504	1,000												
9	-0,258	-0,164	-0,144	0,308	0,135	0,295	0,321	0,480	1,000											
10	0,113	-0,130	0,242	0,083	-0,019	0,601	0,014	-0,078	0,335	1,000										
11	0,123	0,096	-0,184	-0,163	0,016	-0,042	0,096	0,195	-0,073	-0,194	1,000									
12	0,117	0,207	-0,191	0,468	0,286	0,020	0,159	0,458	0,492	0,063	0,138	1,000								
13	-0,045	-0,096	0,122	0,064	-0,257	0,025	0,292	0,259	0,102	-0,032	0,256	0,139	1,000							
14	0,152	0,131	0,148	0,235	0,242	0,020	0,321	0,109	0,074	0,074	-0,110	0,248	0,197	1,000						
15	-0,006	-0,263	-0,173	0,339	0,136	0,093	0,021	0,045	0,208	0,078	-0,032	0,181	0,121	0,182	1,000					
16	-0,105	0,195	-0,044	0,186	0,089	0,276	0,360	0,282	0,548	0,297	-0,134	0,543	0,119	0,266	0,216	1,000				
17	-0,113	-0,211	0,121	0,129	-0,310	0,348	-0,151	-0,166	-0,043	0,071	0,147	-0,199	-0,026	0,151	0,232	-0,111	1,000			
18	-0,051	0,275	-0,056	0,000	0,014	0,030	-0,031	-0,091	-0,064	-0,018	-0,152	-0,083	-0,227	0,002	-0,027	-0,115	0,083	1,000		
19	0,032	-0,373	-0,067	0,527	-0,011	0,096	0,123	0,184	0,377	0,186	-0,132	0,066	0,233	0,202	0,598	0,123	0,360	0,027	1,000	
20	0,193	0,221	0,148	0,091	0,267	0,242	0,390	0,221	0,291	0,075	0,020	0,433	0,117	0,326	0,296	0,554	-0,060	0,112	0,102	1,000

Примітка. Умовні позначення шкал див. рис. 1.

Зокрема, серед найбільш значущих та інформативних були виявлені такі позитивні кореляції:

— між пунктами 6 — «Я відчуваю пригніченість» та 10 — «Я відчуваю занепокоєння, страхи» ($r = 0,601$);

— між пунктами 15 — «Оточуючі налаштовані недружно щодо мене» та 19 — «Мені здається, що люди мене не люблять» ($r = 0,598$);

— між пунктом 16 — «Життя приносить мені задоволення» та одразу трьома пунктами: 20 — «У мене немає сил та бажання починати будь-що робити», 9 — «Мені здається, що моє життя склалося невдало» і 12 — «Я почувую себе щасливою людиною» ($r = 0,554$, $r = 0,548$ і $r = 0,543$ відповідно);

— між пунктами 4 — «Мені здається, що я не гірший за інших» та 19 — «Мені здається, що люди мене не люблять» ($r = 0,527$);

— між пунктами 7 — «Все, що я роблю, вимагає від мене додаткових зусиль» та 8 — «Я сподіваюся на хороше майбутнє» ($r = 0,504$).

Виходячи з градацій оцінки вищезазначених пунктів, можна дійти висновку, що у хворих цієї категорії депресивний настрій супроводжувався вираженим занепокоєнням щодо свого стану; відчуття особистісної змінності у власному усвідомленні — впевненістю щодо негативної оцінки з боку оточуючих; відсутність задо-

воленості від життя — переконанням в тому, що воно склалося невдало та небажанням щось змінювати; надмірні зусилля в подоланні хвороби — песимістичною оцінкою майбутнього.

З метою аналізу перебігу рекурентних депресивних розладів в динаміці та виявлення причин формування депресивної поведінки у цієї категорії хворих був проведений факторний аналіз клініко-психопатологічних, патопсихологічних та анамнестичних показників, що включали особливості самодіагностики і сприйняття обстеженими власної хвороби, копінг-стратегій, суб'єктивного сприйняття індивідуального часу, особистісних орієнтацій та кількість перенесених епізодів.

