

**С.К. Кудайбергенова<sup>1</sup>, А.Т. Камзанова<sup>1</sup>, М.К. Жолдасова<sup>1</sup>,  
З.Б. Мадалиева<sup>1</sup>, С.А. Несипбаев<sup>2</sup>, А.М. Кустубаева<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Казахский национальный университет им. аль-Фараби, Алматы, Казахстан;

<sup>2</sup>Медицинский центр «Керуен-Medicus», Алматы, Казахстан.

E-mail: sandugash.kudaibergenova@kaznu.kz, manzura.zholdasova@kaznu.kz,  
kamzanova.altynkul@kaznu.kz, zabyra.madalyeva@kaznu.kz,  
sultannessipbayev@gmail.com, almkusto@kaznu.kz

## ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ДЕПРЕССИИ И ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ

**Аннотация.** Согласно статистике, депрессия, ведущая к снижению качества жизни и росту суицидального риска, является одним из самых распространенных психических расстройств в мире и в Казахстане. В связи с этим актуальным является выявление личностных факторов, которые могут быть как предикторами депрессий, так и оказывать существенное влияние на течение, лечение и профилактику, депрессий, особенно если она выявляется впервые. Теоретический анализ показал различные методические подходы к исследованию данной проблемы, исследователями выделен ряд конкретных личностных характеристик, влияющих или взаимосвязанных с депрессивным состоянием, однако полученные результаты неоднозначны.

В эмпирической части исследования были проанализированы личностные особенности испытуемых с впервые диагностированной депрессией, полученные с помощью методик Шкала депрессии Гамильтона, «Эмоциональный интеллект», «Большая пятерка», «Шкала позитивного и негативного аффекта». Выявлены статистически достоверные взаимосвязи депрессии с показателями эмоционального интеллекта, а также со шкалами «Экстраверсия – интроверсия», «Привязанность – обособленность», «Экспрессивность – практичность». У депрессивных испытуемых показатель эмоционального интеллекта «Внимание к эмоциям» различается в зависимости от пола и возраста.

Полученные результаты могут быть использованы для решения научных и прикладных задач по выявлению, лечению, профилактике депрессивных состояний.

**Ключевые слова:** депрессия, личностные характеристики, эмоциональный интеллект, впервые диагностированная депрессия.

**Введение.** Согласно статистике Всемирной организации здравоохранения, депрессия является одним из самых распространенных психических расстройств в мире. На март 2018 года число страдающих данным заболеванием в мире оставляло 264 миллиона человек [1]. В Казахстане, согласно статистике ВОЗ за 2017 год, депрессия составляла порядка 4,4% от общей численности населения, что, с учетом официальных статистических данных по количеству населения в стране, составляло порядка 794 000 человек (показатели не стандартизированы по возрасту) [2,3].

Депрессивные состояния могут значительно ухудшать самочувствие и вести к психологическим и физическим страданиям, снижению качества жизни, при неблагоприятном течении – к суицидальному поведению и инвалидизации человека. Проблема высокого суицидального риска, буллинга, особенно среди молодежи, актуальна для нашей страны [4,5]. Негативное бремя депрессии ведет к значительному ухудшению жизнедеятельности человека в личной, учебной, трудовой, социальной сферах.

Первичное выявление депрессий зачастую осложнено стигматизацией данного расстройства в обществе, их стертой симптоматикой, а также более выраженной представленностью соматических, а не психических симптомов. Особенно это проявляется при депрессиях легкой и

умеренной степени выраженности. Первично при депрессии такой степени выраженности, население, чаще всего, обращается не к психиатрам, а в обычные районные поликлиники к терапевтам, либо к психологам и психотерапевтам. Правильная организованная и своевременная психологическая диагностика уже при первичном обращении раскрывает особенности протекания депрессии у конкретного пациента, значительно сокращает сроки лечения, помогает найти главные мишени психологической, либо психотерапевтической работы с клиентом.

Вопрос о взаимосвязи личностных характеристик с депрессией является одним из ключевых в диагностике и лечении данного недуга, поскольку с одной стороны, знание личности клиента помогает в поиске возможных предикторов депрессивных состояний, с другой стороны, в уже протекающих депрессиях определенные характерологические особенности могут быть как смягчающим, так и отягчающим обстоятельством. Прослеживание связей между личностными особенностями и депрессией также полезно с точки зрения понимания процессов развития расстройств настроения.

В связи с вышеизложенным, в настоящее время для оказания качественной психологической и медицинской помощи актуальным и востребованным является исследование взаимосвязи депрессивных эпизодов и личностных характеристик, особенно для лиц с впервые диагностированной депрессией.

**Степень разработанности проблемы.** Влияние и взаимосвязь личностных характеристик и депрессивных состояний исследовались в клинической психологии и психиатрии достаточно широко [6]. Личность – это не фиксированный набор характеристик, в котором участвуют как врожденные, так и приобретенные качества (например, характер и темперамент). Сразу оговоримся, что в рамках нашего исследования это не принципиальный вопрос, мы не ставили целью выяснить, какой их компонентов личности – наследуемый или средовой – влияет больше.

В концепциях, связывающих конструкты «Депрессия-Личность», можно выделить несколько моделей [7,8]:

1. Депрессия и личностные особенности имеют общую этиологию, но они не связаны напрямую, есть еще третьи переменные, которые и определяют общую картину заболевания;

2. Депрессивные состояния и личностные особенности представляют собой этиологически разные состояния, но при этом для депрессии свойственны крайние степени проявления каких-либо характеристик, однако связь здесь не линейная;

3. Личностные характеристики являются «предшественниками» депрессий. Усиление какой-либо личностной особенности предшествует по времени и выступает как специфический фактор риска или предрасполагающее условие, уязвимость для клинической манифестации депрессии;

4. Патопластическая модель взаимосвязи личностных конструктов и депрессии делает акцент на том, что именно они определяют качественные характеристики, тяжесть депрессивной симптоматики, течение, а также исход депрессивного расстройства.

