

lation. We noticed that the risk of blood clots in the female patients with tumours of the reproductive organs remained high, regardless of the localization of the process and the methods of treatment. It is not known exactly to what extent blood count findings would have changed without prescribing thromboembolism prevention course for gynaecological cancerous patients.

This study has shown the risk of thrombus formation in gynaecological oncology always remains high. The activation of the blood coagulation system occurs in all patients with cancerous diseases of the female reproductive organs of different localization. Surgical intervention or the anticancer therapy stimulates the blood coagulation function, and preventive treatment with pharmacological and mechanical methods does not make it possible to control these indicators in the first days after the operation. The patients with tumours of the female reproductive organs should be included in the group of patients with a high risk of thromboembolic complications.

DOI 10.31718/2077-1096.21.2.12

УДК: 616.895.1-616.895.6

**Белов О.О.**

## **СТАН ЖИТТЄСТІЙКОСТІ У ХВОРИХ НА ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ**

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

*Депресивні розлади є одними з найбільш клінічно та соціально важливих захворювань внаслідок діагностичних та лікувальних труднощів і значної соціально-психологічної дезадаптації. Важливим для комплексного розуміння етіопатогенетичних і патопсихологічних механізмів депресій є вивчення особливостей життєстійкості пацієнтів. Метою дослідження було дослідження особливостей життєстійкості та її актуальних складових у пацієнтів з депресивними розладами з урахуванням віку та гендерного фактору. З використанням тесту життєстійкості клініко-психологічно обстежено 107 чоловіків і 138 жінок, хворих на депресивні розлади. Виявлено низький рівень показників життєстійкості у хворих на депресію. У чоловіків показник залученості склав 22,2±5,9 балів у віковій групі до 30 років, 19,0±6,8 балів у віковій групі 30-44 роки і 11,6±10,0 балів у віковій групі 45 років і старші; контролю – відповідно 20,9±4,4 балів, 19,5±5,9 балів і 13,2±9,2 балів; прийняття ризику – відповідно 9,9±3,4 балів, 8,7±3,2 балів і 5,6±4,3 балів; життєстійкості – відповідно 53,1±11,7 балів, 47,2±13,4 балів та 30,4±22,7 балів. У жінок виявлено значуще ( $p<0,05$ ) вищі показники залученості: відповідно 25,6±7,5 балів, 22,4±7,2 балів і 14,7±6,6 балів; контролю: відповідно 23,5±5,0 балів, 22,1±6,0 балів і 17,9±4,7 балів; прийняття ризику: відповідно 10,7±3,1 балів, 9,9±4,0 балів і 7,8±3,6 балів; життєстійкості: відповідно 59,8±13,3 балів, 54,3±15,2 балів і 40,5±13,2 балів. Встановлено тенденцію до зменшення показників життєстійкості, як інтегрального, так і окремих складових, з віком, більш суттєво виражену у віковій групі 45 років і старші. Виявлено наявність значущих ( $p<0,01$ ) зворотних кореляційних зв'язків між виразністю депресії та залученістю ( $r_s=0,683$ ), контролем ( $r_s=0,668$ ), прийняттям ризику ( $r_s=0,599$ ) та життєстійкістю ( $r_s=0,695$ ); між реактивною тривожністю та залученістю ( $r_s=0,608$ ), контролем ( $r_s=0,567$ ), прийняттям ризику ( $r_s=0,520$ ) та життєстійкістю ( $r_s=0,651$ ); між особистісною тривожністю та залученістю ( $r_s=0,336$ ), контролем ( $r_s=0,295$ ), прийняттям ризику ( $r_s=0,208$ ) та життєстійкістю ( $r_s=0,339$ ). Висновки. Депресивні розлади супроводжуються суттєвим зниженням життєстійкості пацієнтів, що поширюється як на загальну життєстійкість, так і на її складові: залученість, контроль і прийняття ризику. Рівень життєстійкості зменшується з віком пацієнта, більш суттєво у старшій віковій групі (45 років і старші). У чоловіків у порівнянні з жінками виявлено значуще нижчий рівень залученості, контролю та життєстійкості у всіх вікових групах, та нижчий рівень прийняття ризику у віковій групі 45 років і старші. Життєстійкість, залученість, контроль і прийняття ризику виявляють зворотні кореляції помірного ступеню з виразністю депресивних проявів і реактивною тривожністю, і зворотні кореляції слабого ступеню – з особистісною тривожністю.*

Ключові слова: депресивні розлади, життєстійкість, залученість, контроль, прийняття ризику.