В результаті виокремлено три фактори за кількістю перенесених епізодів, що характеризують досвід захворювання на рекурентні депресивні розлади: початковий досвід рекурентного депресивного розладу (два епізоди в анамнезі), проміжний досвід рекурентного депресивного розладу (3—5 епізодів в анамнезі), тривалий досвід рекурентного депресивного розладу (більше ніж 5 епізодів в анамнезі).

Вивчення кореляційних зв'язків між кількістю депресивних епізодів в анамнезі та пунктами шкали CES-D виявило, що початковий досвід рекурентного депресивного розладу характеризується впевненістю хворих, що життя

не приносить їм задоволення ($r = 0,586$) і будь-що вимагає від них додаткових зусиль ($r = 0,516$); проміжний досвід рекурентного депресивного розладу супроводжується переконанням хворих, що їхнє життя склалося невдало ($r = 0,660$), відсутністю сил та бажання починати будь-що робити ($r = 0,551$), впевненістю, що вони гірші за інших ($r = 0,506$); тривалий досвід рекурентного депресивного розладу асоційований з відсутністю у хворих сподівань на хороше майбутнє ($r = 0,659$), переживанням самотності ($r = 0,582$), переконанням в упередженому ставленні оточуючих ($r = 0,553$).

В механізмах формування депресивної поведінки на різних етапах депресивного досвіду виявлена залежність копінг-стратегій, особливостей суб'єктивного сприйняття індивідуального часу та особистісних орієнтацій від кількості перенесених депресивних епізодів. З надбанням досвіду захворювання у цієї категорії пацієнтів спостерігалась динамічна трансформація вищезначених факторів:

— у сфері копінг-стратегій — від розгубленості ($r = 0,621$) та фіксації на труднощах ($r = 0,549$) при початковому досвіді, через очікування допомоги ($r = 0,592$) та пасивну кооперацію ($r = 0,579$) при проміжному досвіді до відгородженості ($r = 0,587$) та відступу ($r = 0,520$) при тривалому досвіді;

— у сфері сприйняття часу — від відчуття розгубленості у теперішньому ($r = 0,599$) та його значущості ($r = 0,564$) при початковому досвіді, через негативну оцінку теперішнього ($r = 0,561$) та майбутнього ($r = 0,562$) при проміжному досвіді до впевненості у спустошеності теперішнього ($r = 0,583$) і майбутнього ($r = 0,655$) при тривалому досвіді;

— у сфері особистісних характеристик — від збереження гнучкості поведінки ($r = 0,567$) та контактності ($r = 0,524$) при початковому досвіді, через наростання ригідності ($r = 0,573$), зниження мотивації ($r = 0,564$) й негативне самосприйняття ($r = 0,566$) при проміжному досвіді до уникнення міжособистісних контактів ($r = 0,570$), спустошення ціннісно-мотиваційної сфери ($r = 0,572$) і зниження самоповаги ($r = 0,502$) при тривалому досвіді.

За результатами проведеного дослідження доведено, що суб'єктивна оцінка важкості свого стану у хворих на рекурентні депресивні розлади сприяє поступовому формуванню депресивного стилю поведінки, який на різних етапах захворювання характеризується такими проявами:

— на початковому етапі (два епізоди в анамнезі) — впевненість хворих, що життя не приносить їм задоволення і будь-що вимагає від них додаткових зусиль, супроводжується переважним використанням копінг-стратегій розгубленості і фіксації на труднощах при збереженні гнучкості поведінки та контактності, а також значущості теперішнього;

— на проміжному етапі (3—5 епізодів в анамнезі) — переконання хворих, що їхнє життя склалося невдало, та впевненість, що вони гірші за інших, призводять до формування копінг-стратегій очікування допомоги та пасивної кооперації, зниження мотивації, а також негативної оцінки теперішнього та майбутнього;

— на тривалому етапі (більше ніж 5 епізодів в анамнезі) — відсутність у хворих сподівань на хороше майбутнє, переживання самотності та переконання в упередженому ставленні оточуючих пов'язані з копінг-стратегіями відгородженості та відступу, збідненням ціннісно-моти-

ваційної сфери та зниженням самоповаги, а також впевненістю у спустошеності теперішнього і майбутнього.

