



УНИВЕРЗИТЕТ „СВЕТИ КИРИЛ И МЕТОДИЈ“- СКОПЈЕ
МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ
КАТЕДРА ЗА ПСИХИЈАТРИЈА И МЕДИЦИНСКА ПСИХОЛОГИЈА



**„КАРАКТЕРОТ И ТЕМПЕРАМЕНТОТ КАКО ПРЕДИКТИВНИ ФАКТОРИ ЗА ПОЈАВАТА И ЗА
ИСХОДОТ НА ТРЕТМАНОТ НА УНИПОЛАРНО ДЕПРЕСИВНО РАСТРОЈСТВО“**

- Докторска дисертација-

Ментор:
Проф. д-р Антони Новотни

Кандидат:
М-р д-р Стојан Бајрактаров

Скопје, Февруари 2017 година

СОДРЖИНА

СОДРЖИНА**ERROR!**

BOOKMARK NOT DEFINED.

АБСТРАКТ**ERROR!**

BOOKMARK NOT DEFINED.

ABSTRACT	5
Листа на кратенки	6
1. ВОВЕД	7
1.1. Депресивно растројство	7
1.1.1. Историјат	7
1.1.2. Униполарно депресивно растројство	8
1.1.2.1 Дистимија	9
1.1.2.2 Други субсиндромни состојби	9
1.1.2.3 Коморбидитет	10
1.1.2.4 Етиологија на депресивно растројство	10
1.1.2.5 Патогенеза на депресивно растројство	10
1.1.2.6 Тек и исход на депресивно растројство	11
1.1.2.7 Третман на депресивно растројство	12
1.2. Антидепресивен медикаментозен третман	12
1.3. Епидемиологија	13
1.3.1. Преваленца и инциденца	14
1.3.2. Карактеристики на заболувањето: дијагностички критериуми	14
1.4. Демографски карактеристики карактеристични за униполарно депресивно растројство	15
1.4.1. Возраст	15
1.4.2. Пол	15
1.4.3. Социоекономски статус	15
1.4.4. Брачен статус	16
1.5. Личност и психијатриски растројства	16
1.5.1. Карактеристики на карактерот и темпераментот кај лица со депресивно растројство	16
1.5.2. Мултифакторијален модел	18
1.5.3. Cloninger-ова теорија на личноста	18
1.5.4. Развој на психобиолошкиот модел на личноста	19
1.5.5. Поврзаност на димензиите на темпераментот и карактерот со појавата на депресивното растројство	21
1.5.6. Поврзаност на димензиите на темпераментот и карактерот со текот и исходот на третманот на депресивното растројство	22
2. МОТИВ ЗА ИСТРАЖУВАЊЕТО	23
3. ЦЕЛИ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО	24
3.1. Општи и специфични цели	24
4. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДИ	25
4.1. Инструмент на истражување	25
4.1.1. Општ прашалник	25
4.1.2. Век-ов прашалник за депресивни симптоми – второ издание	25

4.1.3. ТЦИ – Инвентар за темперамент и карактер	25
4.2. Психометриски својства на ТЦИ	26
4.3. Временска рамка и место на истражување	26
4.4. Избор и карактеристики на примерок	27
4.5. Испитувана група	27
4.6. Контролна група	27
4.7. Ограничувања (bias) на истражувањето	28
5. СТАТИСТИЧКА АНАЛИЗА НА ПОДАТОЦИТЕ	29
6. РЕЗУЛТАТИ	30
6.1. Демографски и социоекономски карактеристики	30
6.2. Карактеристики на личноста	37
6.2.1. Барање на новини	37
6.2.2. Избегнување штета	41
6.2.3. Зависност од награда	42
6.2.4. Упорност	45
6.2.5. Само-насоченост	47
6.2.6. Кооперативност	50
6.2.7. Себенадминување	52
7. ДИСКУСИЈА	57
7.1 Демографски и социоекономски карактеристики	57
7.2 Карактеристики на личност на лица со депресивно растројство	58
7.3. Димензии на темперамент кај депресија	61
7.3.1. Барање на новини	62
7.3.2. Избегнување штета	65
7.3.3. Зависност од награда	71
7.3.4. Упорност	74
7.4. Димензии на карактер	77
7.4.1. Само-насоченост	77
7.4.2. Кооперативност	80
7.4.3. Себенадминување	82
7.4.4. Влијание на антидепресивен третман	84
8. ОГРАНИЧУВАЊА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО	85
9. ЗАКЛУЧОЦИ	86
10. ПРЕПОРАКИ	88
11. ЛИТЕРАТУРА	90
12. АНЕКС 1 (ИНСТРУМЕНТИ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО)	94

АБСТРАКТ:

Вовед: Униполарното депресивно растројство е едно од најчестите психолошки нарушувања во општата популација, често е поврзано со значителни сериозни симптоми и дисфункционалност. Личноста е сложен систем кој се состои од скалестите различни биопсихолошки димензии на темпераментот и карактерот, и нивните интеракции може да влијаат на ранливоста кон депресија. Додека темпераментот во голема мера е генетски определен и конфигурира автоматски бихејвиор одговори, карактерот се развива во текот на онтогенезата со големо влијание од социјалните фактори и ги регулира когнитивните процеси на сетилна перцепција и емоции кои се насочени од темпераментот.

Цел: Главна цел на овој труд е да се одредат карактеристики на личноста кои се предиктори на појавата на униполарното депресивно растројство, како и на исходот на антидепресивната терапија со цел подобро разбирање како на етиологијата, така и развој на соодветен план за терапија и менаџирање на оваа растројство.

Методи: Оваа истражување беше спроведено во Универзитетската клиника за психијатрија во период од две години на репрезентативен примерок од 70 лица во испитуваната група и 70 во контролната група, организирана како “case control” студија. Сетот на прашалници беше двапати аплициран кај испитуваната група, и тоа во тек на депресивна епизода со скор на Бек-овиот инвентар за депресија над 19, и вториот пат после тримесечен антидепресивен третман со антидепресиви од новата генерација. Три прашалници беа користени во ова истражување: општ прашалник, Бек-овиот инвентар за депресија и ТЦИ-Р (Инвентар за темперамент и карактер – ревидиран).

Резултати: Кај одредени карактеристики на личноста, пред се кај Намалување на штети и Самонасоченост, утврдени се особини на предиктори на депресивно растројство, додека кај карактеристиките Барање на новини, Избегнување на штета, Зависност од награда и Кооперативност, утврдени се особини на предиктори на антидепресивниот третман.

Заклучоци: Постојат специфични особини на личноста, изразени преку специфични димензии на темпераментот и карактерот, кои имаат предиктивни специфичности во однос на појавата и тежината на УДР. Консекутивните нивни влијанија на исходот на антидепресивниот третман, ги насочуваат препораките за соодветни дијагностички и терапевтски процедури.

Клучни зборови: депресивно растројство, карактеристики на личноста, темперамент, карактер, антидепресивен третман.

ABSTRACT

Background: Unipolar depressive disorder is one of the most common psychological disorders in the general population, often associated with significant serious symptoms and dysfunction. Personality is a complex system consisting of various steep biopsychological dimensions of temperament and character, which interactions can impede vulnerability to depression. While temperament is largely genetically determined and configure automatic behavioral responses, the character develops during ontogenesis, influenced by social factors and regulates the cognitive processes of sensory perception and emotions that are targeted by temperament.

Aim: The main aim of this study is to determine personality characteristics that are predictors of the occurrence of unipolar depressive disorder, as well as the outcome of antidepressant treatment in order to better understand the etiology of this disorder, and to support development of an appropriate plan of treatment and management of this disorder.

Methods: This research was conducted at the University Psychiatric Clinic as two year study, organized as a "case control" study. The set of questionnaires was applied twice in the experimental group, during the depressive episode with a score over 19 at Beck's depression inventory, and the second time after three months antidepressant treatment with antidepressants of the new generation. Three questionnaires were used in this research: general questionnaire, Beck's depression inventory and TCI-R (Temperament and character Inventory - revised).

Results: Certain personality traits, specifically Harm reduction and Self-directedness, are determined as predictors of depressive disorder, while traits Novelty seeking, Harm reduction, Reward dependance and Cooperativeness, are determined as predictors of antidepressant treatment efficiency.

Conclusions: There are specific personality traits expressed by specific dimensions of temperament and character that have predictive specifics about the occurrence and severity of depressive disorder. Their consecutive impact on the outcome of antidepressant treatment can guide recommendations for appropriate diagnostic and therapeutic procedures.

Keywords: depressive disorder, personality traits, temperament, character, antidepressant treatment.

Листа на кратенки

УДР = униполарно депресивно растројство

ГДР = големо депресивно растројство

ТЦИ = Инвентар за темперамент и карактер

НС = барање на новини

ХА = избегнување на штета

РД = зависност од награда и

П = упорност

СД = само-насоченост

Ц = кооперативност

СТ = Себенадминување

ЕУ = Европска унија

ИД = интервал на доверба

РМ = Република Македонија

СД = стандардна девијација

СДЗ = социјални детерминанти на здравје

СЗО = Светска здравствена организација

АД = антидепресиви

ССРИ = селективен среотонински реаптејк инхибитори

СНРИ = серотонин норадреналин реаптејк инхибитори

НАССА = норадренергични серотонергични антидепресиви

BDNF = невротропен фактор на мозокот

1. ВОВЕД

1.1. ДЕПРЕСИВНО РАСТРОЈСТВО

Депресијата (лат. *deprimere* - потиштеност, безволност, онемоштеност, тапост) претставува психијатриско растројство кај кое главен симптом е патолошки намалено расположение. Депресијата е болест на современото општество и претставува голем предизвик, не само за професионалците во областа на менталното здравје, туку и за експертите како што се социолози, психолози, педагози и др.

1.1.1. ИСТОРИЈАТ

Депресивните искуства ги измачувале луѓето уште во најраната историја на човековото постоење. Опис на депресивна симптоматологија се појавува уште во списите од Месопотамија во текстови во вториот милениум пред наша ера. Во тоа време, сите ментални болести биле припишувани на демонска опседнатост, и менталните болести третирани од свештеници. Депресивното растројство е опишано во старогрчки описи на депресија односно на меланхолија, што преведено од старогрчки значи црна жолчка. Во хуморалната теорија, црна жолчка се сметала за етиолошки фактор во меланхолија. Хипократ (460 до 357 пне) ја опишал меланхолијата (“црна жолчка”) како состојба на “одбивност кон храна, безнадежност, несоница, надразнетост и вознемиреност“. [1] Неговите современи копии се депресивни растројства (сега во најупотребуваните меѓународни класификации на болести - МКБ 10 и ДСМ-4).

Според Гален (Гален), меланхолијата се манифестирала со „страх и депресија, незадоволство од животот и омраза на сите луѓе“.

Помеѓу старите римјани раширено било мислењето дека менталните болести, меѓу кои и депресијата, биле предизвикани од демоните и од гневот на боговите. Корнелиј Целсиус (25-50 п.н.е.) препорачува третман на лицата со ментални болести со глад, окови, како и други видови на насилство врз психичките болни. Спротивно на тоа, лекари од стара Персија имале поразличен, далеку похуман приод кон менталните болести. Разес (865-925), главен лекар во болница во Багдад, тврдел дека седиште на менталните болести, вклучително и на меланхолијата е мозокот. Таму како третмани за ментална болест се употребувале хидротерапија (бањи) и раните форми на когнитивно бихејвиорална терапија (позитивни награди за соодветно однесување).

По падот на Римската империја во 5 век, ставовите на лекарите и општествените лидери за причините за менталната болест и депресијата доста назадувал, и односот спрема лицата со ментални болести бил доста насилан. Во текот на средниот век, доминирале ставовите дека психички болните луѓе се опседнати од ѓаволот, демони, или дека се вештер(к)и и се способни да заразат други лица со лудило. Овие ставови биле застапувани пред се од

религиозните лидери, посебно во христијанството. Врз лицата со знаци на ментални болести биле применувани средства за егзорцизам.

Роберт Бартон во 1621 година го објавил делото “Анатомија на меланхолијата“, кој претставува некој вид на промоција на хуман однос кон менталните болести. Во тоа негово дело тој го опишал психолошките и социјалните причини за појава на депресија (вклучително и сиромаштија, страв и осаменост). Како третман на менталните болести, тој препорачува вежби, здрав начин на исхрана, забава, патување, употреба на средства прочистување, односно за чистење на телото од токсини, пуштање крв, хербални лекови, брак, музикотерапија за лечење на депресија.

Во 18-ти и почетокот на 19 век, односно за време на просветителството, се раширило мислењето дека депресијата е наследна болест, која се карактеризира со слабост на темпераментот. Ваквите ставови довеле до општествено изолирање на лицата со ментални болести, нивно избегнување или затворање. Како резултат на ваквите ставови, лицата со ментални болести станувале бездомници, изолирани и напштени, или биле затворени во азилни институции.

Во 19 век се следат почетоци на некаков вид на терапија. На пример,, Бенџамин Френклин вовел рана форма на електрошок терапија. И други социјални компонентни, како на пример дружење, спортување, начини на специјални исхрани, клизма и повраќање, исто така се препорачувале како терапија.

Германскиот психијатар Емил Крепелин ја опишал депресијата како посебен ентитет во 1895 година, кој ги опишал симомите и карактеристиките на болеста. Сигмунд Фројд (1917 г) ја објаснил меланхолија како одговор на загуба, вистинска или имагинарна загуба, и/или свртување на агресијата кон самиот себе. Фројд како третман на депресија ја вовел психоанализата, и третманот го насочил кон решавање на несвесните конфликти.

Во првата половина на 20-ти век, лоботомијата (хируршко уништување на фронталниот дел на мозокот). Била воведена како метода на третман на лица со ментални болести.

Во втората половина на 20 век веќе се раширил похуман пристап во однос на разбирањето и третманот на депресивното растројство. Во овој период најприфатено е ставот за воглавно два поголеми вида на депресивна болест – ендогена, која е наследна, и реактивна или невротска, кој а провоцирана и поврзана со надворешни стредогени фактори

Голем напредок во поле на третман на депресијата е откритието дека лек за туберкулозата (isoniazid). е доста ефикасен во лекување на луѓето со депресија (1952г). Од тогаш почнува ерата на антидепресивни фармаколошки третмани, со повеќе генерации на антидепресивни лекови. Како втор најчест вид на третман е психотерапевтскиот, а во последните години когнитивно-бихевиоралната психотерапија е третман од избор. (2)

1.1.2. УНИПОЛАРНО ДЕПРЕСИВНО РАСТРОЈСТВО

Униполарното депресивно растројство (УДР) е еден од најчестите психички нарушувања во општата популација, односно како најчесто растројство на расположението често е поврзан со значителни сериозни симптоми и дисфункционалност. Тоа може да се појави како една

епизода или како повторливи, рекурентни епизоди. Кај лица со една епизода текот може да биде долготраен, до шест месеци и подолго. Додека за поголемиот дел од пациентите со униполарно депресивно растројство прогнозата за оздравување од акутна епизода е добра, три од четири пациенти во текот на животот доживуваат повторување на епизодите, со различни степени на резидуални симптоми помеѓу епизодите. Како ризик фактори за рецидив на депресивно растројство се: претходни епизоди, историја на депресија во семејство(2), коморбидитет (3); помалку очигледни фактори, како как незадоволство од сопствениот изглед (4). Униполарно депресивно растројство (големото депресивнорастројство) претставува најчесто растројство во афективните растројства, кое може да се појави како единечна епизода или рекурентно депресивно растројство. Според МКБ 10, вообичаено една епизода трае до шест месеци, доколку трае подолго треба да се направи ре-евалуација на дијагнозата. Прогнозата на афективните болести, вклучително на депресивните растројства е воглавно добра, и кај голем број на пациенти се постигнува задоволителна или целосна ремисија. Рекурентното депресивно растројство често резултира со комплетна ремисија, но чести се и случаи со симптоматологија на перзистирачка ограничувачка дисфункционалност.