*Робота виконана відповідно до плану науково-дослідних робіт кафедри медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова і є фрагментом комплексної теми «Психічна дезадаптація (клінічна феноменологія, механізми формування, комплексна корекція)» (Державний реєстраційний № 0115U004000).*

### **Вступ**

Депресивні розлади вважаються одними з найбільш клінічно та соціально важливих захворювань [1]. Сучасні депресивні розлади характеризуються поліморфністю клінічної симптоматики, високою психіатричною та соматичною коморбідністю, а також значною складністю діагностики і резистентністю до терапії [2, 3]. Депре-

сії асоційовані з вираженою соціально-психологічною дезадаптацією, значним погіршенням психосоціального функціонування та суттєвим зниженням якості життя пацієнтів [4, 5]. Пацієнти з депресією мають низькі показники соціального функціонування та високу суїцидальну активність, що призводить до зменшення тривалості життя та збільшення смертності, а

також до вагомих економічних втрат [6, 7]. У сучасних дослідженнях показано, що клініко-психопатологічні прояви і ознаки психосоціальної дезадаптації у пацієнтів з депресивними розладами проявляються як у гострій, так і в підгострій фазі, а також під час ремісії [8], а порушення мікросоціального функціонування поширюються не лише на пацієнтів, але й на їх найближче мікросоціальне оточення, спричинюючи, зокрема, деформацію гомеостазу сімейної системи [9]. Депресія, як і ряд інших психічних захворювань, є плейотропною, але все ще супроводжується стигматизацією, надмірною генералізацією хвороби, поширеною помилковою діагностикою, обмежувальними та упередженими критеріями включення та виключення, відсутністю надійних біомаркерів, дорогими технологіями візуалізації у поєднанні з незначним прогресом у нейробіологічних гіпотезах [10].

Дослідження психологічних особливостей пацієнтів, включаючи їх стійкість до стресів та несприятливих психологічних факторів, мають суттєве значення для розуміння особливостей перебігу депресивних розладів [11, 12, 13]. Водночас, ряд важливих характеристик психологічного реагування пацієнтів з депресією, зокрема, особливостей їх життєстійкості, залишаються недостатньо вивченими, що ускладнює розробку сучасних підходів до лікування та реабілітації хворих на депресію.

### Мета

Дослідження особливостей життєстійкості та її актуальних складових у пацієнтів з депресивними розладами з урахуванням віку та гендерного фактору.

### Матеріали і методи дослідження

З дотриманням принципів біомедичної етики у відповідності до Хельсінкської декларації, на підставі інформованої згоди нами було обстежено 245 хворих на депресивні розлади (107 чоловіків і 138 жінок), які зверталися за психіатричною допомогою до Вінницької обласної психоневрологічної лікарні ім. акад. О.І. Ющенко та за консультативно-лікувальною допомогою на кафедрі медичної психології та психіатрії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова протягом 2015-2019 років. Критерієм включення до дослідження було встановлення діагнозу депресивного розладу відповідно до критеріїв МКХ-10 (коди F 31.3, F 31.4, F 32.0, F 32.1, F 32.2, F 33.0, F 33.1, F 33.2). Середній вік обстежених хворих склав  $33,6 \pm 11,2$  років (медіана 33,0 років, інтерквартильний діапазон 22,0–42,0 років), чоловіків  $34,2 \pm 11,1$  років (34,0 років, 23,0–42,0 років), жінок  $33,2 \pm 11,4$  років (33,0 років, 22,0–41,0 років),  $p > 0,05$ . Середня тривалість захворювання на момент обстеження склала  $5,0 \pm 5,6$  років (4,0 років; 0,0–8,0 років), чоловіків  $5,7 \pm 5,8$  років (4,0 років, 0,0–9,0 років), жінок  $4,5 \pm 5,4$  роки (2,0 років; 0,0–7,0 років),  $p > 0,05$ .

Усі обстежені були розподілені нами на три групи в залежності від віку на момент обстеження: до 30 років (чисельністю 38 чоловіків і 51 жінка) – відповідно Ч1 і Ж1, 30-44 роки (чисельністю 46 чоловіків і 53 жінки) – відповідно Ч2 і Ж2, та 45 років і старші (чисельністю 23 чоловіка і 34 жінки) – відповідно Ч3 і Ж3. Обстеження проведено з використанням тесту життєстійкості S. Maddi в адаптації Д. И. Леонтьева, Е.И. Рассказовой [14]. Статистичний аналіз даних проводився з використанням ліцензійного пакету прикладних програм Statistica 13 (StatSoftInc., США). Оцінка характеру розподілу кількісних ознак проводилася за допомогою тесту Шапіро-Уїлка. Міжгруповий аналіз розбіжностей проводився за допомогою непараметричного тесту Манна-Уїтні. Кореляційний аналіз здійснено з використанням методу рангових кореляцій Спірмена. Прийнятним вважався рівень статистичної значущості розбіжностей та кореляцій  $p < 0,05$ .