Если остановиться на конкретных личностных характеристиках, влияющих или взаимосвязанных с депрессивными состояниями, то можно выделить, прежде всего, *нейротизм*. Повышенный уровень нейротизма часто отмечался у депрессивных пациентов, также в некоторых исследованиях говорится, что нейротизм, в совокупности с наличием стрессовых жизненных событий, создает повышенный риск и уязвимость к депрессии, при этом имеют место различия в проявлении нейротизма в зависимости от возраста, расы, пола [9-14].

*Эмоциональный интеллект*, который отвечает за понимание своих эмоций и способность регулировать эмоции, также важен для объяснения депрессивных состояний. На клинической выборке испытуемых было установлено, что способность управлять и контролировать эмоции была связана с тяжестью депрессии и далее отражалась в значительном дефиците способностей распознавать и выражать эмоции. Снижение характеристик эмоционального интеллекта повышает уязвимость к депрессии [15-17].

По сравнению со здоровыми испытуемыми, депрессивные больные характеризуются более интенсивным переживанием *гнева/враждебности/агрессии*. Одновременно у депрессивных пациентов отмечался более интенсивный страх перед последствиями агрессии, а также стремление подавлять свои негативные эмоции. Обнаружено, что внешние/вербальные проявления гнева в группах депрессивных пациентов отмечались реже, чем в группе нормы, однако об их наличии

свидетельствует внешняя оценка невербального поведения пациентов. Уровень агрессии связан со степенью тяжести депрессии, а также с гендером [18,19].

Было выявлено, что уязвимость к депрессии выше у лиц, склонных к *зависимости в межличностных отношениях*. Роль межличностной зависимости как фактора личностной уязвимости к депрессии безоговорочно признавалась исследователями как психоаналитической, так и когнитивной ориентации. Однако специфичность этой черты для депрессии некоторыми авторами подвергалась сомнению. Эмпирические исследования показали, что среди лиц юношеского возраста зависимость не является предиктором депрессии. Показатели зависимости в межличностных отношениях у выздоровевших больных в период ремиссии были значимо выше, чем преморбидные оценки зависимости до болезни. Интервенционные исследования показали, что депрессия у лиц с выраженной межличностной зависимостью требует более продолжительной аналитически-ориентированной психотерапии [20].

Значение *экстраверсии* как фактора риска депрессивных состояний исследовалось, но его значение оценивается по-разному: от сильного до полного отсутствия связи. Экстраверсия часто рассматривается в интеграции с нейротизмом, влияют также и половозрастные особенности исследованных лиц [13,14,21,22].

Анализ предыдущих исследований показал, что в оценке взаимосвязи депрессивных состояний и личностных особенностей сложно делать однозначные выводы, поскольку проведенные исследования были построены на разных методологических основаниях. Например, это могли быть семейные сравнительно-сопоставительные исследования между депрессивными пациентами и их здоровыми родственниками, близнецовый метод и генетические исследования, сравнительный анализ лиц со стойкой ремиссией депрессии и без нее, лонгитюдные исследования показателей тех или иных личностных характеристик до и после депрессивного эпизода. Также проведенный анализ показал влияние половозрастных факторов на характер связи между депрессией и личностными характеристиками.

**Целью настоящего исследования** стало изучение взаимосвязи депрессии и личностных характеристик у лиц с впервые диагностированной депрессией (верифицированный диагноз F.32) на русскоязычной казахстанской выборке.

**Материалы и методы.** Диагностическое психологическое исследование проводилось на базе центра когнитивной нейронауки КазНУ имени аль-Фараби и Республиканского научно-практического центра психического здоровья г. Алматы. В данную статью включены результаты только русскоязычной выборки. Предварительно проект исследования прошел экспертизу и получил одобрение Локального этического комитета медицинского факультета Высшей школы общественного здравоохранения КазНУ им. аль-Фараби (протокол № IRB-A042 26.04.2018). Участие в исследовании было добровольным, и испытуемыми подписывался лист информированного согласия, который полностью знакомил участника с целями и задачами исследования и возможность отказа от участия на любом из этапов исследования.

Для достижения поставленных целей были выбраны следующие диагностические инструменты, переведенные и адаптированные на русский язык:

1. Шкала депрессии Гамильтона (Hamilton Rating Scale for Depression, Hamilton, 1960, русскоязычная версия Асанович М., 2017 [23,24]). Представляет собой полуструктурированное интервью, которое проводит специалист (в нашем случае психолог). Позволяет дифференцировать 4 уровня депрессии. Вычисляется итоговый показатель (далее в тексте обозначается как ШГ). Оцениваются следующие симптомы: депрессивное настроение, чувство вины, суицидальные мысли, снижение работоспособности, психомоторные нарушения, желудочно-кишечные симптомы, общесоматические симптомы, снижение либидо, снижение веса.

2. Методика на диагностику эмоционального интеллекта Trait Meta Mood Scale, разработанная Salovey et al (1995), была адаптирована на русский язык в 2009 году [25,26]. Методика состоит из 30-ти вопросов и имеет 3 шкалы: внимание к собственным эмоциям (далее по тексту – ВЭ); понимание собственных эмоциональных состояний (далее по тексту – ПЭ), способность к регуляции настроения и негативных эмоциональных переживаний (далее по тексту – РЭ).

3. Тест «Большая пятерка» (Big Five, Digman J.M., 1990; Goldberg L.R., 1993, русскоязычная версия Хромова А.Б. [27-29]) направлен на исследование 5 факторов личности: «Экстраверсия –

интроверсия» (далее по тексту - ЭИ); «Привязанность – обособленность» (далее по тексту - ПО); «Самоконтроль – импульсивность» (далее по тексту - СИ); «Эмоциональная неустойчивость – эмоциональная устойчивость» (далее по тексту - ЭУ); «Экспрессивность – практичность» (далее по тексту - ЭП).