1.1.2.1 Дистимија

Во однос на предиктивноста на појавата на депресивното растројство, доста значаен е клиничкиот ентитет дистимија. Според МКБ 10, дистимијата е дефинирана како хронично депресивно расположение, кое трае најмалку неколку години, кое не е доволно тешко, или пак кај кое поединечните епизоди не се доволно долготрајни да ја оправдаат дијагнозата на тешко, умерено или благо рекурентно депресивно растројство. Таа е сфатена како “депресија со послаб интензитет“, чив квалитет и квантитет не ги задоволуваат дијагностичките критериуми за депресија.

Оваа состојба укажува и на постоење на субдепресивни, или недоволно дијагностицирани епизоди на депресивно растројство. Ова е доста значајно бидејќи под оваа дијагноза може да се внесат препознаети случаи на депресија, што понатаму води кон несоодветен третман и кон состојба на ограничувачка дисфункционалност. Причините за развој од една субклиничка симптоматологијаво изразена форма се предмет на долгогодишни истражувања, и укажуваат на одредени ризик фактори, пред е поврзани со карактеристиките на личноста на пациентот. Разбирањето на факторите кои го посредуваат преминот од карактерна до клиничка состојба е важно за спречување на појавата и на навремениот третман на депресивни епизоди. (5)

1.1.2.2. Други субсиндромни состојби на појава на депресивна симптоматологија

Се почесто во праксата се среќаваат случаи кај кои не се во доволен број исполнети критериумите за депресивно растројство, или тие прекратко траат или се со недоволен интензитет. Тоа може да укажува на психички состојби кај лица кои имаат предиспонирачки

ризик фактори, за депресивно или друго афективно растројство, и за кое би можело да се обијат повеќе корисни информации преку експлорација на карактеристиките на неговата / нејзината личност, односно со анализа на особините на темпераментот и карактерот. Ова е доста значано во однос на планирање и имплементација на превентивни програми и активности. (6)

1.1.2.3. Коморбидитет

Депресивната симптоматологија е често коморбидна кај многу други растројства или болести, пред се кај лицата кои боледуваат од болести со хроничен карактер (диабетес, срцеви болести, канцери). Исто и кај овие лица, ненавремената и несоодветна дијагностика води кон несоодветен и ненавремен третман, што пак води кон влошување на основната клиничка слика, односно на севкупното здравје на пациентот. Оваква состојба резултира со намалена функционалност на единката, секогашкој има негативно влијание и врз соматската болест. Доста истражувања укажале дека и кај другите психијатриски растројства, често како коморбидна се јавува и депресивната симптоматологија. Како најчести коморбидитетни растројства се анксиозните растројства, злоупотреба на алкохол или други субстанции, кај психоорганските растројства, деменциите. Кај сите овие состојби коморбидитетот влијае на влошување на целокупната психичка состојба и функционалност на личноста. (7)

1.1.2.4. Етиологија на УДР

Униполарното депресивно растројство (често нарекувано и големо депресивно растројство), е комплексно, мултифакторијално растројство, кај кое факторите на ризик се смета дека се поврзани и се во меѓусебна зависност (8). Во психијатријата во модерниот период се дискутира за повеќе видови на пристап за разбирање на етиологијата на депресивното растројство. Прифатен е приодот за мултифакторијален пристап, според кој има повеќе различни причини за појава на ДР, вклучувајќи и биолошки, психолошки и социјални причини.

Доста фактори влијаат за појавата на УДР, вклучувајќи ги и генетските фактори на ризик (9), хормонални и невробиолошки влијанија (10), ниска социјална состојба (11), депресија кај родители (12), физичко насилство во детството (13) или сексуална злоупотреба во детството (8), родителска загуба, историја на УДР, стресни животни настани, ниска социјална поддршка (14), предиспонирачки особини на личност (15)... Фактори на темпераментот кои ја вклучуваат генетска ранливост, како и факторите на карактерот и негативни животни настани, најверојатно заеднички влијаат за да нагласи вулнерабилноста кон депресија на одредена индивидуа (14).

1.1.2.5. Патогенеза на УДР

Многу мозочни региони, се вклучени во регулацијата на емоциите и на тој начин, се препоставува дека посредуваат во симптомите на депресија (10). Различни мозочни региони

веројатно се во корелација со појава на дискретни симптом на голема депресија и заедно ја компонираат целокупната симптоматологија на УДР (16).

Во текот на последните децении претставени се неколку хипотези за патогенезата УДР. Актуелно широко прифатена е моноаминската хипотеза, според која депресивното растројство е предизвикано од недостаток на системите на серотонин или норадреналин (17), односно концепт на прилагодливи промени на моноаминските рецептори (18). Со оваа хипотеза се објаснува и делувањето на новите генерации на антидепресивни лекови, како и доцнењето на почетокот на нивното антидепресивно дејство.

Доста други промени се обсервирани во организмот кај лица со депресивни растројства, што претставува предмет на доста истражувања во ова поле.

Нарушувања во производството или активноста на одредени молекули, како на пример невропептидите, факторите на растот и нивните рецептори и интрацелуларни сигнални молекули во мозокот, е основа на молекуларната хипотеза на депресија (19).

Прекумерно активирање на хипоталамо-хипофизно-надбубрежната (HPA) оска е најдено кај у половина од лицата со депресивно растројство. Се смета дека не е само вкупното производство на кортизол, туку и на CRF (кортикотропин ослободувачкиот фактор) носат одговорност за хиперактивност на на хипоталамо-хипофизно-надбубрежната (HPA) оска (10). Невротропниот фактор на мозокот (BDNF) е дискутиран во последната деценија во однос на неговата улога во патофизиологијата на депресија. Прекумерна количина на глукокортикоиди исто така може да биде делумно одговорна за намалено ниво на невротропниот фактор на мозокот (BDNF) (10). Сепак, има и доста студии кои укажуваат дека промените во ситемот на BDNF е повеќе резултат на депресијата отколку обратно. (20). Зголемувањето на активноста на амигдалата предизвикано од депресија може да биде првиот чекор што води до прекумерна активација на физиолошки системи како и во контрола и управување на однесувањето (21).

Мал волумен на хипокампусот е асоциран со рекурентно УДР, и во споредба со контролните субјекти, пациенти со УДР имале помали волумени на фронталниот кортекс. Зголемена стапка на хиперсигнали на белата маса, имплицирајќи оштетување на белата маса во предел на патишта за поврзување на кортексот со лимбичкиот систем, најдени се во фронталните лобуси и базалните ганглии кај постари пациенти со УДР (22). . Абнормалности во белата маса се откриени, исто така, во фронталниот, темпоралниот и париеталниот лобус со МР (Ma et al., 2007). Неодамна повеќе хипотези посочија дека проблемите во обработка на информации во невронски мрежи, повеќе отколку промени во хемиската рамнотежа, може да придонесуваат за појава на депресија, и дека антидепресивните лекови предизвикаат пластични промени во невронското поврзување, со зголемување на изразувањето и сигналите на BDNF, со што може постепено да се доведе до подобрувања во невронската обработка на информации и тоа да резултира со подобрување на расположението (23).

1.1.2.6. Тек и исход на УДР

Општо прифатено мислење помеѓу научната заедница, како и помеѓу практичарите е дека рекурентното депресивно нарушување е хронична болест, со високи стапки на рецидиви и хроничитет, но исто со добра прогноза и со висок процент на квалитетни ремисии. Резултатите од неколку епидемиолошки и клинички студии покажуваат различни вредности во однос на карактеристиките и времетраењето на епизодите кај пациенти со рекурентно депресивно растројство.

Просечното времетраење на депресивна епизода во неколку епидемиолошки студии е: 8-12 недели во студијата ЕЦА (24), 3 месеци во студијата NEMESIS (25), 16 недели во студијата NCS-R (26). Должината на епизодите зависат од многу фактори во повеќе региони во светот, вклучително и генетски карактеристики, степен на сиромаштија, образование, достапност на третмани, климатски состојби...

Просечното времетраење на депресивна епизода во неколку клинички студии е: 3 месеци (27), и 20 недели (28). Генерално, во клинички поставувања времетраењето на УДР се чини дека е малку подолго отколку во епидемиолошки студии. Повеќе различни фактори е утврдено дека влијаат на времетраењето и исходот на УДР, вклучително: преморбидни карактеристики на личноста, број на претходни епизоди, тежина на симптоми, присуство на психотични симптоми, суицидални мисли и обиди, коморбидни психијатриски нарушувања... Суицидите или обидите за суицид се тесно поврзани со депресивното растројство. Могу студии ја утврдиле поврзаноста на депресивното растројство со суицидот, и го карактеризираат како најчеста причина за истото. Преваленцијата на суицидни идеи се движи од 47% до 69% од пациентите со големо депресивно растројство (29). Резултати од мета-анализа на извршените самоубиства, покажале дека 43,2% од жртвите биле со афективно растројство, и дека ризикот од појава на депресивно растројство е повисок кај жените отколку кај мажите (30).

1.1.2.7. Третман на УДР

Постојат добро утврдени протоколи за третман на УДР, базирани на медицина заснована на докази. Овие протоколи вклучуваат различни видови на терапија, вклучително фармакотерапија, психотерапија, транскранијална амгнетна стимулација (ТМС), електроконвулзивна терапија (ЕСТ), светлосна терапија (31). Понови третмани за депресивно растројство вклучуваат длабока стимулација на мозокот (deep brain stimulation и стимулација на вагусниот нерв) (32), како и интравенска инјекција на кетаминот (33).

Постојат три посебни начини на третман на депресивното растројство, во зависност од фазата во која се наоѓа лицето, односно: третман во акутната фаза, продолжен третман и фаза на одржување. Во акутната фаза, целта на третманот е постигање на квалитетна или целосна ремисија, додека целта на третманот во фазата на продолжен третман е превенција на релапс. Во фазата на одржување, целта е спречување на рецидив на болеста.

1.2. АНТИДЕПРЕСИВЕН МЕДИКАМЕНТОЗЕН ТРЕТМАН

Од посебна важност е соодветен третман на депресивното растројство, и тоа најчесто комбиниран медикаментозен и психотерапевтски третман. Прифатен став, кој е добиен како резултат во многу испитувања, е дека околу 2/3 од пациентите со депресивно растројство кои користат антидепресивни лекови ќе имаат позитивен одговор на терапијата и ќе имаат квалитетна ремисија, а според повеќе студии околу половина третирани пациенти со депресивно растројство ќе бидат речиси без симптоми по 6 до 8 недели третман.

Кај депресивните епизоди со потешка симпоматологија фармаколошкиот третман е секогаш примарна опција, додека кај поумерени случаи, најчесто се аплицира комбинација на фармакотерапија и психотерапија. Изборот на антидепресиви зависи од многу фактори, пред се од ефикасноста на претходни третмани, искуство со одредени негативни ефекти, прифатливост на лекот и соработливост на пациентот, како и цената и достапноста на лекот. Одлуката за зголемување на дозата, промената на лекови, или додавање на друг лек или терапија, треба да биде направено ако не постои јасен одговор по 6 до 8 недели на третман со аплицираната антидепресивна медикаментозна терапија со соодветни дози, иако во последниот период дури се наметнуваат и пократки временски рокови од 3 до 4 недели (34). Во една студија (СТАР-Д студија) на 2876 пациенти, 37% имале ремисија после првиот антидепресив, 50% после втора антидепресивна ерапија, а после 8 месеци 67% од пациентите биле во ремисија (35).

После акутната фаза на третман на депресивното растројство следува фаза на продолжен третман, која е со свои особености во однос на терапевтскиот пристап. Оваа фаза во која треба да има редовен третман генерално треба да трае девет до дванаесет месеци по постигнување на ремисија, и нејзината главна цел во овој период е да се спречи рецидив.

Како последна, следува фаза на одржување и чии карактеристики зависат од повеќе фактори, како на пример честота и број на епизоди. На пример, ако се постигне брз и квалитетен опоравок кај прва епизода на болеста, може да се размислува за постепен прекин на терапијата после една до една и пол година. Доколку кај пациентот се следат чести и повеќе епизоди, треба да се смета на подолготрајна терапија, понекогаш и доживотно, се со цел спречување на рецидивите. За должината и начинот на третман влијаат повеќе фактори, како на пр. експресијата на симптоматологијата, должината и квалитетот на ремисијата, претходни епизоди, присуство на суицидални мисли и на психотични симптоми, степен на дисфункционалноста, коморбидни состојби, можни несакани ефекти и изборот на лекови (36).

1.3. ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

Депресијата може да се појави во секое животна возраст, а се смета дека повеќе од 350 милиона лица во светот боледуваат од депресија, а во однос на полот двапати повеќе се жени. И покрај достапноста на ефикасни третмани, многу лица со растројства на расположението

се со одреден степен на попреченост поради болеста, а степенот на самоубиства (кој се случува кај приближно 15 проценти на депресивни пациенти) кај младите е висок, и особено висок кај постарите луѓе. Иако депресивните растројства се повообичаени кај жените, од самоубиство повеќе умираат мажи отколку жени, додека обидите за самоубиство се почести кај жени.