### Результати дослідження та їх обговорення

У сучасному науковому розумінні життєстійкість (в оригінальній версії тесту S. Maddi – hardiness) розглядається одночасно з позицій концептуального апарату екзистенційно-гуманістичної та прикладної психології як екзистенційна характеристика, яка дозволяє людині менше залежати від ситуативних переживань, долати основну тривогу та забезпечувати ефективне психологічне функціонування в ситуаціях невизначеності та необхідності робити вибір. У контексті практичної та клінічної психології життєстійкість – це система переконань людини про себе, про навколишнє середовище та про його стосунки з ним. У життєстійкості виділяють три автономних компоненти – залученість, контроль і прийняття ризику, виразність яких визначає стійкість індивіда до психотравмуючих впливів і запобігає внутрішній напрузі у стресових ситуаціях шляхом їх деактуалізації та використання механізмів копіngu.

Залученість (commitment) описується як віра в те, що участь людини у подіях забезпечує для неї максимальну користь та ресурси. Високий рівень залученості дозволяє насолоджуватися власною діяльністю, а низький породжує почуття відторгненості, відчуженості від життя.

Контроль (control) представляє собою переконання особистості, що втручання в те, що відбувається, і боротьба з обставинами дозволяє змінити хід подій і досягти бажаного результату, навіть якщо він не є абсолютним. Людина з високим рівнем контролю почуває себе господарем своєї долі і впевнена, що сама визначає свій життєвий шлях та його результати. Низький рівень контролю супроводжується відчуттям безпорадності, відсутністю впливу особистості на хід подій, схильністю «плисти за течією».

Прийняття ризику (challenge) – це переконання людини у тому, що події, що відбуваються з нею, є джерелом розвитку особистості в резуль-

таті придбання життєвого досвіду – як позитивного, так і негативного. Високий рівень прийняття ризику спонукає людину діяти в умовах ризику, розглядаючи діяльність як джерело досвіду через розвиток та активне засвоєння знань.

Хоча основні характеристики життєстійкості закладаються у дитячому та юнацькому віці, од-

нак, у майбутньому вони динамічно змінюються під впливом зовнішніх умов та психопатологічних процесів.

Дані нашого дослідження вказують на те, що пацієнти з депресією мають низький рівень життєстійкості як в цілому, так і її окремих компонентів (табл. 1, 2).

Таблиця 1  
Показники життєстійкості у чоловіків, хворих на депресивні розлади

Показник	Значення показника, М±m / Ме (Q <sub>25</sub> -Q <sub>75</sub> ), бали			p		
	Ч1	Ч2	Ч3	Ч1 vs Ч2	Ч1 vs Ч3	Ч2 vs Ч3
Залученість	22,2±5,9 / 19,5 (17,0–28,0)	19,0±6,8 / 17,5 (14,0–22,0)	11,6±10,0 / 7,0 (4,0–23,0)	0,015	0,000	0,000
Контроль	20,9±4,4 / 20,0 (17,0–24,0)	19,5±5,9 / 19,0 (14,0–23,0)	13,2±9,2 / 10,0 (5,0–23,0)	0,201	0,002	0,005
Прийняття ризику	9,9±3,4 / 9,0 (8,0–12,0)	8,7±3,2 / 9,0 (6,0–11,0)	5,6±4,3 / 5,0 (2,0–8,0)	0,187	0,000	0,002
Життєстійкість	53,1±11,7 / 50,5 (43,0–62,0)	47,2±13,4 / 45,0 (36,0–55,0)	30,4±22,7 / 23,0 (12,0–52,0)	0,039	0,000	0,001