4. Шкала позитивного и негативного аффекта ШПАНА (Positive and Negative Affect Schedule, Watson, Clark, Tellegen, 1988, русскоязычная версия Осина Е., 2012 [30,31]). Состоит из 20 утверждений и позволяет выделить показатели позитивного аффекта (далее по тексту - ПА) и негативного аффекта (далее по тексту - НА).

С учетом нормальности распределения данных, для проверки выдвинутых нами гипотез, были проведены процедуры подтверждения надежности опросников с показателем альфа Кронбаха, корреляционного анализа с использованием г-критерия Пирсона, однофакторный дисперсионный анализ ANOVA, подсчитаны средние значения и стандартные ошибки отклонения в сравниваемых группах. Для статистического анализа была использована программа SPSS 15.0.

**Выборка.** В выборку первоначально было включено 60 человек, критерии включения в группу - возраст испытуемых от 18 до 45 лет, критерии исключения - наличие ранее диагностированных психоневрологических заболеваний, а также прием психоактивных препаратов менее, чем за 2 недели до исследования. Наличие-отсутствие депрессии верифицировалось врачом-психиатром в соответствии с критериями группы F32.0 (депрессивное расстройство) Международной классификации болезней 10-го пересмотра [32]. Анализу были подвергнуты данные по 52 испытуемым (8 человек были исключены). У 42 человек (80,8% выборки) верифицирован диагноз «Депрессивный эпизод» (F.32), у 10 человек (19,2%) депрессии и других психических нарушений не выявлено.

#### Результаты и их обсуждение.

1. Результаты статистической обработки тестов и определения альфа Кронбаха показали надежность использованных тестов и представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Показатели альфа Кронбаха по психометрическим тестам

Методики	Шкала Гамильтона	Большая Пятёрка					Методика на эмоциональный интеллект			Шкала позитивного и негативного аффекта	
		ЭИ	ПО	СИ	ЭУ	ЭП	ВЭ	ПЭ	РЭ	ПА	НА
Значение Альфа Кронбаха	0,810	0,847	0,868	0,877	0,890	0,861	0,919	0,909	0,853	0,764	0,766

Согласно требованиям к проведению психодиагностических процедур, значения альфа Кронбаха ближе к 0,8 и выше говорят о высокой надежности и валидности использованного психодиагностического инструментария.

2. На первом этапе нашего исследования мы решили проверить гипотезу о взаимосвязи между депрессией и личностными характеристиками, для чего провели процедуру корреляционного анализа. Статистически значимые результаты корреляционного анализа представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Значимые корреляционные связи между показателями депрессии и личностными характеристиками (коэффициент г-Пирсона)

Коррелируемые шкалы	ЭИ	ПО	СИ	ЭУ	ЭП	ПЭ	РЭ
РЭ	0,44**	0,49**	0,32*		0,36*		
ПА							0,28*
НА	-0,43**	-0,48**	-0,39**	-0,28*	-0,35*	-0,33*	-0,41**
ШГ	-0,28*	-0,32*			-0,31*		-0,37**

Примечание. Уровни значимости: \*\*p<0,01, \*p<0,05

Как видно из приведенных данных, имеются достоверно значимые корреляции между показателями депрессии и эмоционального интеллекта, причем эта связь отрицательная: чем выше показатели эмоционального интеллекта, тем ниже уровень депрессии и наоборот – снижение

депрессии сопровождается улучшением способностей эмоционального интеллекта. Так, с возрастанием уровня депрессивного состояния снижается степень способности понимать собственные эмоции и эмоции других людей ( $p < 0,05$ ), что выражается в ухудшении способности соотносить эмоции с обозначающих ими словами, а также в снижении способности понимать и интерпретировать простые и комплексные чувства (например, смешанные /одновременные чувства любви и ненависти, страха и удивления).

Еще одна важная составляющая эмоционального интеллекта – способность регулировать свои эмоции. Было выявлено, что с возрастанием уровня депрессии достоверно снижается способность регулировать эмоциональное состояние ( $p < 0,01$ ). То есть мы можем говорить, что депрессивные состояния характеризуются ухудшением способности смягчать/подавлять негативные переживания и удерживать положительные эмоции, а также трудностями в управлении своим психоэмоциональным состоянием. Способность к восстановлению и управлению эмоциями достоверно связана с уровнем позитивного и негативного аффекта: чем выше способность к эмоциональной саморегуляции, тем в большей степени индивид способен к переживанию позитивных эмоций, быть эмоционально вовлеченным и высоко энергичным ( $p < 0,05$ ), низкая эмоциональная саморегуляция сопровождается не только возрастанием депрессивности, но и возрастанием таких негативных эмоций, как страх, напряженность, гнев, вина, отвращение и т.д.

Наши эмпирические данные о взаимосвязи эмоционального интеллекта и депрессии перекликаются с результатами исследований, полученными разными группами авторов на клинических выборках пациентов с депрессией. Они подтверждают идею о том, что низкие значения эмоционального интеллекта повышают уязвимость к депрессивным состояниям. Хороший эмоциональный интеллект, являющийся важной частью общего интеллекта, позволяет развивать продуктивные межличностные отношения и иметь лучшую социальную поддержку, что важно для предотвращения депрессии [15-17,33].

Выявлены статистически значимые коррекционные связи между депрессивным состоянием и факторами «Экстраверсия – интроверсия» (ЭИ), «Привязанность – обособленность» (ПО), «Экспрессивность – практичность» (ЭП) 5-ти факторной модели личности. В исследованной нами выборке лиц с впервые диагностированной депрессией отмечаются следующие закономерности:

– С возрастанием уровня депрессии наблюдается снижение экстравертированности, общительности, нарастание интровертированного локуса и снижение межличностной активности ( $p < 0,05$ ).