1.3.1. Преваленца и инциденца

Доста споредливи интернационални студии за распространетоста на униполарното депресивно растројство се базираат на епидемиолошки истражувања со користење на идентична дијагностичка проценка, (the Diagnostic Interview Schedule ДИС), спроведена во скоро сите земји членки на СЗО. Според овие студии, стапките на преваленца на униполарно депресивно растројство се движат од 1,5 на 100 возрасни лица во Тајван, се до 19,0 на 100 возрасни лица во Либан. Резултатите покажале значителни варијации во стапки, но постојаност во половите разлики и возраста на однос на почетокот на болеста.(37). Во една национална студија за коморбидитет во САД, најдени се доста повисоки стапки на преваленца— 17.1.(1) Andrade et al. (2003) и Kesler et al. (2003), укажуваат дека депресијата има типични карактеристики на повторувачки, рекурентен или хроничен тек.(38,39). Депресијата е исто така признаена и како крос-културелна состојба, иако има разлики во нејзината манифестација. (2)

Светската здравствена организација (СЗО) ја класифицирала депресијата како четврта на листата на најјургентни светски здравствени проблеми, предизвикувајќи поголема попреченост отколку ишемичната срцева болест или цереброваскуларната болест, а се очекува до 2020 да стане втора на листата болести според попреченоста што ја предизвикува. Според СЗО, доживотниот ризик од заболување од депресија изнесува 20-30%, а се смета дека во просек секоја петта жена и секој десети маж во текот на животот ќе искушат барем една сериозна епизода на депресивно растројство.(40) Исто така, се очекува дека депресивните растројства се повеќе ќе допринесуваат кон зголемениот морбидитет и морталитет од другите медицински болести, како на пр. кардиоваскуларната болест.

1.3.2. Карактеристики на заболувањето: дијагностички критериуми

Поставувањето на дијагнози во психијатријата е категоризирано според дадени критериуми, кои треба да бидат исполнети за да се постави соодветна дијагнози. Со воведувањето на оперативна класификација на системите за ментални нарушувања, DSM-V (Американската психијатриска асоцијација 2013) и МКБ-10 (Светска здравствена организација 1992), се направи значителен придонес за научен развој на психијатрија со користење на објективни

критериуми за психијатриски дијагнози со одредени прагови и на тој начин подобрување на дијагностички сигурност. Исто така, вака поставени дијагнози им помогнаа на лекарите да донесуваат одлуки дали и како ввид на третман е потребен (41).

Додека МКБ-10 е развиена од страна на Светската здравствена организација, во соработка со Светската асоцијација на психијатри во делот на менталните растројства, ДСМ-5 е развиена од страна на Американското психијатриско здружение (АПА), и се користи воглавно во САД. И двете класификации не содржат теориски претпоставки за етиологијата на психичките растројства, а поставувањето на дијагнозите воглавно се темели на утврдување на поедини критериуми (знакови и симптоми), кои содржат попис на основни карактеристики на растројствата, кои треба да бидат присутни во поединачен случај и се со определено траење, за да може да се воспостави дијагноза.

Дефинициите на групата на униполарни депресивни растројства во двете МКБ-10 и DSM-5 имаат осум заеднички симптоми, вклучувајќи: депресивно расположение, губење на интерес, намалена енергија или зголемен замор, нарушувања на спиење, на апетит, постојани мисли за смртта, неможност за концентрација или неодлучност, психомоторна агитација или ретардација. МКБ-10 како критериуми има две дополнителни елементи: намалена самодоверба и самопочит, и идеи на вина и намалена вредност, а DSM-4 комбинира несоодветни или прекумерни чувства на вина и безвредност (што е квалитативно поизразен симптом од губење на самодоверба или самопочит).

Како процес во насока на развој на DSM-V (веќе важечка) и МКБ-11, усвоен е пристапот дека не само по основ на категории, но исто така и димензионални пристапи кон дијагноза е важно за клинички работа и истражување. Димензионалниот систем ја зема во предвид можноста за клинички значајните индивидуални разлики меѓу различни субјекти кои ги исполнуваат дијагностичките критериуми. (8)

1.4. ДЕМОГРАФСКИ КАРАКТЕРИСТИКИ КАРАКТЕРИСТИЧНИ ЗА УНИПОЛАРНО ДЕПРЕСИВНО РАСТРОЈСТВО

1.4.1. Возраст

Возраста која е карактеристична за почеток на оваа растројство е доста конзистента во сите релевантни студии. Од развојна перспектива, униполарното депресивно растројство (УДР), во понатамошниот текст именуван и како депресија, може да биде идентификуван веќе во детството, и тоа со приближно еднаква стапка во двата рода. Сепак, во почетокот на адолесценцијата, половите разлики се појавуваат со двојно поголеми стапки на депресија кај жените. Овој период на рана зрелост е идентификуван како типична возраст на почетна епизода на депресија (42,43). Во анализата на десет епидемиолошки студии, (Weissman et al.), се посочува дека оваа болест најчесто започнува помеѓу 25та и 30та годишна возраст.(44) Резултатите од повеќе студии покажуваат дека разликата меѓу половите перзистира во возрасната доба и се намалува во постарата возраст. (45,46,47).

1.4.2. Пол

Со исклучок на биполарните растројства, афективните растројства се јавуваат двапати почесто кај жени отколку кај мажи.(48,49) Овие наоди, кои се широко поткрепени во многу студии, сугерираат дека полот игра важна улога во етиологијата и во патогенезата на депресивното растројство. Неколку лонгитудинални студии покажуваат дека полот не е предиктор на опоравувањето или на релапсот на депресивното растројство. (50,51)

1.4.3. Социоекономски статус

Лица кои ги исполнуваат критериуми за сиромаштијата имаат повисоки стапки на депресија од оние лица кои не ги исполнуваат истите критериуми.(52) Луѓето од понизок социоекономски статус се со поголема веројатност да имаат рекурентни видови на депресија од оние со повисок социоекономски слоеви.(53)

1.4.4. Брачен статус

Coryell и Romans во своите студии заклучиле дека појавата на депресија меѓу жени кои сами живеат, се разведени или се во процес на развод, ја зголемува веројатноста за прва депресивна епизода.(54,55) Coryell и соработниците, исто така, утврдиле дека и пациентите со депресивно растројство имаат речиси половина помалку веројатност да склопат брак во однос на контролната група. (56)

1.5. ЛИЧНОСТ И ПСИХИЈАТРИСКИ РАСТРОЈСТВА

Поврзаноста помеѓу појавата на психијатриски растројства и карактеристиките на личноста, изразени пред се преку темпераментот и карактерот, е доста комплексна и мултифакторијална. Личноста со своите компоненти е динамична форма, која има свои реверзибилни патопластични или патогени функции. Карактеристиките на личноста се сметаат за фактори на ранливост за развој на психијатриски нарушувања, преку поврзаноста на нивните генетски predispozicija и фактори на животната средина, со појавата на психички растројства. Овие поставки се доста значајни за разбирање пред се на депресивното растројство, која е најчесто ментално растројство. Она што претставува заедничка насока и во новите класификации и поставки, е дека секое лице кое е во депресивна состојба има свои уникатни особини со кои се разликува од другите. Карактеристиките на личноста можат да ја изменат клиничката манифестација на симптомите или исходот на депресивното растројство, и виси верса, повторливите епизоди може да влијаат врз карактеристиките на личноста. [57] Практичното значење на овие релации се доста значајни за разбирањето на етиологијата на појавата на депресивното растројство, на експресијата на симптомите, и можат во голема мера да помогнат околу планирањето на терапевтските процедури.

Земајќи ги во предвид ги карактеристиките и начините на делување на одредени видови на антидепресивни лекови, возможно е да се направи невробилошко карактеризирање на особините на личноста преку мапирање на одредени невротрансмитери. (58)

1.5.1. Карактеристики на карактерот и темпераментот кај лица со депресивно растројство

Личност се дефинира како интеграција на менталните и соматските својства на индивидуата, која што се манифестира во нејзините социјални интеракции. Таа исто така може да се карактеризира како динамична организација на релативно стабилни својства, кои се одговорни за способностите за адаптација. Општо е прифатено дека личноста се развива преку интеракција на наследните диспозиции и влијанијата на животната средина (59). Гледано и од структурната гледна точка, повеќето автори се согласуваат дека личноста се состои од темперамент, карактер, и интелигенција. Темпераментот ги одразува биолошките и наследените карактеристики, а карактерот го одразува општествениот и културниот придонес на личноста. Интелигенцијата влијае и на конституционалните и на социјалните карактеристики и ги модифицира сите функции на личноста. Многу етиолошки модели на депресија се изнесени, а меѓу најдискутираните фактори на ризик се карактеристиките на личност (60). Повеќе автори (61,62) објавиле студии со кое е докажана поврзаноста на депресивното растројство со некои особини на личноста, како што е висок скор на невротичност на Maudsley инвентар на личноста (Eysenck, 1962); ниска емоционална стабилност - Guidford-Zimmerman Temperament Survey (Guilford и Zimmerman, 1949); Хистерична шема на Armor Personality Inventory (Lazare, Klerman, & Armor, 1966); и ниска его-контрола на ММПИ Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Hathaway & McKinley, 1951). Високи скорови на интер персонална сензитивност се посочени исто така како ризик фактори за појава на депресија (Boyce & Parker, 1989) е фактор на ризик за депресија. (63) Истражувањата за карактеристиките на личноста како прекурсори на депресивно растројство има два важни апсекта (64). Еден аспект е дека со мапирање на карактеристиките на личност може да се идентификуваат личностите со високи фактори на ризик, со што ќе се создадат предусловиза соодветно планирање на третман во рана фаза. Второ, познавање на преморбидната личност може да помогне да се разбере етиологијата на депресија, и со тоа ќе може да се помогне во креирање на превентивни програми, или во креирањето на терапевтските планови. (65)

(TCI JAPAN Mayumi Naito)

Улогата на основните функции на личноста е да ги интегрираат когнитивните и емоционалните карактеристики во насока на адекватно социјално функционирање (Cloninger & Svrakic 2000).(66) Општо е прифатено дека личноста игра важна улога не само во одржувањето на благосостојбата, туку и во развојот на психопатолошки состојби. (67,68)

1.5.2. Мултифакторијален модел

Carlo Perris(1988, 1994) развил еден мултифакторијален модел за разбирање на психичките растројства, кој има цел да ги интегрира социјалните, психолошките и биолошките фактори.(69,70) Поконкретно, овој модел ја подвлекува претпоставената улога на дисфункционални селф-шеми и личните карактеристики во психопатологијата. Иако моделот не е сосема нов, неговата зрелост го прави доста потентен, како и интегрирачки во однос на повеќето постоечки етиолошки теории (пр., Kendler, Gardner, & Prescott, 2002; Luyten, Blatt, Van Houdenhove, & Corveleyn, 2006).(71,72). Perris под влијание на истражувањата за поврзаност помеѓу дисфункционалните пракса на родителски стилови и психопатологијата, како и од работата на Bowlby и Beck, развил модел која е фокусиран на концептот на индивидуална вулнерабилност. Накратко кажано, овој модел ја нагласува важноста на интеракција на повеќе променливи индивидуални карактеристики во однос на подложноста на психолошки нарушувања.(73,74) Со овој модел како позадина, целта на овој труд ќе биде да пружи докази за претпоставките дека карактеристиките на личноста, во однос на темпераментот и карактерните црти, како и дисфункционалните ставови, се поврзани со предиктивност на појавата на депресивното растројство, како и на резултатот на антидепресивниот третман.

1.5.3. Cloninger-ова теорија на личноста

Cloninger создал теорија на личноста со биопсихосоцијален модел на темпераментот и карактерот, кој е изведена од биолошки, неврофизиолошки, генетски и психолошки студии. (75, 76.) Таа го опишува односите помеѓу биогенетската структура на личноста и психичките растројства. Клонингер покажал дека фенотипската структура на личноста може да се разликува од биогенетската структура бидејќи тој го набљудувал однесувањето на генотипските и срединските влијанија кога се во интеракција. Според поставките на Клонингер, личноста може да се смета за мултидимензионален конструкт кој вклучува пониски и повисоки нивоа на лично функционирање преку карактеристиките на темпераментот и карактерот. Темпераментот претставува автоматско прилагодување преку шеми на условени одговори, додека преку карактерот се вклучува свесна обработка на адаптивни информации.

Cloninger сугерира дека меѓусебната интеракција на сите димензии на личноста може да влијаат на ранливоста кон депресија. Темпераментот во голема мера е генетски определен и конфигурира автоматски бихејвиор одговори. Се состои од четири наследни димензии кои се видливи од раното детство и вклучува процедурално и несвесно учење. Тие се означени како:

- барање на новини (НС)
- избегнување на штета (ХА)
- зависност од награда (РД) и
- упорност (П)

НС е систем на однесувањето поврзано со активација со допамин како свој невротрансмитер. НС се изразува како тенденција кон возбуда, љубопитност, ентузијазам и импулсивност. ХА е систем на однесување поврзано со инхибиција со ГАБА и серотонин невротрансмитерите. ХА е тенденцијата поврзана со претпазливост, напнатост, раздразливост и песимизам, и е поврзан со невротрансмитерот серотонин. РД е систем поврзан со норадреналинот како нејзини невротрансмитери. РД е тенденција кон топлина, чувствителност, зависност и друштвеност. П е систем на активно однесување и покрај заморот и фрустрација, со глутамат и серотонин како свои невротрансмитери.(77).

Карактерот се развива во текот на онтогенезата со големо влијание од социјалните фактори. Карактерот ги регулира когнитивните процеси на сетилна перцепција и емоции кои се насочени од темпераментот. Се состои од следните димензии:

- само-насоченост (СД),
- кооперативност (ЦО) и
- себенадминување(СТ)

Овие димензии се повеќе детерминирани од животната средина отколку што се наследени. СД се однесува на идентификација со автономното себство и способноста за решавање на ситуации во согласност со индивидуалните цели и вредности. ЦО укажува на степенот до кој поединци ги гледаат другите луѓе како дел од себе. СТ одговара на идентификација со единството на сите нешта во светот (77). Секоја од овие димензии се состои од димензии на понизок ред т.е. поддимензии.

1.5.4. РАЗВОЈ НА ПСИХОБИОЛОШКИОТ МОДЕЛ НА ЛИЧНОСТА

Темперамент и карактер Инвентарот (ТЦИ) од Cloninger, Svrakic, and Przybeck (1993) се чини дека ќе го продлабочи нашето разбирање на односот помеѓу личноста и депресијата. ТЦИ се базира на psychobiological теорија за седум-факторски модел на темперамент и карактер. Cloninger et al. (1993) претпоставува дека темпераментот е основата на развојот на карактерот и дека личноста е краен производ на интеракцијата меѓу двете. (75) Темперамент се состои од четири наследни димензии кои се манифестираат рано во животот: (НС), (ХА), (РД), (П). Овие димензии на темпераментот се претпоставува дека се генетски детерминирани и дека соодветно корелираат со допаминергични, серотонински и норадренергичните активност. Развојот на психобиолошкиот модел на личноста започнал во 1986 година, кога американскиот психијатар Роберт Cloninger (Cloninger, 1986) најпрвин ги опишал три димензии на темпераментот: ХА, ХС и РД. (78) Секој од овие темперамент карактеристиките се опишува како автономен одговор на дадени стимули; ХА на тенденцијата да се одговори на стресогени стимули, НС на тенденцијата да се одговори на нови стимули и РД од тенденцијата да се одговори на наградувачки стимули (Cloninger, 1987). Лица со високи скорови на ХА димензијата се опишани како исплашени, песимисти, инхибирани, со

постојана антиципација на штета, додека личности со ниски скорови се опишани како оптимиси, неинхибирани, безгрижни, енергични и (Cloninger, 1987). Оригиналниот модел беше наречена теорија на биосоцијална личност. (79)

Моделот на три основни карактеристики на темперамент произлегува од Клонингеровите клинички забелешки, невробиолошки истражувања, како и на претходни теории на личноста. Cloninger во постулатите на својата теорија ги вградил и теориските поставки на Хенрик Sjöbring, Џефри Греј и Ханс Eysenck (Cloninger, 1986). (78)

Биосоцијалната теорија на личноста е понатаму се развила во психобиосоцијален модел на личноста кога практичната употреба на неговите постулати, како и со истражувањата кои ги спровел, дошол до заклучоци дека дури и четири димензионален модел на личноста е несоодветен после промовирањето на Перзистентноста (П) како четврта особина на темпераментот. Повеќе компаративни студии дошле до препораки дека други теории на личност опфаќаат некои аспекти на човековата личност што не се вклучени во биосоцијалната теорија на личноста. Второ, биосоцијалната теорија на личноста не може да направи дистинкција на субјекти кои имаат растројство на личноста (Cloninger et al., 1993). Затоа три димензии на карактер биле додадени на моделот: Авто-насоченост (СД), Кооперативност(Ц)и самонадминување(СТ), кои созреваат во зрелата возраст.