Таблиця 2  
Показники життєстійкості у жінок, хворих на депресивні розлади

Показник	Значення показника, М±m / Ме (Q <sub>25</sub> -Q <sub>75</sub> ), бали			p		
	Ж1	Ж2	Ж3	Ч1 vs Ч2	Ч1 vs Ч3	Ч2 vs Ч3
Залученість	25,6±7,5 / 25,0 (20,0–31,0)	22,4±7,2 / 21,0 (17,0–28,0)	14,7±6,6 / 13,0 (10,0–18,0)	0,025	0,000	0,000
Контроль	23,5±5,0 / 23,0 (20,0–27,0)	22,1±6,0 / 21,0 (18,0–26,0)	17,9±4,7 / 17,5 (15,0–20,0)	0,171	0,000	0,001
Прийняття ризику	10,7±3,1 / 10,0 (9,0–13,0)	9,9±4,0 / 9,0 (7,0–12,0)	7,8±3,6 / 7,0 (5,0–10,0)	0,161	0,000	0,018
Життєстійкість	59,8±13,3 / 59,0 (48,0–69,0)	54,3±15,2 / 50,0 (42,0–60,0)	40,5±13,2 / 38,0 (31,0–47,0)	0,031	0,000	0,000

При цьому виявлена загальна тенденція щодо зменшення показників життєстійкості (як інтегрального, так і окремих складових) з віком, а також більш високі показники життєстійкості у жінок порівняно з чоловіками. Також встановлено більш суттєві відмінності у показниках життєстійкості між середньою (Ч2 і Ж2) і старшою (Ч3 і Ж3) віковими групами як у чоловіків, так і у жінок, ніж при порівнянні показників молодшої (Ч1 і Ж1) та середньою віковими групами.

Так, у чоловіків середнє значення показника залученості у молодшій віковій групі (Ч1) є найбільшим, але при цьому не перевищує 23 бали, а у жінок (група Ж1) є незначно більшим за 25 балів, що суттєво нижче нормативного рівня (37,6±8,1 бали). Розбіжності між чоловіками і жінками статистично значущі (p=0,040). У середній віковій групі (Ч2 і Ж2) середнє значення показника залученості зменшується у чоловіків до 19 балів, у жінок – до 22,4 балів (p=0,014), а у старшій віковій групі (Ч3 і Ж3) – до 11,6 і 14,7 балів відповідно (p=0,022).

Показник контролю у обстежених пацієнтів також менший за нормативний (29,2±8,4 балів): у молодших вікових групах у чоловіків він склав 20,9 балів, у жінок – 23,5 балів (p=0,020), у середніх – відповідно 19,5 балів і 22,1 балів (p=0,041), у старших – відповідно 13,2 бали і 17,9 балів (p=0,032).

Депресивні розлади асоційовані з низькими показниками прийняття ризику: при нормативному значенні 13,9±4,4 балів цей показник у пацієнтів з депресією складає: у групі Ч1 9,9 балів, у групі Ж1 – 10,7 балів (p=0,137), у групі Ч2 – 8,7 балів, у групі Ж2 – 9,9 балів (p=0,223), у групі Ч3 – 5,6 балів, у групі Ж3 – 7,8 балів (p=0,045).

Відповідно, інтегральний показник життєстій-

кості при нормативному значенні показника 80,7±18,5 балів склав у групі Ч1 53,1 балів, у групі Ж1 – 59,8 балів (p=0,018), у групі Ч2 – 47,2 бали проти 54,3 балів у Ж2 (p=0,012), у групі Ч3 – 30,4 балів проти 40,5 балів відповідно (p=0,024).

Важливе значення для розуміння закономірностей взаємопов'язаності виразності афективних психопатологічних проявів і стану життєстійкості має аналіз кореляційних зв'язків між цими факторами. Депресивні і тривожні прояви впливають не лише на афективну сферу, але й суттєво змінюють всю структуру психічного функціонування індивіда, визначаючи стан його соціального функціонування, активність, якість життя та здатність до психологічного розвитку. Природа цих зв'язків не є абсолютною, оскільки існує багато факторів, що впливають на життєстійкість та її складові – залученість, контроль і прийняття ризику, але наявність важкої афективної патології, безумовно, змінює здатність особистості функціонувати в соціумі. Тому важливо кількісно визначити взаємозв'язок між ступенем тяжкості депресивного стану та тривожності та характеристики життєстійкості та її компонентів.

Кількісні характеристики кореляційних зв'язків між виразністю депресивних і тривожних проявів та життєстійкістю і її компонентами наведені на рис. 1. В якості індикатора виразності депресії нами були використані показники за шкалою депресії Е. Бека (у балах), індикатора особистісної тривожності – показники за шкалою особистісної тривожності С. Spilberger у модифікації Ю.Л. Ханина (у балах), в якості індикатора реактивної тривожності – показники за шкалою реактивної тривожності С. Spilberger у модифікації Ю.Л. Ханина (у балах).