– С возрастанием депрессивности отмечается также нарастание тенденции дистанцироваться от окружения ( $p < 0,05$ ). Авторы методики «Большая пятерка» считают, что индивидуумы с низкими показателями по шкале «Привязанность-обособленность» имеют обособленную позицию при взаимодействии, испытывают трудности в понимании других, их больше волнуют собственные проблемы, чем проблемы окружающих их людей, при этом они стремятся к совершенству.

– Рост депрессивности отрицательно коррелирует с показателями шкалы «Экспрессивность – практичность» ( $p < 0,05$ ). Это говорит о том, что с ростом уровня депрессивного состояния имеет место уменьшение легкости, беззаботности, экспрессивности, при этом снижается гибкость и чувство юмора, поведение становится более практичным, а взгляд на мир более «трезвым», критичным и реалистичным.

Хотя в нашем исследовании акцент был сделан на выявлении корреляционных связей депрессивных состояний с личностными характеристиками, мы обнаружили взаимосвязь всех шкал «Большой пятерки» с настроением. Эмпирические результаты показали достаточно большое число статистически значимых отрицательных корреляционных связей негативного аффекта (шкала НА) со всеми шкалами «Большой пятерки» (показатели корреляции  $r$  находятся в диапазоне от  $-0,44$  до  $-0,28$  для  $p < 0,01$ ) и шкалой РЭ опросника эмоционального интеллекта ( $p < 0,01$ ). То есть мы можем сказать, что снижение способностей эмоционального интеллекта сопровождается нарастанием интроверсии, дистанцированности, снижением самоконтроля, тенденцией к эмоциональной и поведенческой ригидности, а также ухудшением непосредственности и легкости в общении, снижением энергетического потенциала, неспособностью к приятной эмоциональной вовлеченности.

Конечно, корреляционные связи не могут быть доказательством прямых причинно-следственных связей, но мы можем предположить, что такие факторы личности, как характеристики эмоционального интеллекта, показатели шкал «Экстравертированность – интровертированность»,

«Привязанность-обособленность», «Экспрессивность-практичность» связаны с риском развития депрессивной симптоматики. Если анализировать все выявленные нами зависимости в комплексе, то мы можем утверждать, что впервые диагностированные депрессивные эпизоды уже сопровождаются ухудшением социально-психологического взаимодействия между человеком и его социальным окружением, снижением уровня адаптированности и способности контролировать и осознавать свое поведение, быть «чутким» к своему внутреннему миру.

3. Далее был проведен сравнительный анализ личностных профилей испытуемых с депрессией в зависимости от пола (24 женщины и 18 мужчин) и возраста (младшая возрастная группа – от 18 до 25 лет и старшая возрастная группа – от 26 до 45 лет) с использованием однофакторного дисперсионного анализа ANOVA, поскольку их значимость показана во многих исследованиях [11,12,18,19,34].

Были выявлены значимые различия в показателе ВЭ по гендерному ( $F=4,60$ ;  $p=0,04$ ) и возрастному ( $F=6,09$ ;  $p=0,02$ ) признакам (см. рисунок 1).



Рисунок 1 – Средние значения шкалы «Внимание к эмоциям» (ВЭ) по методике эмоционального интеллекта в разрезе гендера и возраста

Как видно из рисунка 1, в группе депрессивных лиц статистически значимые различия выявлены по эмоциональному интеллекту, точнее по такой его составляющей, как «Внимание к эмоциям» (ВЭ). Способность сосредотачиваться на своих эмоциях и идентифицировать лучше выражена у женщин, чем у мужчин ( $p<0,05$ ), а также у более старших по возрасту испытуемых с впервые диагностированной депрессией по сравнению с молодыми ( $p<0,05$ ).

Для нашего эмоционального опыта и поведения важно, что переживание чувств и их называние (определение) - различные феномены. Внимание к своим эмоциям - результат когнитивных процессов, которые трансформируют перцептивные переживания во внутренний опыт. Оно имеет большое значение для закрепления опыта, эмоциональной экспрессии и межличностной коммуникации, поскольку лежит в основе правильного распознавания и понимания своих чувств. Данная характеристика эмоционального интеллекта способствует более эффективной коммуникации, поскольку позволяет адекватно идентифицировать, описывать, перерабатывать и в дальнейшем выражать эмоции. Если внимание к своим эмоциям снижено, это может привести к алекситимии – неспособности к идентификации и описанию своих эмоций, к трудностям в дифференциации эмоций и телесных ощущений и высокому риску развития психосоматической симптоматики и других невротических расстройств.

Хотя в абсолютных показателях шкал выявленные различия не очень велики, их знание крайне полезно при проведении психологической работы и фармакологического лечения депрессивных пациентов. Возможно, в коррекционной работе психолога с депрессивными пациентами более молодого возраста, а также в работе с пациентами мужского пола мишенью терапии может стать развитие/восстановление способности к вниманию и идентификации своих эмоциональных состояний и профилактика алекситимии, поскольку специалисты (врачи, психологи) в своей работе во много опираются на отчеты клиентов о своем состоянии.

Анализ отдельных симптомов депрессии по шкале Гамильтона показал, что у мужчин, по сравнению с женщинами, статистически достоверно выше такой показатель, как желудочные симптомы ( $p=0,03$ ). В разрезе диагностики мы можем рекомендовать специалистам обращать внимание на данный симптом у мужчин как на предиктор возможной депрессии.

В старшей возрастной группе, по сравнению с более молодыми испытуемыми на статистически значимом уровне сильнее выражено переживание чувства вины, недовольство собой ( $p < 0,01$ ). Чувство вины связано с заниженной самооценкой и самобичеванием, что может стать первоочередной психотерапевтической мишенью в работе с депрессивными пациентами более старшего возраста.