Само-насоченост (СД) се однесува на способноста да личноста се прилагоди на однесување според одбраните цели и вредности. Тоа е изворот на чувство на личниот интегритет и самодоверба.

Кооперативност (Ц)се дефинира како способност личноста ги прифати и да се идентификува со другите луѓе.

Самонадминување (СТ) се однесува на духовни искуства и чувство на единство со универзумот.

Студии со користење на Tridimensional Личност Прашалник (TPQ; Cloninger, 1986,1987), претходник на ТЦИ, со мерење само на димензиите на темперамент, се добиени индикации дека ХА е поврзано со депресија. Така, Svrakic, Przybeck и Cloninger (1992) покажаа во 86 студенти кои ХА е поврзано со афективната состојба, поврзано со прашалник за биполарност. (80) Слично на тоа, Brown, Svrakic, Przybeck, and Cloninger (1992) дистрибуирани TPQ на популација од психијатриски амбулантни пациенти. Тие откриле значителна позитивна корелација на Бек Скалата за депресија со ХА, но не и со НС или РД. (81) Иако овие резултати покажаа крос секциона корелација на ХА со депресија, и понатаму останува да се одговори дали TPQ резултатите утврдуваат карактеристики кои се претходници на депресија, бидејќи крос секционата корелација не мора да значи каузативно поврзување.

На пример, проценка на личноста може да коварира со расположението на испитаниците (Akiskal, Hirschfeld, и Yerevanian, 1983). (82) Всушност, иако Cloninger, Przybeck и Svrakic (1991) покажаа добри тест-ретест резултати за НА во примерок од 1,019 возрасни, Strakowski, Dunayevich, Keck, & McElroy (1995) покажаа дека кај 42% од испитаниците резултатите зависат од нивната моментална афективна состојба. (83)

Централно место во теоријата се претпоставките за филогенетски конзервирани невробиолошки фактори кои го регулираат или одредуваат темперамент. Клонингер

претпоставува дека трите оригинални темперамент особини се соодветни на одредени моноамини (Cloninger, 1986). Теоријата на Cloninger, се потпира на поставките на Gray, кој ја обработувал улогата на серотонинот, норадреналинот и γ -амино киселината butric acid (ГАБА) во системот на инхибиција на однесувањето (1982). (78)

ХА -Според оваа хипотеза, ХА е во позитивна корелација со активноста на серотонин. Тоа значи дека личности со високи вредности на ХА, имаат висока мозочна серотонинска активност. Докази кои ја поддржуваат оваа хипотеза доаѓаат од бихевиоралната студија која го истражува серотонинскиот метаболит 5-hydroxyindoleacetic киселина (5-HIAA) во цереброспиналната течност (Cloninger et al., 1994). (84) 5-HIAA е пронајден во негативна корелација со суицидно однесување, кои вредности се пример за високо ХА (Agren, 1983). 5-HIAA, исто така, е пронајден во негативна корелација со Sjöbrings димензија на важност, врз основа на која делумно се заснова ХА. (Cloninger, 1986).(78)

Cloninger, земајќи ги овие и други истажувања во предвид, претпоставува дека личности со високи вредности на НС се со ниски активности на допаминот, а РД со ниски активности на норадреналинот.

Според Клонингер, висока ХА е поврзан со когнитивна анксиозност, додека висок НС е поврзан со соматска анксиозност. Содржината на темперамент димензии ХА и НС затоа делумно се засновани на симптоми и когнитивни предрасуди, според што и се разликува соматската анксиозност од когнитивната анксиозност (Cloninger, 1986). (78)

1.5.5. Поврзаност на димензиите на темпераментот и карактерот со појавата на депресивното растројство

Моделот на личноста според Cloninger е доста соодветен за клиничка употреба како во процесот на процена на ризикот за појава на депресивно растројство, така и во процесот на планирање на соодветен антидепресивен третман. (Cloninger et al 2006).(76) Релевантни научни студии ја докажуваат оваа клиничка употреба, посебно кај пациенти со униполарно депресивно растројство. Овие студии демонстрираат дека во однос на посочените карактеристики на личноста, меѓу другите високо ХА е асоцирано со појава на депресивно растројство, а фамилијарната вулнерабилност кон униполарна депресија е поврзана најмногу со висок ХА и со низок СД. (Abrams et al 2004; Jylhä P & Isometsä E 2006; Hruby et al 2009, Farmer et al 2003). (85-88)

Студии со користење на ТЦИ во кои се испитуваат факторите на карактеристиките на личноста најмногу се употребуваат во областа на растројства на личноста, како и на афективни растројства пред се на големо депресивно растројство, во кои се испитуваат разликите со стандардната популација кај која не се дијагностицирани психички. Лицата со УДР покажуваат повисоки нивоа на ХА и СТ и пониско ниво на СД и Ц, од контролните групи. Студиите укажуваат дека неколку клинички карактеристиките што се карактеристични за УДР, како што се рекурентноста на афективните промени, како и коморбидитет со други психијатриски состојби, се поврзани со карактеристиките на

личноста. Присуството на коморбидни анксиозни растројства и повторна појава на епизоди се поврзани со пониски СД и Ц резултати кај пациенти со УДР, во однос на контролните групи. [57] Сумирајќи ги повеќето истражувања на ова поле, резултатите покажуваат дека како најефикасни димензии на личноста со карактеристична предиктивност на појавата на депресивното растројство, може да послужат ХА, РД, СД и НС димензиите на личноста.

1.5.6. Поврзаност на димензиите на темпераментот и карактерот со текот и исходот на третманот на депресивното растројство

Некои од димензии на темпераментот можат да се употребат за предиктивност на исходот на третманот, и да се направи дистинкција помеѓу респондери и нон-респондери на соодветниот третман, а во последните години како современ начин на антидепресивен третман е усвоен медикаментозниот третман со селективни серотонински реаптејк инхибитори (во понатамошниот текст ССРИ). Во се поголема употреба се и други класи, како серотонин норадреналин реаптејк инхибитори (СНРИ), и норадренергични серотонергични антидепресиви (НАССА). Резултатите на релевантни истражувања покажуваат дека промените на димензиите на личноста и нивната предиктивна вредност за исходот на антидепресивниот третман може да одигра значајна улога во поглед на разбирањето на патогенезата, текот и третманот на депресивното растројство. Како најдобри предиктори на исходот на антидепресивниот третман се сметаат ХА и РД димензиите (Joyce *et al* 2003; Nelson & Cloninger 1995; Nelson & Cloninger 1997; Hruby *et al* 2010). (89-92)

Како што е наведено повеќето од овие студии исто така сугерираат дека некои димензии се поврзани со одговорот на антидепресивниот третман кај пациенти со депресивно растројство. Постојат докази дека депресивните пациенти кои имаат повисоки ХА резултати, а кои пак се намалуваат по успешно лекување, сепак ХА димензијата останува покачена во споредба со здрави контроли и за време на клиничката ремисија (Richter *et al* 2000; Abrams *et al* 2004). (93,94) Од друга страна, Farmer (2003) ги идентификува РД заедно со НС како фактори кои го намалуваат ризикот од појава на мајор депресија. (88)

Gabbard (2000) во своите истражувања нагласува дека разликата помеѓу димензиите на темпераментот и карактерот може да биде многу корисна во однос на планирањето на третманот. Тоа би значело различен приод во однос на симптоматологијата, односно избор на третман зависно од тоа дали преовладува повлеченост и социјална изолација, или пак зголемена импулсивност. Ваквиот пристап со специфични цели води кон поуспешен и поефикасен третман. (95)

2. МОТИВ ЗА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Во тек на мојата повеќегодишна работа како специјалист психијатар главна област на интерес ми претставуваат афективните растројства. Посебен предизвик во последните години ми претставува воведувањето на нови терапевтски средства, како на пример репетативната транскранијална магнетна стимулација, која е воведен како нов третман на резистентните облици на депресија при Универзитетската клиника за психијатрија. Во исто време и моето работно место е на одделот за афективни растројства, поспецифично отсек за депресивни растројства, каде секојдневно се соочуваме со сите аспекти на оваа растројство, но и каде се спроведуваат повеќе различни истражувачки студии во ова поле. Меѓутоа како посебен мотив се наметнува и потребата за подобро разбирање и истражување како на клиничките аспекти, така и на јавно здравствените аспекти на оваа растројство, кое и како во современите општества е се пораширено и во нашата земја. Оттука, се надевам дека и можноста за подобро разбирање на предиктивните фактори ќе води кон подобри и поефикасни превентивни програми, кои би го намалиле негативниот импакт која оваа растројство го има како на индивидуално, така и на национално ниво.

3. ЦЕЛИ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Главна цел на овој труд е да се одредат карактеристики на личноста кои се предиктори на појавата на униполарното депресивно растројство (УДР), како и на исходот на антидепресивната терапија со цел подобро разбирање како на етиологијата на растројството, така и развој на соодветен план за терапија и менаџирање на оваа растројство.

3.1. *Општи и специфични цели*

Цел #1: Анализа на потенцијалните показатели како предиктори на појавата на УДР.

1.1 Анализа на демографските и социо-економските карактеристики како предиктори на појавата на УДР

1.2 Анализа на предиктори за појава на УДР според карактер

Цел #2: Анализа на потенцијалните показатели како предиктори на исходот на третманот на УДР.

2.1 Анализа на предиктори на исход на антидепресивен третман на УДР според демографските и социо-економските карактеристики

2.2 Анализа на предиктори на исход на антидепресивен третман на УДР според карактер

2.3 Анализа на предиктори на исход на антидепресивен третман на УДР според темперамент

Цел #3: Анализа на влијанието на антидепресивниот третман врз карактеристиките на личноста со униполарно депресивно растројство.

3.1 Анализа на влијанието на антидепресивен третман врз социо-економските карактеристики кај лицата со УДР

3.2 Анализа на влијанието на антидепресивен третман врз цртите на карактерот кај лицата со УДР

3.3 Анализа на влијанието на антидепресивен третман врз цртите на темпераментот кај лицата со УДР

Цел #4: Формулирање на препораки за соодветни дијагностички и терапевтски процедури во однос на карактеристиките на личноста кај лицата со УДР

4. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДИ

4.1. Инструмент на истражување

Сетот на прашалници ќе биде двапати аплициран кај испитуваната група, и тоа во тек на депресивна епизода со скор на Бек-ова скала на депресија над 19, и вториот пат после тримесечен антидепресивен третман со антидепресиви од новата генерација: селективни серотонински реаптејк инхибитори (ССРИ), инхибитори на повторното преземање на серотонинот и на норадреналинот (СНРИ), или норадренергичен и специфичен серотонергичен антидепресив (НаССа). Кај контролната група сетот на прашалници ќе биде еднаш аплициран.

Три прашалници ќе бидат користени во ова истражување:

4.1.1. Општ прашалник

Општиот прашалник содржи податоци за генералиите на лицето, за социјалниот статус, за историјата на менталната состојба, за сегашната ментална состојба, како и за минатиот и сегашниот третман.

4.1.2. Бек-ов прашалник за депресивни симптоми – второ издание (BDI-II; Beck et al., 1996)

Бек-ов прашалник за депресивни симптоми како сет од 21 прашање кои испитаникот ги одговара со цел да се процени присуството и сериозноста на депресивните симптоми. Тие се проценуваат со четири точки на градациона скала од 0 до 3, врз основа на тежината на секое прашање. Бек (1996) го класифицира вкупниот скор на следниот начин: 0-9 нормален опсег; 10-18 минимална депресивна симптоматологија; 19-28 умерена симптоматологија и тешка симптоматологија 29-63. Целосен опис на прашалникот, вклучувајќи ги и нивните психометриски својства може да се најде во Beck, Steer и Garbin (1988), како и во Steer, Bol, Ranieri и Beck(1994).(96-97)

4.1.3. ТЦИ – Инвентар за темперамент и карактер

Димензиите на личноста можат да бидат детектирани и измерени со помош на овој специјален прашалник насловен како TCI (Temperament and Character Inventory), кој како инструмент за предиктивност на појавата и на резултатот на третманот на депресивното растројство е доста употребуван во научно истражувачки цели. Темперамент и карактер инвентарот (ТЦИ) е прашалник за особините на личноста создадена од страна на Cloninger и неговите соработници. Првин била наречена Тродимензионален прашалник за личноста - **Tridimensional Personality Questionnaire** (TPQ), и подоцна била развиена во **Темперамент и карактер инвентар / Temperament and Character Inventory (TCI)** (ТЦИ; Cloninger et al, 1994).(84) Најновата верзија **Темперамент и карактер инвентар-Р / Temperament and**

Character Inventory-R (TCI-R) е 240-ајтемски самооценувачки прашалник, со потврдни и одречни одговори. Тој е наменет за проценка на индивидуалните разлики на основните димензии на темпераментот и карактерот. ТЦИ е докажано внатрешно конзистентен и фактор-аналитички валиден инструмент за клинички и нормативни примероци (Brändström et al, 1998; Сато et al, 2001 година).(98,99) Целосен опис на инвентарот, вклучувајќи психометриски својства може да се најде во Cloninger (1994).(84)

Cloninger со своите соработници подоцна го имаат доработено овој прашалник, односно имаат создадено нова верзија со наслов The Temperament and Character Inventory-Revised (TCI-R). Моделот на Cloninger е особено значаен за клиничка употреба кај депресивните и анксиозните растројства, но се употребува и кај растројствата на јадење, злоупотреба на супстанции и зависности, како и кај растројствата на личност.

Според поставките на Cloninger, соодветни карактеристики на личноста се сметаат како протективни во однос на појавата на депресивното растројство, или се сметаат за значаен фактор за подобрување на исходот на антидепресивната терапија.