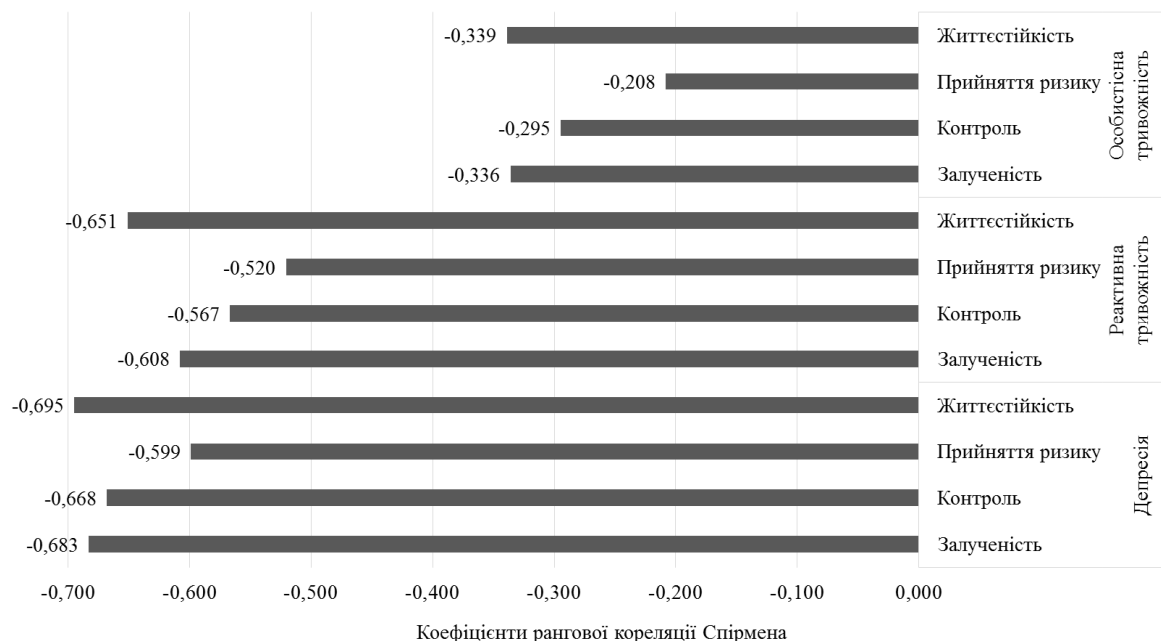


Рис. 1. Кореляційні зв'язки між показниками депресії, реактивної та особистісної тривоги, та показниками життєстійкості з її компонентами

Рівень значущості усіх наведених кореляцій високий ( $p < 0,01$ ).

Найбільш тісні кореляційні зв'язки були виявлені між показниками життєстійкості з депресією і реактивною тривожністю. Сила кореляційного зв'язку помірна (коефіцієнт кореляції в межах від 0,3 до 0,7), кореляції зворотні (зі збільшенням показника депресії та тривожності життєстійкість зменшується). Менш тісні кореляції, що відповідають слабкому рівню (коефіцієнт кореляції в межах 0,3) виявлені для співвідношення життєстійкості та особистої тривожності.

Виявлені особливості життєстійкості у пацієнтів з депресією відображають закономірне зниження загальної психологічної резистентності та життєвої активності, що супроводжує депресивні розлади. Низький рівень залученості може бути наслідком як відчуття відторгненості, невлаштованості, відчуження від життя через зниження соціальної активності і результативності діяльності окремої людини, або ж бути проявом песимізму, який є одним із симптомів депресії. Аналогічно, низькі показники контролю також можуть бути обумовлені пасивністю та небажанням діяти, пов'язаними зі зменшенням енергетичного потенціалу та загальної життєвої активності у пацієнтів з депресією, а також нездатністю пацієнтів з депресією впливати на хід подій, психологічною безпорадністю і бажанням дистанціюватися від діяльності, притаманним вітальним та деяким атиповим формам депресії. Низькі показники прийняття ризику у пацієнтів з депресією відображають сприйняття ними життя як джерела болю, проблем, неприємних психологічних переживань, характерних для депресивного стану, а також пасивність, відірваність від діяльності та бажання дистанціюватися від будь-

яких контактів, що є невід'ємними супутниками депресії. У зв'язку з цим низькі показники життєстійкості є природними, вони відображають знижену здатність пацієнтів з депресією контролювати переживання, долати тривогу та забезпечувати ефективно психологічне функціонування, а також песимістичне сприйняття пацієнтами з депресією себе та своїх стосунків з оточуючими людьми.