4. Еще один важный вопрос, интересовавший нас: имеются ли отличия в личностных характеристиках у лиц с разным уровнем депрессии (нет депрессии, легкий уровень депрессии, умеренно выраженный уровень депрессии). Разделение на группы по уровню депрессии мы провели на основании Шкалы Гамильтона. Сравнение было проведено с помощью однофакторного дисперсионного анализа ANOVA, по результатам которого были выявлены значимые различия по показателям ПО ( $F=4,00$ ;  $p=0,02$ ), ЭП ( $F=3,23$ ;  $p=0,04$ ) и ПА ( $F=4,08$ ;  $p=0,02$ ) между группами с разным уровнем депрессии (рисунок 2).

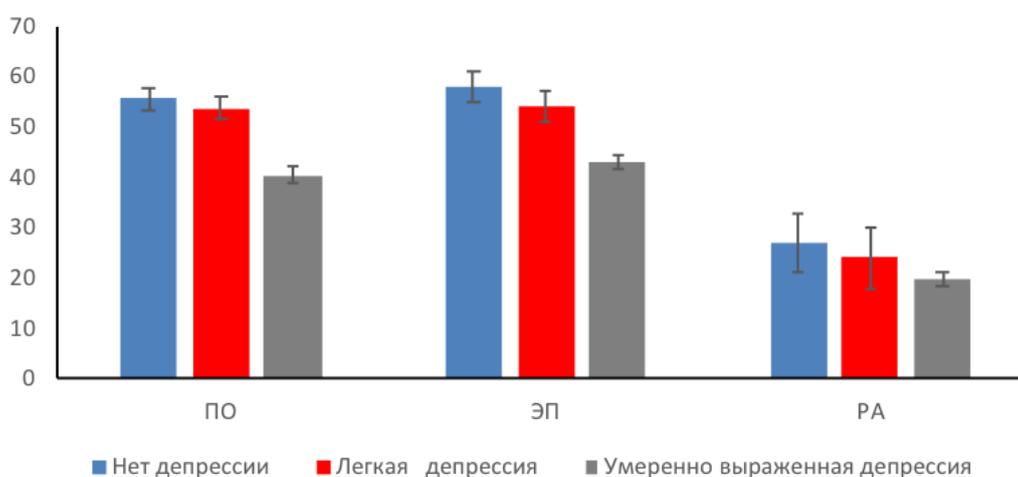


Рисунок 2 – Средние значения шкал «Привязанность-обособленность» (ПО), «Экспрессивность-практичность» (ЭП) по методике «Большая 5», «Позитивный аффект» (ПА) по методике ШПАНА в трех группах

Полученные результаты выявили статистически достоверные различия в личностных характеристиках испытуемых с разным уровнем депрессии. По шкалам «Привязанность – обособленность», «Экспрессивность – практичность», а также по шкале позитивного аффекта лица с выраженной депрессией статистически достоверно отличаются от лиц без депрессии (голубой и серый столбцы, рисунок 2). В то же время не выявлено различий по данным шкалам на границе «нет депрессии – легкая депрессия» (голубой и красный столбцы, рисунок 2). Это говорит о том, что статистически достоверные различия в вышеперечисленных личностных особенностях проявляются только при более выраженных депрессивных эпизодах, а на начальных этапах депрессии они могут быть не заметны.

**Выводы.** Определенные личностные особенности связаны с риском развития или наличием депрессивных эпизодов. Анализ данных, полученных при использовании методик Шкала депрессии Гамильтона, «Эмоциональный интеллект», «Большая пятерка», «Шкала позитивного и негативного аффекта» показал статистически значимую взаимосвязь показателей эмоционального интеллекта, а также шкал «Экстраверсии-интроверсии», «Привязанности - обособленности», «Экспрессивности – практичности» с депрессивными состояниями. Выявлены различия в выраженности показателей эмоционального интеллекта у депрессивных испытуемых в зависимости от гендера и возраста. Однако эти различия, скорее всего, будут проявляться при более выраженном уровне депрессии.

В симптоматической картине депрессии у мужчин, по сравнению с женщинами, ярче выражен такой симптом, как желудочные недомогания; у лиц более старшего возраста, по сравнению с молодыми лицами, ярче проявляются такой симптом, как переживание чувства вины и заниженная самооценка.

Полученные нами данные могут быть полезны при оказании психологической и медицинской помощи, так как первые эпизоды депрессии могут маскироваться под соматические недомогания, либо протекать без ярко выраженных основных симптомов. В качестве рекомендаций при проведении коррекционно-консультативной работы необходимо акцентировать внимание на повышение эмоционального интеллекта у депрессивных пациентов, а также перспективность работы по поддержанию баланса позитивных и негативных эмоций как профилактической меры по развитию депрессивных состояний.

Данное исследование финансируется Комитетом науки Министерства образования и науки Республики Казахстан (Грант № AP05135266 «Психофизиологическое исследование диагностики и коррекции депрессивного состояния» для МОН РК, руководитель Кустубаева А.М).

**С. К. Кудайбергенова<sup>1</sup>, А. Т. Камзанова<sup>1</sup>, М. К. Жолдасова<sup>1</sup>,  
З. Б. Мадалиева<sup>1</sup>, С. А. Несипбаев<sup>2</sup>, А. М. Кустубаева<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті, Алматы, Қазақстан;

<sup>2</sup>«Керуен-Medicus» медициналық орталығы, Алматы, Қазақстан

### **ДЕПРЕССИЯ МЕН ТҰЛҒАЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРДІҢ ӨЗАРА БАЙЛАНЫСЫН ЗЕРТТЕУ**

**Аннотация.** Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДҰ) статистикасына сәйкес, депрессия әлемдегі ең көп кездесетін психикалық бұзылыстардың бірі болып саналады. Тұлғалық сипаттамалардың депрессиямен өзара байланысы туралы мәселе аталған ауруды диагностикалау мен емдеудегі шешуші факторлардың бірі болып есептеледі, өйткені бір жағынан, клиенттің жеке тұлғасын білу депрессиялық жағдайлардың болжамын іздеуге көмектеседі, екінші жағынан, жалғасып келе жатқан депрессияда белгілі бір сипаттамалық белгілер жеңілдететін немесе ауырлататын жағдай болуы мүмкін. Тұлғалық ерекшеліктер мен депрессия арасындағы байланысты бақылау көңіл-күй бұзылысының даму үдерістерін түсінуге де пайдалы.