Во основа на седмофакторскиот модел на ТЦИ е биосоцијалната теорија која ја претставува личноста како хиерархиска организација, комплексен систем кој се состои од четири димензии на темперамент и три димензии на карактер. Секоја од седумте димензии на личноста погоре опишани се состои од димензии на понизок ред т.е. поддимензии. Овој психобиолошки модел се базира на синтези од податоци и концепти од разни дисциплини, од когнитивната невронаука до развојната психологија, во обид да се интегрираат биогенетските, социокултурните и други аспекти на нормалните и девијантните структури и развој на личноста (Cloninger, Shraikic, Przybeck 1993). (75)

Темперамент и карактер димензии, нивните субскали, примери на елементи во секоја димензија и претпоставен невротрансмитер кој е асоциран со особината.

4.2. ПСИХОМЕТРИСКИ СВОЈСТВА НА ТЦИ

Внатрешна конзистентност на ТЦИ димензии на личноста е испитан во голем број студии (Cloninger et al., 1994, Brändström et al., 1998). Josefsson et al. (2013). (2013) ја истражувал стабилноста на ТЦИ димензии во текот на долг рок. Студијата покажала дека четиригодишното тест-тестирање за кардиоваскуларни ризик кај младите Финци студија на Кронбах α вредности за секоја димензија биле следиве: ХА $\alpha = 0,92$, НС $\alpha = 0,85$, РД $\alpha = 0,80$, П $\alpha = 0,64$, СД $\alpha = 0,91$, Ц $\alpha = 0,91$, и СТ $\alpha = 0,91$ (студија I).

Внатрешна конзистентност на субскали е помал (Brändström et al., 1998). Cloninger et al., (1994) објави шестмесечен тест- ретест корелација за ХА ($r = 0,79$), НС ($r = 0,76$), а за РД ($r = 0,70$).

Две неделен тест-тест студија за сигурноста на димензиите на ТЦИ-R беше пријавен од страна на Hansenne и сор. (2005). Корелации меѓу сите димензии е најдено дека се меѓу 0,81 и 0,94.

Корелација за ТЦИ особини на личноста е меѓу 0,71 и 0,81 за сите возрасни групи

4.3. Временска рамка и место на истражување

Оваа истражување беше спроведено во Универзитетската клиника за психијатрија – Скопје, во период од две години, а беше организирана како “case control” студија. Лицата со УДР од испитуваната група беа пациенти на клиниката, кои ги исполнуваат критериумите за вклучување. Дел од лицата од контролната група беа избрани меѓу лица без историја за психички растројства во примарна здравствена заштита, а другиот дел од лица од општата популација кои се јавуваат на клиниката за психијатрија за разни потреби за утврдување на нивната ментална состојба, а кои се здрави и без историја за психичка болест.

4.4. Избор и карактеристики на примерок:

Големината на примерокот е пресметана со користење на програма ПЕПИ 4.04х, со интервал на доверба (CI = 95%), проценета преваленца на УДР од 5% во општата популација, моќност на истражувањето од 80% и минимална прифатлива разлика од 0.05 (со оваа пресметка излегува дека потребниот број на испитаници е 70).

4.5. Испитувана група

70 лица со дијагностицирано униполарно депресивно растројство, кај кои сетот на тестови беа аплицирани во тек на депресивна криза со скор на Бек скалата индикативен за униполарно депресивно растројство, односно за умерена или тешка депресивна епизода, со скор над 19. Вториот пат сетот на прашалници ќе биде аплициран после 3 месечен третман со селективни серотонински реаптејк инхибитори (ССРИ).

4.5.1. Критериуми за вклучување: Лицата во испитувана група се со дијагностицирано униполарно депресивно растројство, дијагностицирана како Ф 32 или Ф 33 според МКБ 10, дијагностициран со скор на Бековата скала за депресија повисок од 19. Лицата од оваа група ќе бидат на возраст од 30-55 години, со еднаква родова застапеност како и контролната група, како и слични други социодемографски карактеристики.

4.5.2. Критериуми за исклучување: Критериуми за исклучување ќе бидат: присуство на одреден значен коморбидитет, вклучително биполарно афективно растројство, манично растројство, психоорганицитет, ментална ретардираност, други болести на мозокот или невролошки заболувања.

4.6. Контролна група

Контролна група ќе опфати 70 здрави индивидуи на возраст од 30-55 години, кај кои сетот на прашалници ќе биде аплициран еднаш.

4.6.1. Критериуми за вклучување: Лицата од контролната група ќе бидат избрани по случаен избор, меѓу лицата без историја за психичко растројство кај матичните лекари во примарна здравствена заштита, или лица кои биле дијагностицирани како здрави лица без историја за психичко растројство во амбулантната служба при Универзитетската клиника за психијатрија ќе бидат исто така вклучени во контролната група, која по број и по другите социодемографски карактеристики (пол, степен на образование, работен статус, брачна состојба и др.) ќе биде идентична со испитуваната група.

4.6.2. Критериуми за исклучување: Критериуми за исклучување за испитуваната група ќе бидат: присуство на психијатриско растројство, вклучително и депресивни, психотични

растројства, алкохолизам, психоорганицитет, ментална ретардираност, други болести на мозокот или невролошки заболувања, како и присуство на некое од овие заболувања во најблиската фамилија.

4.7. Ограничувања (bias) на истражувањето

а) селективен: ќе бидат опфатени само пациенти од поголемите градови во земјата.

б) bias from non - response – свесно одбивање на пациентите за учество во анкетното истражување.

в) reporting bias – неподготвеност, незаинтересираност и субјективно одговарање на прашањата од инструментот.

5. СТАТИСТИЧКА АНАЛИЗА НА ПОДАТОЦИТЕ

Сите податоци добиени со инструментите на истражување ќе бидат внесени во специјално изработена база на податоци, а обработката ќе биде извршена со користење на софтвер SPSS 16.0.

За анализа на податоците беа употребени следниве статистички методи:

1. Дистрибуцијата на континуираните варијабли (пр. возраст, Векс-ова скала на депресија), ќе биде прикажана како максимална, минимална вредност, аритметичка средина (mean) и стандардна девијација (SD). Разликите во резултатите помеѓу испитуваната и контролната група ќе бидат анализирани со Student-ов t-test за два големи независни примероци.

2. Дистрибуцијата на категоричките варијабли (одговорите на прашањата од инструментот) ќе бидат прикажани како фреквенции (број и процент), а разликата во одговорите помеѓу испитуваната и контролната група ќе бидат проценети со крос-табулација и Pearson χ^2 (хи-квадрат) тест, Kolmogorov-Smirnov тест и Kruskal-Wallis тест.

3. За тестирање на предиктивната улога на компонентите од инструментите на истражување за развој на УДР и ефективноста на третманот ќе биде користена регресиона анализа:

а) биваријатна анализа за анализа на асоцијацијата помеѓу исходот (УДР) и секоја од варијаблите предиктори (поединечни компоненти на инструментите на истражување) – пол, возраст, СЕС, димензии на карактер, темперамент и дисфункционални ставови на однесување

б) стратификувана анализа за да се провери евентуалниот модифицирачки ефект на некоја од зависните варијабли;

в) регресиона анализа за да се одреди евентуалното постоење на confounder-и, односно варијабли кои влијаат на големината на добиената асоцијација. Моделот ќе биде одреден со backwards елиминација како примарна стратегија за моделирање, при што варијаблите со најголем коефициент β ќе бидат проценети први како потенцијални конфоундери.

Сите статистички тестови ќе се обработуваат со примена на барана статистичка сигнификантност за $p < 0.05$ (резултати кои ќе се сметаат за статистички значајни), а резултатите со вредност за $p > 0.05$ како "отсуство на евиденција за статистичка значајност". (146)

Сите резултати ќе бидат прикажани табеларно и графички.

Сите статистички тестови се обработени со примена на бараната статистичка сигнификантност за $p < 0.05$ (резултати кои се интерпретирани како статистички значајни), а резултатите со вредност за $p > 0.05$ како „отсуство на евиденција за статистичка значајност“¹.

6. РЕЗУЛТАТИ

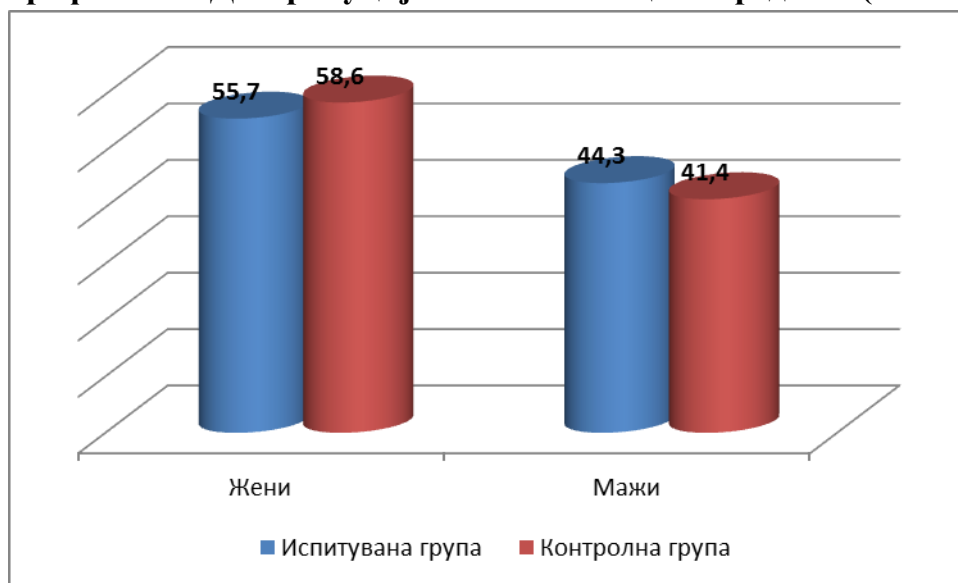
Истражувањето е направено на 140 испитаници од кои 70 се испитаници со дијагноза Депресивно растројство Ф32 или Ф33, (умерена или тешка епизода, без или со психотични елементи) а останатите 70 без дијагностицирано психичко растројство како контролна група.

6.1. Демографски и социоекономски карактеристики

6.1.1. Пол

Во вкупниот примерок, поголем е бројот на жени (56.7%) споредено со 37.8% мажи; анализирано по групи испитаници, процентот на жени е исто така поголем и во двете групи (55.7% во испитуваната и 58.6% во контролната група). Крос-табулацијата на дистрибуцијата по пол и кореспондентниот хи-квадрат тест не покажува статистички сигнификантна разлика ($X^2=0.117$, $df=1$, $p=0.733$) – графикон X.

Графикон 1: Дистрибуција на испитаници според пол (n=140)



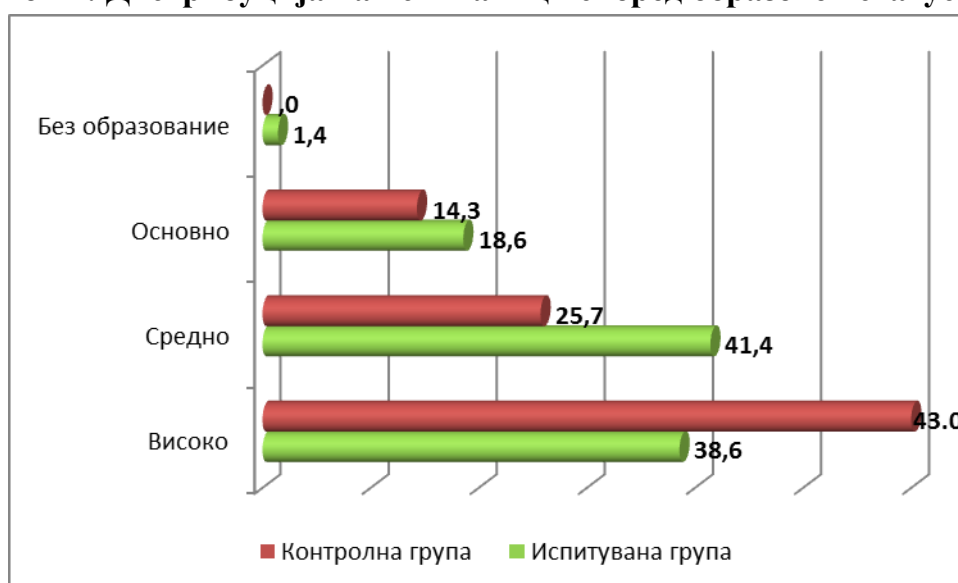
6.1.2. Возраст

Анализирано по возраст на испитаниците, средната вредност е незначително повисока кај испитаниците во испитуваната група (или со дијагноза Ф32 или Ф33) – 41.86 години \pm 9.7 СД, споредено со средната вредност на возраста на испитаниците од контролната група – 41.74 години \pm 10.7 СД. Дека возраста на испитаниците во двете групи е слична потврдува и резултатот од t-тестот за независни примероци со $t= 0.066$, $df=138$, $p=0.947$.

6.1.3. Образование

Помалку од половина од испитаниците во контролната група (43.1%) се со високо образование, споредено со 38.6% испитаници во испитуваната група со истиот образовен статус, кои пак во најголем процент имаат завршено средно (41.4%) или основно образование (18.6%) – графикон X. Крос-табулацијата на испитаници од двете групи според образовен статус не покажува статистички сигнификантна разлика ($X^2=7.227$, $df=3$, $p=0.065$).

Графикон 2: Дистрибуција на испитаници според образовен статус (n=140)



6.1.4. Брачен статус

Најголем процент испитаници и во двете групи живеат во брачна заедница (44.3% во испитуваната и 50.7% во контролната група) – графикон X. Сличен е и процентот на разведени, со 25.7% во испитуваната и 23.6% во контролната група. Идентичен процент на испитаници во испитуваната група имаат партнер/партнерка или живеат сами (12.9%), споредено со 20% и 5.7% испитаници во контролната група со истиот брачен статус. Крос-табулацијата на одговорите на прашањето за брачниот статус на испитаниците не покажува статистички сигнификантни разлики помеѓу двете групи ($X^2=6.131$, $df=4$, $p=0.19$).