Виявлені закономірності щодо нижчих показників життєстійкості у старших вікових групах узгоджуються з виявленою нами тенденцією до посилення важкості афективних розладів з віком [15]; аналогічні дані наводять також інші автори [16,17,18]. Також закономірними є гірші показники життєстійкості у чоловіків порівняно з жінками, враховуючи виявлені нами у зазначеному дослідженні значуще вищі показники депресії у чоловіків.

Зворотні кореляційні зв'язки життєстійкості з показниками депресії та тривожності закономірно відображають зниження соціальної активності, песимізм та падіння енергетичного потенціалу, що супроводжує розвиток депресії. Однак ці співвідношення не є абсолютними, що вказує на складний багатофакторний характер змін життєстійкості при депресії і вимагає продовження досліджень для більш глибокого вивчення наявних закономірностей.

Нам не вдалося знайти роботи, присвячені вивченню особливостей життєстійкості у хворих на депресивні розлади, однак, дані нашого дослідження підтверджують загальну тенденцію щодо погіршення стану адаптації та соціальної взаємодії, виявлену у цілому ряді досліджень [4,5,6,7,8,9]. Водночас, у нашому дослідженні виявлені важливі закономірності щодо гендер-

них та вікових особливостей життєстійкості та її основних компонентів, а також щодо зв'язків її з проявами депресії та тривожності. Виявлені закономірності можуть бути використані при розробці лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів при депресивних розладах.

### Висновки

Депресивні розлади супроводжуються суттєвим зниженням життєстійкості пацієнтів, що поширюється як на загальну життєстійкість, так і на її складові: залученість, контроль і прийняття ризику.

Рівень життєстійкості зменшується з віком пацієнта, більш суттєво у старшій віковій групі (45 років і старші).

У чоловіків у порівнянні з жінками виявлено значуще нижчий рівень залученості, контролю та життєстійкості у всіх вікових групах, та нижчий рівень прийняття ризику у віковій групі 45 років і старші.

Життєстійкість, залученість, контроль і прийняття ризику виявляють зворотні кореляції помірного ступеню з виразністю депресивних проявів і реактивною тривожністю, і зворотні кореляції слабкого ступеню – з особистісною тривожністю.

### Література

1. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet*. 2018; 391(10128): 1357–1366.
2. Wiles N, Taylor A, Turner N, et al. Management of treatment-resistant depression in primary care: a mixed-methods study. *British Journal of General Practice*. 2018; 68(675): e673–e681.
3. Limandri BJ. Treatment-Resistant Depression: Identification and Treatment Strategies. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 2018; 56(9): 11-15.

4. Hammer-Helmich L, Haro JM, Jönsson B, et al. Functional impairment in patients with major depressive disorder: the 2-year PERFORM study. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2018; 14: 239–249.
5. Saragoussi D, Christensen MC, Hammer-Helmich L, et al. Long-term follow-up on health-related quality of life in major depressive disorder: a 2-year European cohort study. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2018; 14: 1339–1350.
6. Wang MQ, Wang RR, Hao Y, et al. Clinical characteristics and sociodemographic features of psychotic major depression. *Ann Gen Psychiatry*. 2021; 20(1): 24.
7. Trautmann S, Rehm J, Wittchen HU. The economic costs of mental disorders: Do our societies react appropriately to the burden of mental disorders? *EMBO Rep*. 2016; 17(9): 1245–1249.
8. Christensen MC, Wong CMJ, Baune BT. Symptoms of Major Depressive Disorder and Their Impact on Psychosocial Functioning in the Different Phases of the Disease: Do the Perspectives of Patients and Healthcare Providers Differ? *Front Psychiatry*. 2020; 11: 280.
9. Pshuk NG, Stukan LV, Kaminska AO. Introducing system of psychotherapeutic intervention for family caregivers of patients with endogenous mental disorders. *Wiadomosci Lekarskie*. 2018; 71(5): 980-985.
10. Blackburn TP. Depressive disorders: Treatment failures and poor prognosis over the last 50 years. *Pharmacol Res Perspect*. 2019; 7(3): e00472.
11. Feligreras-Alcalá D, Frías-Osuna A, del-Pino-Casado R. Personal and Family Resources Related to Depressive and Anxiety Symptoms in Women during Puerperium. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(14): 5230.
12. Yan L, Gan Y, Ding X, et al. The relationship between perceived stress and emotional distress during the COVID-19 outbreak: Effects of boredom proneness and coping style. *J Anxiety Disord*. 2021; 77: 102328.
13. McLoughlin E, Fletcher D, Slavich GM, et al. Cumulative lifetime stress exposure, depression, anxiety, and well-being in elite athletes: A mixed-method study. *Psychol Sport Exerc*. 2021; 52: 101823.
14. Leontyev DA, Rasskazova EI. Test zhittestojkosti: metodicheskoe rukovodstvo [Test of hardiness: methodological guidance]. Moscow; 2006. 34 p. (Russian).
15. Belov O, Pshuk N. Age and gender features of depressive and anxiety symptomatology of depressive disorders. *Wiadomosci Lekarskie*. 2020; 73(7): 1476-1479.
16. Bruin MC, Comijs HC, Kok RM, et al. Lifestyle factors and the course of depression in older adults: A NESDO study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2018; 33(7): 1000–1008.
17. Dao ATM, Nguyen VT, Nguyen HV, Nguyen LTK. Factors Associated with Depression among the Elderly Living in Urban Vietnam. *Biomed Res Int*. 2018; 18: 237.
18. Laird KT, Krause B, Funes C, Lavretsky H. Psychobiological factors of resilience and depression in late life. *Transl Psychiatry*. 2019; 9: 88.