Тұлғалық ерекшеліктер мен депрессиялық күйдің әсері мен өзара байланысы клиникалық психология мен психиатрияда кеңінен зерттелген, дегенмен депрессиялық күй мен тұлғалық ерекшеліктердің өзара байланысын бағалауда біржақты тұжырым жасау қиын, өйткені жүргізілген зерттеулер әртүрлі әдіснамалық негізде жасалған.

**Зерттеудің мақсаты** – депрессия мен тұлғалық сипаттамаларының өзара байланысын, сонымен бірге Қазақстандық популяцияда депрессия негізінде алғаш қойылған диагнозды (тексерілген диагноз F.32.0) адамдардағы депрессиялық күй ерекшеліктерін зерттеу.

**Материалдар мен әдістер.** Мақсатқа жету үшін орыс тіліне аударылған және бейімделген келесі диагностикалық құралдар таңдалды: Гамильтон ұсынған депрессия шкаласы (HRSD, Hamilton, 1960, Асанович М. орыс тілді нұсқасы, 2017), эмоциялық интеллект әдістемесі (Trait Meta Mood Scale TMMS, Salovey et al., 1995, орыс тілді нұсқасы Толегенова А., Кустубаева А., 2009), «Үлкен бестік» әдістемесі (Big Five, Digman J.M., 1990; Goldberg L.R., 1993, орыс тілді нұсқасы Хромов А.Б.), ПАНАШ (Positive and Negative Affect Schedule, Watson, Clark, Tellegen, 1988, орыс тілді нұсқасы Осин Е., 2012).

52 сыналшы бойынша мәліметтер талданды. Депрессиялы эпизод диагнозы (F.32) 42 адамға (іріктеменің 80,8%) МКБ критерийлеріне сәйкес психиатр тексерді, 10 адамда (19,2%) депрессия немесе басқа психикалық бұзылыс болған жоқ.

**Қорытынды.** Тұлғаның кейбір белгілері даму қаупіне немесе депрессиялық эпизодтардың болуына байланысты. HDRS, TMMS, BF, PANAS әдістерін қолдану арқылы алынған мәліметтерді талдау эмоциялық интеллект көрсеткіштері ( $p = 0.01$ ), сонымен қатар «Экстраверсия-интраверсия», «Жақын болу – оқшаулану», «Экспрессивтілік-практикалық» ( $p = 0,05$ ) көрсеткіштері депрессиялық күймен статистикалық маңызды байланысын көрсетті. Депрессиялық күйдегі сыналшылардың эмоциялық интеллект көрсеткіштерінің айқын дәрежедегі айырмашылықтары жынысы мен жасына байланысты анықталды ( $p=0.04$ ). Алайда бұл айырмашылықтар депрессияның айқын деңгейімен байланысты болуы мүмкін.

Ерлердегі депрессияның симптомдық көрінісінде әйелдермен салыстырғанда, асқазан белгілері анағұрлым айқын ( $p = 0.027$ ), жасы үлкен адамдарда, жастармен салыстырғанда, кінәлі сезіну, өзін-өзі төмен бағалау сияқты симптом көп байқалады.

Алынған мәліметтер психологиялық және медициналық көмек көрсетуде пайдалы болуы мүмкін, өйткені депрессияның алғашқы эпизодтары өзін соматикалық ауру ретінде көрсете алады немесе негізгі белгілерсіз жалғасады. Депрессияға ұшыраған науқастарды түзету және кеңес беру жұмыстарын жүргізуге арналған ұсыныстар ретінде біз эмоциялық интеллектпен жұмыс істеуге, сондай-ақ депрессиялық жағдайларды дамытудың алдын алу шарасы ретінде оң және теріс эмоция тепе-теңдігін сақтауға жұмыс атқару перспективасына назар аударғымыз келеді.

**Түйін сөздер:** депрессия, тұлғалық сипаттамалар, эмоциялық интеллект, депрессия деп алғаш қойылған диагноз.

**S. K. Kudaibergenova<sup>1</sup>, A. T. Kamzanova<sup>1</sup>, M. K. Zholdasova<sup>1</sup>,  
Z. B. Madaliev<sup>1</sup>, S. A. Nessipbayev<sup>2</sup>, A. M. Kustubaeva<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>al-Farabi Kazakh National University, Almaty, Kazakhstan;

<sup>2</sup>Medical center «Keruen-Medicus», Almaty, Kazakhstan

### THE RELATIONSHIP BETWEEN DEPRESSION AND PERSONALITY

According to the World Health Organization (WHO), depression is one of the widespread mental disorders in the world. To study the relationship between personality traits and depression is an important problem for both: diagnosis and treatment of depression. Personality traits may serve as predictors of depressive states on the one hand, and improvement or worsening of the depression treatment. Determination of the relationship between personality traits and depression is also helpful in understanding the developmental processes of mood disorders.

Interrelations between personality characteristics and depressive states has been studied quite widely in clinical psychology and psychiatry. However, it is difficult to have certain conclusions in assessing the relationship of depressive states and personality traits, because studies were based on different methodological grounds.

**The aim of the study** is to define relationship between depressive symptoms and personality characteristics in the first time diagnosed depressive patients on Kazakhstani sample.