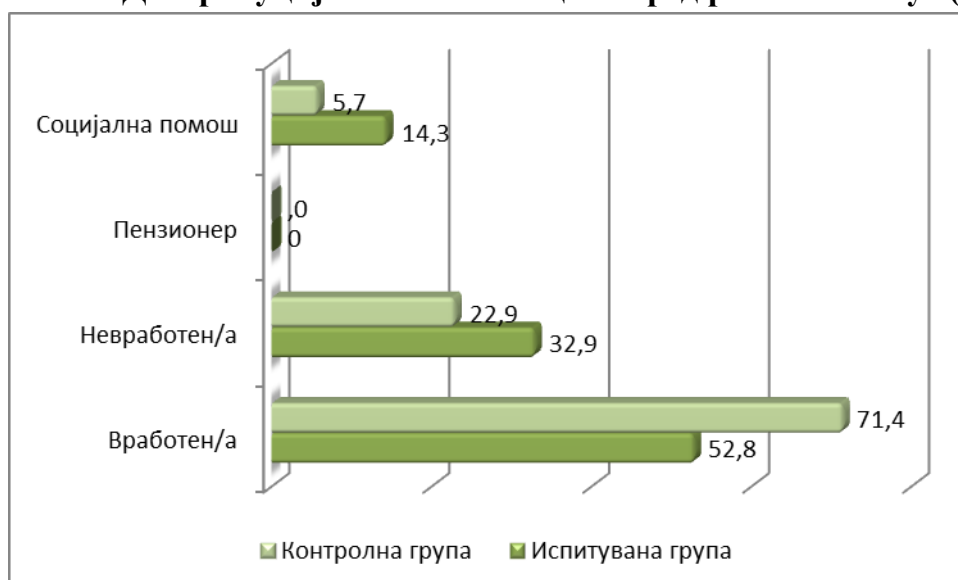
Графикон 3: Дистрибуција на испитаници според брачен статус (n=140)



6.1.5. Работен статус

Најголем процент на испитаници во двете групи изјавиле дека се вработени, со поголем процент кај контролната (71.4%), споредено со испитуваната група каде како вработени се изјасиле нешто повеќе од половина испитаници (52.8%). Поголем е процентот на невработени во испитуваната група (32.9%), споредено со само 22.9% во контролната група. Пензионери НЕМА, а приматели на социјална помош има 5.7% во испитуваната и 14.3% во контролната група – графикон X.

Графикон 4: Дистрибуција на испитаници според работен статус (n=140)



Разликите помеѓу групите испитаници се потврдени и со крос-табулација на резултатите и кореспондентниот хи-квадрат тест кој покажува статистички сигнификантни разлики, со вредност $X^2=13.838$, $df=3$, $p=0.003$.

6.1.6 Живее во заедница со:

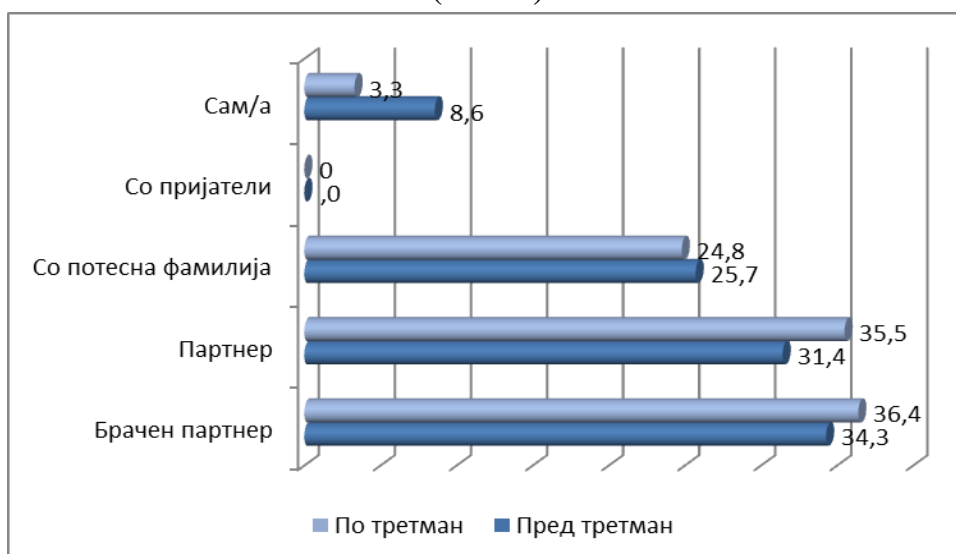
Во испитуваната група, нешто повеќе од една третина испитаници живее во брачна заедница (34.3%) или со партнер (31.4%), 25.7% живеат со својата потесна фамилија, а најмал процент (8.6%) живеат сами. Во контролната група, најголем процент живеат со партнер (40%), 34.3% со потесна фамилија, 18.6% со брачен партнер и 7.1% со пријатели – Графикон X. Крос-табулацијата на резултатите покажува статистички сигнификантни разлики помеѓу групите испитаници во однос на прашањето со кого живеат во заедница ($X^2=15.847$, $df=4$, $p=0.003$).

Графикон 5: Дистрибуција на испитаници според заедница во која живее (n=140)



6.1.7. После третман: Живее со...

Графикон 6: Дистрибуција на испитаници според заедница во која живее после третман (n=140)

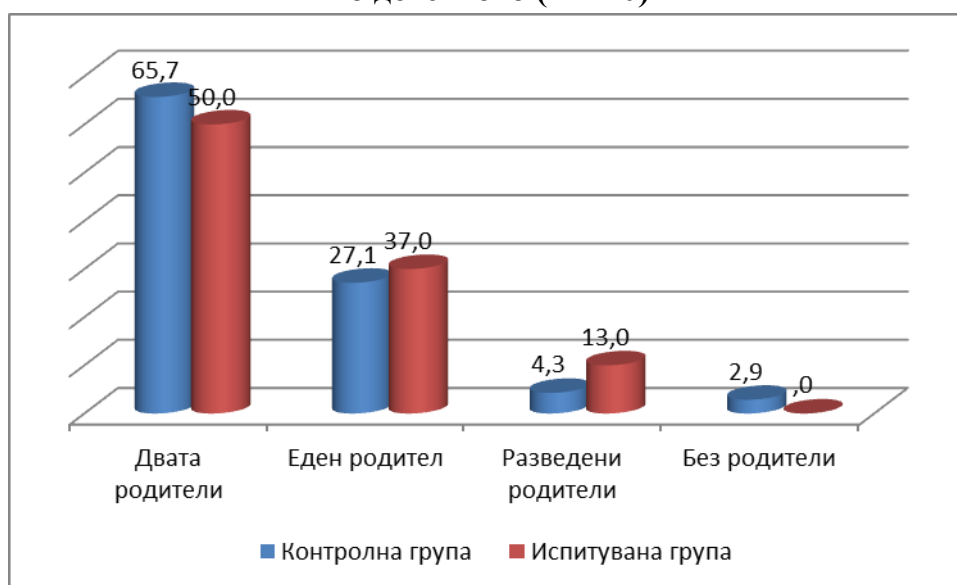


Споредено со состојбата пред третман, се следи подобрена социјална состојба, помалку лица после третман живеат сами, и се зголемил бoroј кој живеат со партнер (статистичка значајан разлика ($X^2=6.555$, $df=3$, $p=0.004$).

6.1.8. Во детството живеел во заедница со:

Што се однесува на видот на заедница во која испитаникот го поминал детството, најголем процент испитаници и во двете групи (65.7% во контролната и 50% во испитуваната група) во детството живееле со двата родители, а процентот на испитаници во двете групи кои во детството живееле само со еден родител е 37.1% во испитуваната и 27.1% во контролната група. Повисок е процентот на испитаници кои детството го поминале во заедница на разведени родители (13.0%), споредено 4.3% со контролната група, а детството без родители го поминале само 2.9% испитаници во испитувана група – графикон X. Разликата помеѓу групите е на граница на статистичка сигнификантност ($X^2=7.882$, $df=3$, $p=0.005$).

Графикон 7: Дистрибуција на испитаници според заедница во која живеел испитаникот во детството (n=140)



6.1.9. Првпат дијагностицирана депресивна епизода на возраст

На пациентите со депресивно растројство (испитувана група), средната возраст на кој им било истото дијагностицирано изнесува 29.7 години \pm 5.4СД; минималната возраст на дијагностицирано депресивно растројство е 18, максималната 42 години.

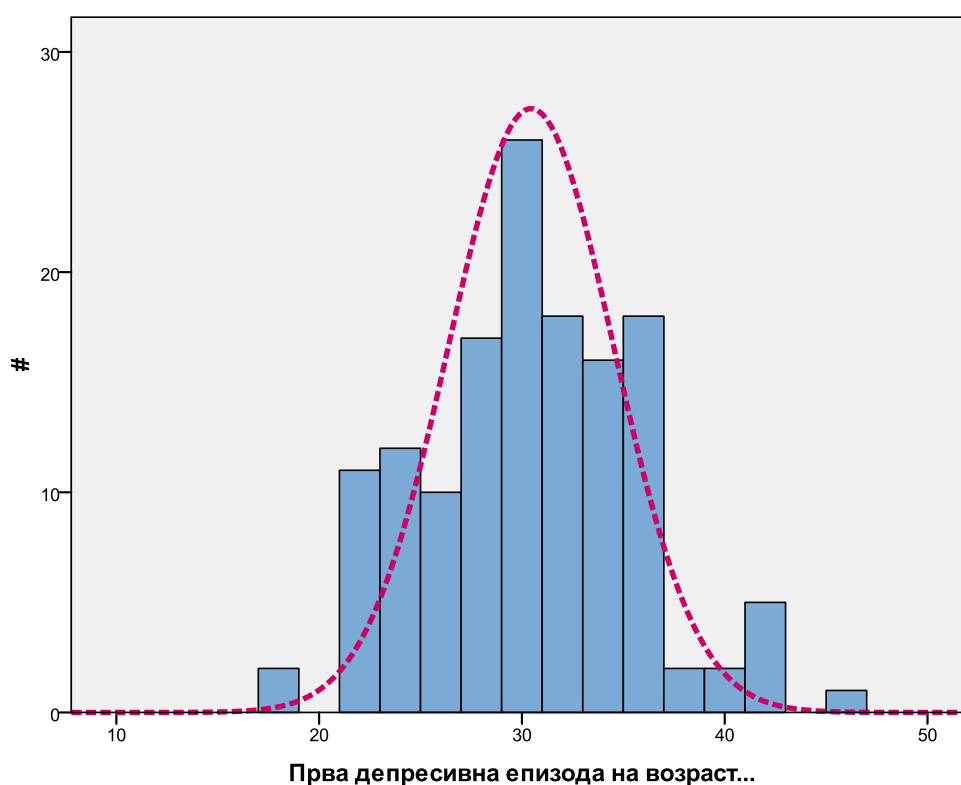
Табела 1 :

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
OP9	70	18	42	29,69	5,383
Valid (listwise)	N 70				

Средниот број на претходни депресивни кризи изнесува 3.27 ± 1.6 СД, со минимум една и максимална вредност од 10 депресивни кризи. Средниот број на хоспитализации во психијатриска установа на испитаниците со ХХХ изнесува 1.63 ± 1.9 СД, со минимална вредност 0 и максимална 12 хоспитализации.

Графикон 8:



6.1.10. ДОСЕГАШЕН ТРЕТМАН СО: (може да се заокружат и повеќе одговори)

- А. Трициклични антидепресиви
- Б. ССРИ антидепресиви
- В. СНРИ
- Г. Друго

Табела 2: Досегашен третман

OP13

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	10	5,8	9,9	9,9
	1	49	28,5	48,5	58,4
	2	34	19,8	33,7	92,1
	3	8	4,7	7,9	100,0
	ВКУПНО	101	58,7	100,0	
Missing System		71	41,3		
	ВКУПНО	172	100,0		

6.1.11. СЕГАШЕН ТРЕТМАН СО:

А. ССРП антидепресиви

Б. СНРП антидепресиви

В. НАССА

Табела 3: Сегашен третман со:

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	1	30	5,2	42,8
	2	20	19,8	28,6
	3	20	29,1	28,6
	ВКУПНО	70	100,0	100,0

6.2. АНАЛИЗА НА РЕЗУЛТАТИ/СКОРОВИ НА КАРАКТЕРИСТИКИ НА ЛИЧНОСТА

6.2.1. БАРАЊЕ НА НОВИНИ (НС)

Барање на новини е анализирана преку 4 димензии на карактерот, а резултатите од сите 4 карактеристики, како и вкупниот скор за испитаниците пред и по третман како и контролната група се прикажани во табела X.

Средната вредност на НС1 (Истражувачка возбуда наспроти стоичка ригидност) пресметана преку 10 прашања кај испитаниците пред третман изнесува 29.24 ± 2.97 СД, со минимална вредност од 22 и максимална 37. После антидепресивен третман, вредноста се зголемува на 31.39 ± 2.81 СД, и е највисока кај контролната група со средна вредност 33.13 ± 2.18 СД. Разликата меѓу средните вредности не е статистички сигнификантна со $p=0.77$ – табела 4.

Средната вредност на НС2 (Импулсивност наспроти разбирање) кај испитаниците пред третман изнесува 23.71 ± 2.60 СД, се зголемува на 25.51 ± 2.28 СД после антидепресивен третман, а карактеристиката има најголема средна вредност кај контролната група (33.22 ± 2.68 СД), со утврдена статистички сигнификантна разлика ($p=0.021$).

НС3 (Екстравагантност наспроти резервираност), проценета преку 9 прашања покажува средна вредност од 23.01 ± 2.85 СД кај испитаниците пред третман, се зголемува на 24.87 ± 3.02 СД после антидепресивен третман, а кај контролната група изнесува 27.22 ± 3.07 СД со високо статистички сигнификантна разлика помеѓу групите ($p<0.01$).

Слични се и резултатите за НС4 (Неуредност наспроти педантерија) со средна вредност од 17.29 ± 2.64 СД кај испитаниците пред третман, се зголемува на 18.6 ± 2.78 СД после антидепресивен третман, споредено со средна вредност од 17.94 ± 2.78 СД кај контролната група и разликата е статистички сигнификантна – табела 4.

Вкупната вредност на НС пресметана како збир од сите 4 компоненти е со средна вредност од 93.40 ± 5.54 СД кај испитаниците со УДР пред третман, се зголемува на 101.23 ± 6.02 СД по третман, а кај контролната група е со средна вредност од 104.70 ± 6.95 СД и разликата помеѓу групите е статистички сигнификантна – табела 4.