### Реферат

#### СОСТОЯНИЕ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ У БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Белов А.А.

Ключевые слова: депрессивные расстройства, жизнестойкость, вовлеченность, контроль, принятие риска.

Депрессивные расстройства являются одними из наиболее клинически и социально важных заболеваний вследствие диагностических и лечебных трудностей и значительной социально-психологической дезадаптации. Важным для комплексного понимания этиопатогенетических и патопсихологических механизмов депрессий является изучение особенностей жизнестойкости пациентов. Целью исследования было исследование особенностей жизнестойкости и ее актуальных составляющих у пациентов с депрессивными расстройствами с учетом возраста и гендерного фактора. С использованием теста жизнестойкости клинико-психологически обследовано 107 мужчин и 138 женщин, больных депрессивными расстройствами. Выявлен низкий уровень показателей жизнестойкости у больных депрессией. У мужчин показатель вовлеченности составил  $22,2 \pm 5,9$  баллов в возрастной группе до 30 лет,  $19,0 \pm 6,8$  баллов в возрастной группе 30–44 года и  $11,6 \pm 10,0$  баллов в возрастной группе 45 лет и старше; контроля – соответственно  $20,9 \pm 4,4$  баллов,  $19,5 \pm 5,9$  баллов и  $13,2 \pm 9,2$  баллов; принятие риска – соответственно  $9,9 \pm 3,4$  баллов,  $8,7 \pm 3,2$  баллов и  $5,6 \pm 4,3$  баллов; жизнестойкости – соответственно  $53,1 \pm 11,7$  баллов,  $47,2 \pm 13,4$  баллов и  $30,4 \pm 22,7$  баллов. У женщин выявлено значимо ( $p < 0,05$ ) более высокие показатели вовлеченности: соответственно  $25,6 \pm 7,5$  баллов,  $22,4 \pm 7,2$  баллов и  $14,7 \pm 6,6$  баллов; контроля: соответственно  $23,5 \pm 5,0$  баллов,  $22,1 \pm 6,0$  баллов и  $17,9 \pm 4,7$  баллов; принятия риска: соответственно  $10,7 \pm 3,1$  баллов,  $9,9 \pm 4,0$  баллов и  $7,8 \pm 3,6$  баллов; жизнестойкости: соответственно  $59,8 \pm 13,3$  баллов,  $54,3 \pm 15,2$  баллов и  $40,5 \pm 13,2$  баллов. Установлена тенденция к уменьшению показателей жизнестойкости, как интегральной, так и ее отдельных составляющих с возрастом, более существенно выраженная в возрастной группе 45 лет и старше. Выявлено наличие значимых ( $p < 0,01$ ) обратных корреляционных связей между выраженностью депрессии и вовлеченностью ( $r_s = 0,683$ ), контролем ( $r_s = 0,668$ ), принятием риска ( $r_s = 0,599$ ) и жизнестойкостью ( $r_s = 0,695$ ) между