**Materials and methods.** Hamilton Rating Scale for Depression as a semi-structured interview (HRSD, Hamilton, 1960, Russian version of Assanovich M., 2017), Trait Meta Mood Scale (TMMS, Salovey at all, 1995, Russian version of Tolegenova A., Kustubaeva A., 2009), Big Five (BF, Digman JM, 1990; Goldberg LR, 1993, Russian version of Khromov A.B.), Positive and Negative Affect Schedule (PANAS, Watson, Clark, Tellegen, 1988, Russian version of Aspen E., 2012). All methods were translated and adapted into Russian language.

Participants were 52 volunteers. The diagnosis of depressive episode (F.32) was verified in 42 people (80.8% of the sample) in accordance with the DSM criteria by a psychiatrist, in 10 people (19.2%) there were no depression or other mental disorders.

**Conclusions.** Certain personality traits were associated with a risk of depressive episodes development. Results of HDRS, TMMS, BF, PANAS tests showed a statistically significant relationships between the level of depression and emotional intelligence ( $p < 0.01$ ), and Extraversion, Neuroticism, Conscientiousness ( $p < 0.05$ ). Differences in emotional intelligence were found in groups depending on gender and age ( $p < 0.05$ ). However, differences are more pronounced with increase in the level of depression.

The most often symptoms of depression presented in men were gastric symptoms, and are more pronounced ( $p < 0.05$ ) in older participants. However, the most presented symptoms in young people were feelings of guilt, low self-esteem.

Research results can be useful for psychological and medical assistance. It's important for the first episodes of depression, since depression may occur with simple somatic symptoms or absence of symptoms. Recommendations are to pay more attention for developing emotional intelligence during psychological trainings. Also, to maintain a balance of positive and negative emotions is a preventive measurement for the improvement depression treatment.

**Key words:** depression, personality traits, emotional intelligence, first diagnosed depression.

#### Information about the authors:

Kudaibergenova Sandugash Kansarovna, candidate of psychological sciences, senior lecturer of the Department of General and Applied Psychology, Al-Farabi Kazakh National University, Almaty, Kazakhstan; sandugash.kudaibergenova@kaznu.kz; <https://orcid.org/0000-0001-9297-8089>

Kamzanova Altyngul Tustikbaevna, postdoc at the Center for Cognitive Neuroscience of Al-Farabi Kazakh National University, Almaty, Kazakhstan; kamzanova.altynkul@kaznu.kz; <http://orcid.org/0000-0002-7097-3460>

Zholdasova Manzura Kenesbekkyzy, Ph.D, researcher at the Center for Cognitive Neuroscience, Al-Farabi Kazakh National University, Almaty, Kazakhstan; manzur777@gmail.com; <http://orcid.org/0000-0002-8186-9650>

Madalieva Zabira Bekeshovna, Doctor of Psychological Sciences, Professor, Head of the Department of General and Applied Psychology, Al-Farabi Kazakh National University, Almaty, Kazakhstan; zabyra.madalyeva@kaznu.kz; <http://orcid.org/0000-0003-4890-9240>

Nessipbayev Sultangali Abenovich, Ph.D, Psychiatrist of the Medical center «Keruen-Medicus», Almaty, Kazakhstan; sultannessipbayev@gmail.com; <http://orcid.org/0000-0001-7084-4020>

Kustubaeva Almira Melsovna, candidate of biological sciences, Director of the Center for Cognitive Neuroscience of Al-Farabi Kazakh National University, Almaty, Kazakhstan; almkust@gmail.com; <http://orcid.org/0000-0001-6575-6288>

## REFERENCES

- [1] Depression// URL:<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression> (in Russ.).
- [2] Fakty o naselenii Kazahstana // URL: [https://countrymeters.info/ru/Kazahstan#historical\\_Population](https://countrymeters.info/ru/Kazahstan#historical_Population) (in Russ.).
- [3] Depression in Kazakhstan//<https://www.euro.who.int/en/countries/kazahstan/data-and-statistics/infographic-depression-in-kazahstan-2017> (in Eng.).
- [4] Issledovanie rasprostranennosti, glubinyh prichin i faktorov riska i zashchity v oblasti suicida i suicidal'nyh popytok v Respublike Kazahstan. (2014) Astana. ISBN 978-601-7523-12-1 (in Russ.).
- [5] Karabalina A.A., Miraliyeva A.Z. (2019) bullying as social and psychological phenomenum // News of the National Academy of Sciences of the Republic of Kazakhstan. Series of social and human sciences. Vol. 2, N 324 (2019), 33-43. DOI:10.32014/2019.2224-5294.45 (in Eng.).
- [6] Klein D.N., Kotov R., Bufferd S.J. Personality and depression: explanatory models and review of the evidence // *Annu Rev Clin Psychol.* 2011; 7: 269-295. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-032210-104540 (in Eng.).
- [7] Garanyan N.G. (2009) Depressiya i lichnost': obzor zarubezhnyh issledovaniy. Chast' I // *Social'naya i klinicheskaya psihiatriya.* Vol. 19, N 1. P. 79-89 (in Russ.).
- [8] Garanyan N.G. (2009) Depressiya i lichnost': obzor zarubezhnyh issledovaniy. Chast' II // *Social'naya i klinicheskaya psihiatriya.* Vol. 19, N 3. P. 79-89 (in Russ.).
- [9] Farmer A., Redman K., Harris T., Mahmood A., Sadler S., Pickering A & McGuffin P. (2002) Neuroticism, extraversion, life events and depression. The Cardiff Depression Study // *The British journal of psychiatry: the journal of mental science.* DOI:10.1017/s0007125000161823 (in Eng.).
- [10]Hodgins S., Ellenbogen M. (2003) Neuroticism and depression // *British Journal of Psychiatry,* 182 (1). DOI:10.1192/bjp.182.1.79 (in Eng.).
- [11] Navrady L.B., Ritchie S.J., Chan S., Kerr D.M., Adams M.J., Hawkins E.H., Porteous D., Deary I.J., Gale C.R., Batty G.D., McIntosh A.M. (2017) Intelligence and neuroticism in relation to depression and psychological distress: Evidence from two large population cohorts // *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists,* 43, 58-65. DOI:10.1016/j.eurpsy.2016.12.012 (in Eng.).
- [12] Assari S. (2017) Neuroticism predicts subsequent risk of major depression for Whites but not Blacks // *Behavioral Sciences,* 7 (4), 64. DOI:10.3390/bs7040064 (in Eng.).
- [13] Timothy A., et al. (2018) Big Five aspects of personality interact to predict depression // *Journal of personality.* 86. 4: 714-725. DOI: 10.1111/jopy.12352 (in Eng.).
- [14] Li Y., He L., Zhuang K., Wu X., Sun J., Wei D., & Qiu J. (2020) Linking personality types to depressive symptoms: A prospective typology based on neuroticism, extraversion and conscientiousness // *Neuropsychologia,* 136, 107289. DOI:10.1016/j (in Eng.).
- [15] Downey L.A., Johnston P.J., Hansen K., Schembri R., Stough C., Tuckwell V., Schweitzer I. (2008) The relationship between emotional intelligence and depression in a clinical sample // *The European Journal of Psychiatry.* Vol. 22, N. 2. P. 93-98. DOI:10.4321/S0213-61632008000200005 (in Eng.).
- [16] Lyusin D.V., Ovsyannikova V.V. (2015) Svyaz' emocional'nogo intellekta i lichnostnyh chert s nastroyeniem // *Psihologiya. Zhurnal Vysshej shkoly ekonomiki.* DOI: 10.17323/1813-8918-2015-4-154-164 (in Russ.).
- [17] Cudzik M., Soroka E., Olajossy M. (2019) The Impact of Emotional Intelligence Level on The Depression Vulnerability // *Current Problems of Psychiatry.* DOI:10.2478/cpp-2019-0011 (in Eng.).
- [18] Abramova A.A., Kuznecova S.O., Enikolopov S. N., Razumova A.V. (2014) Specifika proyavlenij agressivnosti u bol'nyh s depressiej raznoj nozologicheskoy prinadlezhnosti, stepeni tyazhesti i dlitel'nosti // *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psihologiya.* N 2, P. 5-89 (in Russ.).