Табела 4: Средна вредност, СД, минимални и максимални вредности на НС според групи на испитаници (n=140)

		Mean	Std. Deviation	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum	P
				Lower Bound	Upper Bound			
НС1	Пред третман	29.24	2.97	28.68	30.09	22	37	.770
	По третман	31.39	2.81	28.57	29.91	23	36	
	Контролна група	33.13	2.88	28.83	29.80	22	37	
НС2	Пред третман	23.71	2.60	23.09	24.33	15	33	.021
	По третман	25.51	2.78	22.85	24.18	17	32	
	Контролна група	33.22	2.68	23.17	24.06	15	33	
НС3	Пред третман	23.01	2.85	22.33	23.69	16	33	.000
	По третман	24.87	3.02	24.15	25.59	17	31	
	Контролна група	27.22	3.07	23.43	24.46	16	33	
НС4	Пред третман	17.29	2.64	16.66	17.91	12	24	.005
	По третман	18.60	2.78	17.94	19.26	13	25	
	Контролна група	20.09	2.78	17.48	18.41	12	25	
НС_ВКУПНО	Пред третман	93.40	5.54	92.08	94.72	77	105	.004
	По третман	101.23	6.02	94.79	97.66	78	113	
	Контролна група	104.70	6.95	93.82	105.81	77	113	

Корелацијата на НС карактеристиките со Бек скорот е негативна за сите 4 димензии на НС. Кај НС1, корелацијата е најмала кај пациентите пред третман (Pearson=-0.111, $p=0.404$), се зголемува на -0.346 после антидепресивен третман и е статистички сигнификантна со $p=0.003$ и е највисока кај контролната група но не е статистички сигнификантна (Pearson=-0.416, $p=0.395$). Кај скорот за НС2, корелацијата е највисока кај пациентите пред третман (Pearson=-0.068, $p=0.607$), се намалува на -0.032 по антидепресивен третман и е најниска кај контролната група (Pearson=-0.027, $p=0.841$), но ни една од овие корелации не е статистички сигнификантна. Корелацијата на карактеристиките кои го одредуваат НС3 (Екстравагантност наспроти резервираност) со Бек скорот е негативна кај сите 3 групи испитаници, со највисока вредност од -0.635 кај испитаниците од контролната група кај кои е единствено утврдена и статистички сигнификантна разлика $p<0.01$. Слична е и корелацијата на НС4 со Бек скорот, со корелација од -0.27 кај испитаниците пред третман која се зголемува на -0.203 по антидепресивен третман, но ни една од овие две корелации не е статистички сигнификантна – Таблеа X. Кај НС4 корелацијата е највисока и статистички сигнификантна единствено кај контролната група (Pearson=-0.603, $p<0.01$).

Кај корелацијата на вкупниот скор за НС, корелацијата е со најмала негативна вредност кај пациентите пред третман и истата не е статистички сигнификантна (Pearson=-0.067, $p=0.612$). Корелацијата расте на -0.239 ($p=0.047$) кај пациентите по антидепресивен третман и е највисока кај контролната група (Pearson=-0.601, $p<0.01$); и двете корелации се статистички сигнификантни – Табела 5.

Табела 5: Корелација на карактеристиките на Барање на новини и Бек скор според групи на испитаници (n=140)

		НС1	НС2	НС3	НС4	НС_ВКУПНО
Beck_score пред третман	Pearson Correlation	-.111	-.068	-.054	-.027	-.067
	Sig. (2-tailed)	.404	.607	.613	.838	.612
Beck_score по третман	Pearson Correlation	-,346)**	-.032	-.127	-.203	-,239)*
	Sig. (2-tailed)	.003	.795	.293	.979	.047
Beck_score контролна група	Pearson Correlation	-.416	-.027	-,635)**	-,603)**	-,601)**
	Sig. (2-tailed)	.395	.841	.000	.000	.000

		Mean	Std. Deviation	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum	p
				Lower Bound	Upper Bound			
XA1	Пред третман	38.81	5.94	37.27	40.36	31	76	.000
	По третман	35.17	3.53	34.33	36.01	28	44	
	Контролна група	32.50	4.01	32.43	36.57	27	44	
XA2	Пред третман	23.24	3.27	22.38	24.09	16	33	.995
	По третман	22.20	2.99	21.49	23.91	14	30	
	Контролна група	20.25	2.73	20.05	23.98	16	31	
XA3	Пред третман	23.56	2.87	22.81	24.31	16	31	.004
	По третман	22.09	2.71	22.04	22.73	17	30	
	Контролна група	20.01	3.23	19.05	22.77	15	32	
XA4	Пред третман	27.78	2.70	27.07	28.48	21	34	.000
	По третман	25.84	3.04	25.12	26.57	19	32	
	Контролна група	20.95	3.41	20.03	25.86	17	32	
XA_ВКУПНО	Пред третман	113.39	10.15	110.74	116.04	95	159	.000
	По третман	106.30	7.47	104.52	108.08	84	130	
	Контролна група	93.71	9.01	93.19	108.02	91	131	

6.2.2. ИЗБЕГНУВАЊЕ ШТЕТА

Карактеристиката Избегнување штета е анализирана преку збир од одговорите на прашања за 4 димензии, како и вкупниот збир од четирите поткомпоненти. Првата карактеристика на избегнување штета, Очекување грижа и песимизам наспроти неинхибиран оптимизам е анализирана преку добиените зборови на 11 прашања кај сите три групи на испитаници. Добиените резултати покажуваат највисоки средни вредности на оваа карактеристика кај испитаниците пред третман (38.81 ± 5.94 СД), вредноста се намалува на 35.17 ± 3.53 СД по третман и е со најниска средна вредност кај испитаниците од контролната група (32.50 ± 4.01 СД); разликата во средните вредности помеѓу групите е високо статистички сигнификантна – табела 6.

Втората карактеристика на избегнување штета, Страв од несигурност е анализирана преку одговорите на 7 прашања. И кај оваа карактеристика средната вредност е највисока кај испитаниците пред третман (23.24 ± 3.27 СД), се намалува на 22.20 ± 2.99 СД по третман и е со најниска вредност кај испитаниците од контролната група (20.25 ± 2.73 СД); разликата во средните вредности не е статистички сифгнификантна со $p=0.995$.

Табела 6: Средна вредност, СД, минимални и максимални вредности на ХА според групи на испитаници (n=140)

Третата карактеристика на ХА, срамежливост пред непознати е исто така анализирана преку сет од 7 прашања и покажува највисока средна вредност кај испитаниците пред третман (23.56 ± 2.87 СД), се намалува на 22.09 ± 2.71 СД и е со најмала средна вредност кај испитаниците од контролната група, со статистички сигнификантна разликата помеѓу групите – табела 6.

Четвртата група од 8 прашања која ја одредува карактеристиката замор наспроти астенија покажува највисоки средни вредности кај ипситаниците пред третман (27.78 ± 2.70 СД), се намалува на 25.84 ± 3.04 СД по третман и повторно е со најниска средна вредност кај испитаниците од контролната група (20.95 ± 3.41 СД) и разликата меѓу групите е статистички сигнификантна ($p<0.01$).

Статистички сигнификантни разлики помеѓу групите испитаници се утврдени и меѓу средните вредности на вкупниот збир за ХА, со највисока средна вредност кај испитаниците пред третман (113.39 ± 10.15 СД), намалување на вредноста по третман на 106.30 ± 7.47 СД и најниска средна вредност кај испитаниците од контролната група (93.71 ± 9.01 СД) – табела 6.

Корелацијата на резултатите за ХА со Бек скорот е позитивна кај испитаниците со УДР, со намалување на вредностите по третман, додека корелацијата е негативна и статистички

сигнификантна кај испитаниците од контролната група ВО ОДНОС НА ИСПИТУВАНАТА ГРУПА за сите 4 карактеристики, како и вкупниот збир за ХА. Корелацијата на ХА1 со Бек скорот изнесува 0.249 пред третман, се намалува на 0.166 по третман, но истите не се статистички сигнификантни. Корелацијата на ХА2 со Бек скорот се намалува од 0.365 пред третман на 0.289 по третман и истата е статистички сигнификантна ($p=0.004$). Статистички сигнификантни корелации се утврдени кај сите три групи испитаници за карактеристиката ХА3, со намалување од 0.356 пред третман на 0.289 по третман – табела X. Корелацијата на ХА4 со Бек скорот од 0.278 пред третман и статистичка сигнификантност од $p=0.033$ се намалува на 0.069 по третман, но оваа корелација не е статистички сигнификантна. Статистички сигнификантни корелации се утврдени за сите 3 групи кај корелациите на вкупниот збир за ХА и Бек скорот, со позитивна корелација од 0.438 пред третман ($p=0.01$), намалување на 0.270 ($p=0.024$) по третман и негативна корелација од -0.517 кај контролната група – табела 7.

Табела 7: Корелација на карактеристиките на Избегнување штета и Бек скор според групи на испитаници (n=140)

		ХА1	ХА2	ХА3	ХА4	ХА_ВКУПНО
Beck_score пред третман	Pearson	.249	.365	.356**	.278*	.438**
	Correlation Sig. (2-tailed)	.057	.232	.006	.033	.001
Beck_score по третман	Pearson	.167	.145**	.289*	.069	.270*
	Correlation Sig. (2-tailed)	.166	.004	.015	.573	.024
Beck_score контролна група	Pearson	-.482**	-.062*	-.255*	-.509**	-.517**
	Correlation Sig. (2-tailed)	.000	.041	.048	.000	.000

7.2.3. ЗАВИСНОСТ ОД НАГРАДА

Карактеристиките на личноста во однос на Зависност од награда (РД) се проценети преку прашања во 4 области, како и вкупниот збир од сите четири области – табела X. Средната вредност на РД1 (сентименталност), проценета преку резултатите од одговорите на 8 прашања е со најниска средна вредност кај испитаниците пред третман 27.04 ± 2.51 СД, се зголемува на 27.69 ± 3.50 СД по третман и е со највисока средна вредност од кај испитаниците од контролната група (30.07 ± 3.39 СД), со статистички сигнификантни разлики помеѓу групите. Карактеристиката РД2 Отвореност за комуникација наспроти молчаливост,

проценета преку 10 прашања е со најниска средна вредност од 31.96 ± 3.32 СД кај испитаниците пред третман, се зголемува на 32.06 ± 3.51 СД кај истите испитаници по третман и е со највисока средна вредност од 33.81 ± 3.44 СД кај испитаниците од контролната група, но разликата не е статистички сигнификантна ($p=0.922$).

Табела 8: Средна вредност, СД, минимални и максимални вредности на ХА според групи на испитаници (n=140)

		Mean	СД	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum	P
				Lower Bound	Upper Bound			
РД1	Пред третман	27.04	2.52	27.04	26.36	27.04	26.36	.00
	По третман	27.69	3.50	26.85	28.52	20	39	
	Контролна група	30.07	3.39	29.18	30.95	20	40	
РД2	Пред третман	31.96	3.32	33.08	34.85	26	45	.922
	По третман	32.06	3.51	33.22	34.89	27	45	
	Контролна група	33.81	3.44	32.92	34.71	23	41	
РД3	Пред третман	19.30	2.36	19.67	20.94	15	25	.040
	По третман	20.46	2.15	18.94	19.97	15	25	
	Контролна група	21.42	2.57	19.75	21.09	15	26	
РД4	Пред третман	19.50	2.83	18.74	20.26	14	25	.000
	По третман	20.77	2.32	20.22	21.32	14	25	
	Контролна група	21.63	2.55	20.96	22.29	17	29	
РД_ВКУ ПНО	Пред третман	99.14	6.10	99.17	102.44	88	120	.000
	По третман	101.97	6.52	100.42	103.53	89	120	
	Контролна група	105.97	6.06	104.35	107.51	93	120	

Третата карактеристика од оваа област се однесува на приврзаноста (приврзаност) и е проценета преку одговорите на 6 прашања. РД3 е со најмала средна вредност од кај испитаниците пред третман (19.30 ± 2.36 СД);, нешто повисока кај испитаниците по антидепресивен третман (20.46 ± 2.15 СД), а највисока средна вредност е утврдена кај контролната група 21.42 разликата помеѓу групите е статистички сигнификантна ($p=0.040$) – табела 8. Слични резултати се добиени и со анализа на четвртата димензија на РД (Зависност), која е исто така проценета преку одговори на 6 прашања и покажува најниски средни вредности кај испитаниците пред третман (19.50 ± 2.83 СД) се намалува на 20.77 ± 2.32 СД по антидепресивен третман и е највисока кај контролната група, со високо статистички сигнификантни разлики помеѓу групите испитаници (21.63 ± 2.56 СД), ($p<0.01$). Статистички сигнификантни разлики помеѓу групите испитаници се утврдени и кај резултатот за вкупниот збир на четирите компоненти од РД, со најмала средна вредност од кај испитаниците пред третман 99.14 ± 6.10 СД, 101.97 ± 6.52 СД по антидепресивен третман и највисока средна вредност од 105.97 ± 6.06 СД кај испитаниците од контролната група – табела 8.

Корелацијата на резултатите за сите 4 компоненти на РД како и вкупниот збир за РД со Бек скорот е прикажана во табела 9 и истата е негативна кај сите три групи испитаници во сите 4 димензии, како и за вкупниот збир. Негативната корелација на РД1 (сентименталност) и Бек скорот изнесува -0.72 кај испитаниците пред третман и се зголемува на -0.226 по третман, но и двете корелации не се статистички сигнификантни. Највисока и статистици сигнификантна корелација на РД1 со Бек скорот е утврдена само кај контролната група (Pearson = -0.390 , $p=0.03$).

Табела 9: Корелација на карактеристиките на Зависност од награда и Бек скор според групи на испитаници (n=140)

		РД1	РД2	РД3	РД4	РД-вкупно
Beck_score пред третман	Pearson Correlation	-.072	-.084	-.162	-.033	-.143
	Sig. (2-tailed)	.588	.525	.220	.803	.280
Beck_score по третман	Pearson Correlation	-.226	-.126	-,281)*	-.051	-.279
	Sig. (2-tailed)	.060	.298	.019	.677	.518
Beck_score контролна група	Pearson Correlation	-,390**	-.141	-.327	-,394**	-,425**
	Sig. (2-tailed)	.003	.933	.093	.003	.001

Корелацијата на РД2 (Отвореност за комуникација наспроти молчаливост) е исто така негативна кај сите три групи испитаници, со најниска вредност од -0.84 кај испитаниците пред третман, -0.126 по третман и - 0.141 кај контролната група, но ниедна од корелациите не е статистички сигнификантна. Третата карактеристика од зависност од награда (приврзаност) е со најниска и статистички несигнификантна корелација со Бек скорот од -0.162, статистички сигнификантно се зголемува на -0.281 по третман ($p=0.019$) и е највисока кај контролната група со $Pearson = -0.327$, но истата не е статистички сигнификантна ($p=0.093$). Корелацијата на РД4 (Зависност) е статистички сигнификантна само кај испитаниците од контролната група ($Pearson=-0.394$, $p=0.003$) – Табела 8.

Слични се и резултатите на корелацијата на вкупниот збир за РД со Бек скорот, со најниска негативна вредност од -0.143 кај испитаниците пред третман ($p=0.280$), се зголемува на -0.279 ($p=0.518$) по третман и е со највисока статистички сигнификантна негативна корелација кај испитаниците од контролната група ($Pearson=-0.425$, $p=0.001$) – табела 9.

6.2.4. УПОРНОСТ

Особините на личноста во областа упорност се проценети преку прашања во четири области. Првата област П1 (подготвеност за напори наспроти мрзеливост) е проценета преку одговорите на 9 прашања и е со најниска средна вредност од 28.83 ± 3.63 СД кај испитаниците пред третман, се зголемува на 29.00 ± 4.05 СД кај испитаниците по антидепресивен третман и е со највисока средна вредност од 29.93 ± 3.43 СД кај испитаниците од контролната група, а разликата меѓу групите не е статистички сигнификантна. Резултатот од одговорите на 8 прашања од областа П2 (work HARDened vs spoiled) е со најниска средна вредност од 26.54 ± 3.74 СД кај испитаниците со УДР пред третман, минимално се зголемува на 26.64 ± 3.77 СД по антидепресивен третман и е највисока со 26.86 ± 3.31 СД кај испитаниците од контролната група, а разликата меѓу групите не е статистички сигнификантна – табела 10.