Вказані особливості доцільно розглядати як мішені для психотерапевтичного впливу та визначити пріоритетні психотерапевтичні заходи у цієї категорії хворих.

Список літератури

1. Нейротрофічна терапія депресій: можливості та перспективи / Н. О. Марута, І. О. Явдак, О. С. Черднякова, О. С. Марута // Український вісник психоневрології. 2014. Т. 22, вип. 2 (80). С. 96—103.
2. Risk factors for treatment resistance in unipolar depression: A systematic review / D. Bennabi, B. Auouizerate, W. El-Hage [et al.] // J. Affect. Disord. 2015. Vol. 171. P. 137—141.
3. Identifying Depressive Subtypes in a Large Cohort Study: Results from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA) / Femke L., de Jonge P., Nolen W. A. [et al.] // J Clin Psychiatry. 2010. Vol. 71 (12). P. 1582—1589.
4. Richardson K., Barkham M. Recovery from depression: a systematic review of perceptions and associated factors // J Ment Health. 2017. Sep 6. P. 1—13.
5. Richelson E. Multi-modality: a new approach for the treatment of major depressive disorder // Int. J. Neuropsychopharmacol. 2013. Vol. 16, No. 6. P. 1433—1442.
6. Пуговкина О. Д., Паламарчук Л. С. Социальный интеллект и хронификация депрессии // Консультативная психология и психотерапия. 2013. Т. 1. С. 114—125.
7. Hansenne M. Emotional intelligence and personality in major depression: Trait versus state effects // Psychiatry Research. 2007. V. 1. P. 63—68.
8. Пуговкина О. Д. Mindfulness-based cognitive therapy: когнитивная психотерапия, основанная на осознанности в лечении хронической депрессии // Современная терапия психических расстройств. 2014. Т. 2. С. 26—32.
9. Марута Н. О., Жупанова Д. О. Клініко-психологічні особливості хворих на депресію з різним рівнем медикаментозного комплаєнсу (діагностика і корекція) // Український вісник психоневрології. 2016. Т. 24, вип. 1 (86). С. 5—11.
10. Гаранян Н. Г., Васильева М. Н. Личностные характеристики больных рекуррентной депрессией, резистентных к медикаментозному лечению // Сибирский психологический журнал. 2009. Т. 31. С. 27—33.
11. Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М.: Медицинское информационное агентство, 2003. 209 с.
12. Набиуллина Р. Р., Тухтарова И. В. Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом (определение, структура, функции, виды, психотерапевтическая коррекция) : учебное пособие. Казань: Казанская государственная медицинская академия, 2003. 98 с.
13. Самоактуализационный тест / [Ю. Е. Алешина, Л. Я. Гозман, М. В. Загики, М. В. Кроз]. М.: Российское педагогическое агентство, 1995. 44 с.
14. Вассерман Л. И. Семантический дифференциал времени как метод психологической диагностики личности при депрессивных расстройствах : пособие для психологов и врачей / Л. И. Вассерман, Кузнецов О. Н., Ташлыков В. А. [и др.]. СПб., 2005. 23 с.

Надійшла до редакції 10.04.2018 р.

ФЕДЧЕНКО Вікторія Юрївна, кандидат медичинських наук, старший науковий співробітник відділу пограничної психіатрії Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна; e-mail: vfedchenko83@ukr.net

FEDCHENKO Viktoriya, MD, PhD, Senior Researcher of the Department of Borderline Psychiatry of State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of National Academy of Medical Science of Ukraine", Kharkiv, Ukraine; e-mail: vfedchenko83@ukr.net