реактивной тревожностью и вовлеченностью ( $r_s=0,608$ ), контролем ( $r_s=0,567$ ), принятием риска ( $r_s=0,520$ ) и жизнестойкостью  $r_s=0,651$ ) между личностной тревожностью и вовлеченностью ( $r_s=0,336$ ), контролем ( $r_s=0,295$ ), принятием риска ( $r_s=0,208$ ) и жизнестойкостью ( $r_s=0,339$ ). **Выводы.** Депрессивные расстройства сопровождаются существенным снижением жизнестойкости пациентов, которое распространяется как на общую жизнестойкость, так и на ее составляющие: вовлеченность, контроль и принятие риска. Уровень жизнестойкости уменьшается с возрастом пациента, более существенно в старшей возрастной группе (45 лет и старше). У мужчин по сравнению с женщинами выявлены значительно низкие уровни вовлеченности, контроля и жизнестойкости во всех возрастных группах, и низкий уровень принятия риска в возрастной группе 45 лет и старше. Жизнестойкость, вовлеченность, контроль и принятие риска обнаруживают умеренные обратные корреляции с выраженностью депрессивных проявлений и реактивной тревожностью и слабые обратные корреляции – с личностной тревожностью.

### Summary

#### ENERGY AND VITALITY IN PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS

Belov O.O.

Key words: depressive disorders, vitality, commitment, control, assumption of risk

Depressive disorders are one of the most clinically and socially challenging diseases resulting from diagnostic and therapeutic difficulties and significant socio-psychological maladaptation. Therefore, investigating the characteristics of energy and vitality in patients with depressive disorders, taking into account age and sex can contribute to comprehensive understanding of the etiopathogenetic and pathopsychological mechanisms of depressive disorders.

The aim of this study is to assess the peculiarities of vitality and its components in patients with depressive disorders considering their age and sex. The study involved 107 men and 138 women with depressive disorders, who underwent clinical and psychological examination and were asked to fill out a questionnaire about their live energy and health components of vitality. The findings obtained demonstrated the low level of vitality in patients with depression. In men, the level of social engagement was  $22.2 \pm 5.9$  scores in the age group up to 30 years;  $19.0 \pm 6.8$  scores in the age group of 30-44 year participants, and  $11.6 \pm 10.0$  scores in the age group of 45 year old and over; while in the control groups this value was  $20.9 \pm 4.4$  scores,  $19.5 \pm 5.9$  scores and  $13.2 \pm 9.2$  scores respectively. The assumption of risk was in the test groups was scored  $9.9 \pm 3.4$ ,  $8.7 \pm 3.2$ , and  $5.6 \pm 4.3$  respectively; vitality rate made up  $53.1 \pm 11.7$  scores,  $47.2 \pm 13.4$  scores and  $30.4 \pm 22.7$  scores respectively.

The women demonstrated significantly ( $p < 0.05$ ) higher rates of social engagement:  $25.6 \pm 7.5$  scores,  $22.4 \pm 7.2$  scores, and  $14.7 \pm 6.6$  points, respectively vs.  $23.5 \pm 5.0$  scores,  $22.1 \pm 6.0$  scores, and  $17.9 \pm 4.7$  scores in the controls, respectively; the assumption of risk equalled  $10.7 \pm 3.1$  scores,  $9.9 \pm 4.0$  scores, and  $7.8 \pm 3.6$  scores respectively. The vitality was scored  $59.8 \pm 13.3$ ,  $54.3 \pm 15.2$ , and  $40.5 \pm 13.2$  respectively. There has been found a tendency towards the decrease in the indicators of vitality, both its integral and individual components, with age, and this is more pronounced in the age group of 45 years and over. Significant ( $p < 0.01$ ) inverse correlations have been found between the severity of depression and the social life engagement ( $r_s=0.683$ ), control ( $r_s=0.668$ ), assumption of risks ( $r_s=0.599$ ) and vitality ( $r_s=0.695$ ); between the reactive anxiety and the social engagement ( $r_s=0.608$ ), control ( $r_s=0.567$ ), assumption of risks ( $r_s=0.520$ ) and vitality ( $r_s=0.651$ ); and between personal anxiety and social engagement ( $r_s=0.336$ ), control ( $r_s=0.295$ ), assumption of risks ( $r_s=0.208$ ) and vitality ( $r_s=0.339$ ).

Conclusions. Depressive disorders are accompanied by a significant decrease in the energy and vitality of the patients that impacts both the overall vitality and its components: social engagement, control, and assumption of risks. The level of vitality goes down with the age of the individuals, and is more pronounced in the aged group (45 years and over). The men demonstrate significantly lower levels of social engagement, control, and vitality in all age groups compared to the women, and a lower level of the assumption of risks in the age group 45 years and over. There have been found out moderate inverse correlations between vitality, social engagement, control, and the assumption of risk and the severity of depressive symptoms, reactive anxiety, and weak inverse correlations with personal anxiety.