- [19] Meyrueix L., Durham G., Miller J., Smalley K. B. & Warren J. C. (2015). Association between depression and aggression in rural women. *Journal of health disparities research and practice*, 8(4), 136. (in Eng.)
- [20] Brito J. (2015) Quality of interpersonal relationships and depression in adolescence: Psychosocial functioning moderating effect. *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences*. DOI: 10.15405/epsbs.2015.08.8 (in Eng.).
- [21] Spinhoven Ph., et al. (2014) A longitudinal study of facets of extraversion in depression and social anxiety // *Personality and Individual Differences*. DOI:10.1016/j.paid.2014.07.014 (in Eng.).
- [22] Grav S., Stordal E., Romild U.K., Hellzen O. (2012) The relationship among neuroticism, extraversion, and depression in the HUNT Study: in relation to age and gender // *Issues in mental health nursing*, 33 (11), 777-785. DOI:10.3109/01612840.2012.713082 (in Eng.).
- [23] Hamilton M. (1960) A rating scale for depression // *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*. 23 (1), 56-62. DOI:10.1136/jnnp.23.1.56 (in Eng.).
- [24] Assanovich M.A. (2017) Metod ocenki vyrazhennosti depressii. Instrukciya po primeneniyu. Grodno. 16 p. (in Russ.).
- [25] Salovey P., Mayer J.D., Goldman S.L., Turvey C., & Palfai T.P. (1995) Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In J.W. Pennebaker (Ed.) // *Emotion, disclosure, & health*, 125-154. American Psychological Association. DOI:10.1037/10182-006 (in Eng.).
- [26] Kustubaeva A.M., Mett'yus Dzh., Dzhakupov S.M., Tolegenova A.A. (2009) Adaptirovanie russkoyazychnoj versii oprosnika «Emocional'nyj intellekt» // *Vestnik KazNU. Seriya sociologii i psihologii*. N 1 (28). P. 29-34 (in Russ.).
- [27] Digman J.M. (1990) Personality Structure: Emergence of the Five-Factor Model *Annual Review of Psychology*. Vol. 41: 417-440. DOI:10.1146/annurev.ps.41.020190.002221 (in Eng.).
- [28] Goldberg L.R. (1993) The structure of phenotypic personality traits. *American Psychologist*, 48 (1), 26-34. DOI:10.1037/0003-066X.48.1.26 (in Eng.).
- [29] Hromov A.B. (2000) Pyatifaktornyj oprosnik lichnosti: Uchebno-metodicheskoe posobie. Kurganskij gosudarstvennyj universitet, Kurgan. 23 p. (in Russ.).
- [30] Watson D., Clark L. A., & Tellegen A. (1988) Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54 (6), 1063-1070. DOI:10.1037/0022-3514.54.6.1063
- [31] Osin E.N. (2012) Izmerenie pozitivnyh i negativnyh emocij: razrabotka russkoyazychnogo analoga metodiki PANAS. *Psihologiya // Zhurnal Vysshej shkoly ekonomiki*. Vol. 9, N 4. P. 91-110 (in Russ.).
- [32] Depressivnyj epizod (F32)//URL://mkb-10.com/index.php?pid=4211 (in Russ.).
- [33] Dalili M.N., et al. (2014) Meta-analysis of emotion recognition deficits in major depressive disorder // *Psychological medicine* 45.06 DOI:10.1017/S0033291714002591 (in Eng.).
- [34] Fanous Ayman, et al. 4 (2002) Neuroticism, major depression and gender: a population-based twin study // *Psychological medicine* 32. 719-728. DOI:10.1017/S003329170200541X (in Eng.).