Средната вредност на збирот од 10 прашања за П3 (амбициозност наспроти неисполнителност) е најниска кај испитаниците пред третман (32.88 ± 4.05 СД), се зголемува по антидепресивен третман на 34.40 ± 4.08 СД и е највисока кај испитаниците од контролната група 35.27 ± 4.44 СД, но разликата не е статистички сигнификантна ($p=0.088$). Збирот на одговорите на 8 прашања за П4 (*перфекционист наспроти практичар) е повторно со најниска средна вредност кај испитаниците пред третман (26.78 ± 2.66 СД, нешто повисока кај испитаниците по антидепресивен третман (27.03 ± 2.62 СД) и највисока кај испитаниците од контролната група 27.16 ± 2.70 СД, но разликата повторно не е статистички сигнификантна ($p=0.735$). Статистички сигнификантна разлика помеѓу групите е утврдена единствено за вкупниот збир за П кој е добиен со збир на сите 4 компоненти, со најниска средна вредност кај испитаниците пред третман (114.42 ± 10.46 СД), расте на 116.83 ± 10.64

СД по антидепресивен третман и е со највисока средна вредност кај испитаниците од контролната група (119.18 ± 10.15 СД и $p=0.026$ – табела 10.

Табела 10: Средна вредност, СД, минимални и максимални вредности на упорност според групи на испитаници (n=140)

		Mean	СД	95%Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum	p
				Lower Bound	Upper Bound			
P1	Пред третман	28.83	3.63	27.88	29.78	21	39	.238
	По третман	29.00	4.05	28.03	29.97	20	44	
	Контролна група	29.93	3.43	29.01	30.85	23	38	
P2	Пред третман	26.54	3.74	25.57	27.52	15	37	.777
	По третман	26.64	3.77	25.50	27.30	18	40	
	Контролна група	26.86	3.31	25.97	27.74	20	36	
P3	Пред третман	32.88	4.05	31.83	33.94	25	46	.088
	По третман	34.40	4.08	33.43	35.37	26	46	
	Контролна група	35.27	4.44	33.08	35.46	23	47	
P4	Пред третман	26.78	2.66	26.09	27.47	20	33	.735
	По третман	27.03	2.62	26.40	27.65	19	32	
	Контролна група	27.16	2.70	26.44	27.88	20	35	
P_ВКУПНО	Пред третман	114.42	10.46	112.31	117.76	88	150	.026
	По третман	117.83	10.64	114.29	119.37	93	162	
	Контролна група	119.18	10.15	115.50	120.93	94	155	

Корелацијата на добиените резултати за П во сите 4 компоненти, како и вкупниот збир со Бек скорот е негативна – Табела 11. Корелацијата на П1 со Бек скорот пред третман изнесува -0.126 и се зголемува на -0.175 по третман, но и двете корелации не се статистички сигнификантни. Статистички сигнификантна е само корелацијата на П1 со Бек скорот кај испитаниците од контролната група (Pearson = -0.338, $p=0.011$). Корелацијата на П2 со Бек скорот се намалува од -0.203 пред третман на -0.125 по третман, додека кај контролната група изнесува -0.217 но ниедна од корелациите не е статистички сигнификантна. Слична е

корелацијата и на П3 со Бек скорот, со најниска вредност од -0.061 пред третман, се зголемува на -0.65 по третман и изнесува -0.199 кај контролната група, но ни една од корелациите не е статистички сигнификантна – табела X. Статистички сигнификантна е корелацијата на П4 со Бек скорот по третман (Pearson = -0.253, $p=0.035$).

Во однос на вкупниот збир за П, корелацијата со Бек скорот е статистички сигнификантна само кај испитаниците од контролната група (Pearson = -0.331, $p=0.013$).

Табела 11: Корелација на резултатите за упорност со Бек скор (n=140)

		P1	P2	P3	P4	P_ВКУПНО
Beck_score пред третман	Pearson Correlation	-.126	-.203	-.061	-.074	-.159
	Sig. (2- tailed)	.342	.122	.645	.576	.229
Beck_score по третман	Pearson Correlation	-.175	-.125	-.065	-.253)*	.074
	Sig. (2- tailed)	.148	.303	.591	.035	.544
Beck_score контролна група	Pearson Correlation	-.338)*	-.217	-.199	-.222	-.331)*
	Sig. (2- tailed)	.011	.109	.142	.099	.013

6.2.5. САМО-НАСОЧЕНОСТ

Карактеристиката само-насоченост е проценета преку прашања во 5 компоненти, како и вкупниот збир од резултатите за петте компоненти. Резултатите за средната вредност, стандардна девијација, минимум и максимум вредности како и статистичката сигнификантност на разликите во средните вредности се прикажани во Табела 12. Средната вредност на СД1 (одговорност наспроти обвинување) добиена со збир од 8 прашања е со најниска средна вредност кај испитаниците пред третман (23.44 ± 3.03 СД), се зголемува на 27.47 ± 2.76 СД по третман, има највисока средна вредност кај испитаниците од контролната група (28.02 ± 4.06 СД), а разликата помеѓу групите е високо статистички сигнификантна ($p<0.01$). Статистички сигнификантна разлика на средните вредности е утврдена и за резултатите од 6 прашања од групата СД2 (целесообразност наспроти недостаток на цел/правец), со најниска средна вредност од 19.31 ± 2.67 СД кај испитаниците пред третман, зголемување на 20.63 ± 2.92 СД по третман и со највисока средна вредност кај испитаниците од контролната група (22.80 ± 2.88 СД, $p=0.08$). Резултатите добиени за карактеристиката СД3 (ресурси) добиени преку збир на 5 прашања во оваа област се исто така со најниска средна

вредност кај испитаниците пред третман ($13.98 \pm 2.35\text{СД}$) која се зголемува на $16.36 \pm 2.50\text{СД}$ по третман и е со највисока средна вредност кај испитаниците од контролната група $17.05 \pm 2.71\text{СД}$, а разликата е статистички сигнификантна ($p < 0.01$). Не е утврдена статистички сигнификантна разлика во средните вредности за СД4 (прифаќање себеси наспроти себеподобрување, $p = 0.057$) која е проценета преку збир од 10 прашања и е со најниска средна вредност кај пациентите пред третман ($32.98 \pm 3.92\text{СД}$) и највисока кај контролната група ($35.98 \pm 3.60\text{СД}$) – табела 12. Високо статистички сигнификантни разлики помеѓу групите се утврдени кај карактеристиката СД5 (Истакнување на друга природа), како и кај вкупниот збир на СД од сите 5 компоненти, со најниска вредност од $122.45 \pm 7.13\text{СД}$ кај испитаниците пред третман. Со вредност 127.75 ± 8.49 , и највисока кај испитаниците од контролната група ($141.87 \pm 8.62\text{СД}$) – табела 12.

Табела 12: Средна вредност, СД, минимални и максимални вредности на самонасоченост според групи на испитаници (n=210)

		Mean	Std. Deviation	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum	p
				Lower Bound	Upper Bound			
СД1	1	23.44	3.03	22.65	24.23	14	34	.000
	2	27.47	2.76	26.81	28.13	20	34	
	3	28.02	4.06	26.93	29.10	19	36	
СД2	1	19.31	2.67	18.61	20.00	14	26	.008
	2	20.63	2.92	19.93	21.32	15	27	
	3	22.80	2.88	20.03	21.57	13	27	
СД3	1	13.98	2.35	13.37	14.60	10	19	.000
	2	16.36	2.50	15.76	16.95	10	24	
	3	17.05	2.71	16.33	17.78	11	23	
СД4	1	32.98	3.92	31.96	34.01	16	41	.057
	2	34.56	3.61	33.70	35.42	27	43	
	3	35.98	3.60	33.02	34.95	25	41	
СД5	1	33.03	4.48	31.87	34.20	22	48	.000
	2	38.74	3.81	37.83	39.65	30	52	
	3	37.54	4.51	36.33	38.74	27	51	
СД ВКУ ПН О	1	122.45	7.13	121.02	125.11	107	144	.000
	2	127.75	8.49	125.22	139.84	122	160	
	3	141.87	8.62	139.54	142.32	118	165	

Корелацијата на резултатите за карактеристиката СД за сите 5 компоненти како и вкупниот збир со Бек скорот е прикажана во Табела 13. Корелацијата на СД1 и Бек скорот пред третман е негативна но не и статистички сигнификантна (Pearson = -0.083, $p=0.530$). Статистички сигнификантна е корелацијата на СД1 со Бек скорот по третман (Pearson = -0.450, $p<0.01$) како и корелацијата кај контролната група (Pearson = -0.579, $p<0.01$). Негативна корелација со Бек скорот е добиена и за СД2, но истата е статистички сигнификантна само кај контролната група (Pearson = -0.480, $p<0.01$). Слична е и корелацијата на СД3 со Бек скорот каде од -0.173 кај испитаниците пред третман се намалува на -0.70 по третман, но и двете корелации не се статистички сигнификантни (сигнификантна е само корелацијата на СД3 со Бек скорот кај контролната група (Pearson = -0.538, $p<0.01$) – табела 13. Корелацијата на СД4 со Бек скорот е позитивна пред третман (Pearson = 0.154, $p=0.245$), се негативизира по третман (Pearson = -0.070, $p=0.562$) и е највисоко негативна кај испитаниците од контролната група (Pearson = -0.184, $p=0.174$), но ниту една од корелациите не е статистички сигнификантна. Корелацијата на СД4 со Бек скорот е негативна кај сите три групи испитаници, но е единствено статистички сигнификантна кај испитаниците од контролната група (Pearson = -0.518, $p<0.01$).

Слични резултати се добиени и со корелација на вкупниот збир за СД со Бек скорот со негативна корелација од -0.190 кај испитаниците пред третман која се намалува на -0.119 по третман, но е статистички сигнификантна само кај испитаниците од контролната група (Pearson = -0.692, $p<0.01$) – табела 13.

Табела 13: Корелација на резултатите за само-насоченост со Бек скор (n=210)

		S1	S2	S3	S4	S5	S_ВКУПН О
Beck_score пред третман	Pearson Correlation	-.083	-.132	-.173	.154	-.220	-.190
	Sig. (2-tailed)	.530	.317	.191	.245	.095	.149
Beck_score по третман	Pearson Correlation	-.450)* *	-.090	-.075	-.070	-.025	-.119
	Sig. (2-tailed)	.000	.460	.535	.562	.838	.327
Beck_score контрол на група	Pearson Correlation	-.579)* *	-.480)**	-.538)**	-.184	-.518)**	-.692)**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.174	.000	.000

6.2.6. КООПЕРАТИВНОСТ

Карактеристиката кооперативност е проценета преку одговори на различен број прашања во 5 области, како и вкупниот збир на одговорите во сите 5 области (резултатите за средната вредност, СД, минимум и максимум вредности, како статистичката сигнификантност се прикажани во Табела X. Средната вредност за Ц1 (прифаќање од околина наспроти одбојност) проценета како збир од 8 прашања е најниска кај испитаниците пред третман (26.31 ± 5.40 СД), се зголемува на 27.61 ± 2.76 СД по антидепресивен третман и има највисока вредност од 29.07 ± 2.95 СД кај испитаниците од контролната група, а разликата помеѓу групите е статистички сигнификантна ($p=0.001$). Карактеристиката Ц2 (емпатија наспроти социјална незаинтересираност), проценета преку збир од 5 прашања љ исто така со најниска средна вредност од 16.93 ± 2.33 СД кај испитаниците пред третман, зголемување на 17.57 ± 2.05 СД по третман и највисока вредност од 19.54 ± 2.59 СД кај испитаниците од контролната група, но разликата во средните вредности не е статистички сигнификантна – табела X. Не е утврдена статистички сигнификантна разлика во средните вредности помеѓу групите испитаници ниту за карактеристиките Ц3 (подготвеност да се помогне наспроти незаинтересираност да се помогне), Ц4 (Сожалување наспроти осветољубивост) и Ц5 (простосрдечна совесност наспроти самодоволност). Статистички сигнификантна е разликата помеѓу средните вредности во однос на вкупниот збир за карактеристиката Ц со најмала средна вредност од 124.50 ± 8.09 СД кај испитаниците пред третман, 127.30 ± 7.55 СД по антидепресивен третман и највисока средна вредност од 130.38 ± 7.71 СД кај испитаниците од контролната група ($p=0.045$) – табела 14.

Табела 14: Средна вредност, СД, минимални и максимални вредности на кооперативност според групи на испитаници (n=210)

		Mean	Std. Deviation	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum	
				Lower Bound	Upper Bound			
C1	1	26.31	5.40	24.90	27.71	15	58	.001
	2	27.61	2.76	26.96	28.27	20	36	
	3	29.07	2.95	28.28	29.86	24	36	
C2	1	16.93	2.33	16.33	17.54	13	22	.235
	2	17.57	2.05	17.08	18.06	12	22	
	3	19.54	2.59	16.84	19.80	11	23	
C3	1	27.42	2.85	26.68	28.17	22	35	.116
	2	28.49	3.43	27.67	29.30	19	35	
	3	29.45	3.16	27.60	29.91	21	35	
C4	1	25.32	2.34	24.71	25.93	20	32	.477

	2	26.11	3.07	24.38	26.85	18	34	
	3	27.70	2.89	23.92	27.74	18	30	
C5	1	28.71	2.72	28.00	29.42	22	35	.893
	2	29.51	2.94	27.81	29.92	22	35	
	3	30.50	2.43	27.85	31.15	22	34	
C	1	124.50	8.09	123.90	125.54	108	165	.045
ВКУ	2	127.30	7.55	125.21	129.32	115	160	
ПНО	3	130.38	7.71	129.87	132.22	115	151	

Корелацијата на резултатите за сите 5 компоненти како и вкупниот збир за кооперативност со Бек скорот е прикажана во табела 15. Корелацијата на Ц1 со Бек скорот е позитивна кај испитаниците пред (Pearson=0.032, $p=0.812$) и по антидепресивен третман (Pearson=0.020, $p=0.868$), но и двете корелации не се статистички сигнификантни. Истата корелација е негативна и статистички сигнификантна само кај испитаниците од контролната група (Pearson = -0.458, $p<0.01$). Корелацијата е негативна и за карактеристиките Ц2 и Ц3 кај сите три групи испитаници, но ни една корелација не покажува статистички сигнификантни вредности. Слична е и корелацијата на карактеристиките Ц4 и Ц5 со Бек скорот, истата е позитивна кај сите три групи испитаници, но ни една не е статистички сигнификантна – табела 15.

Корелацијата пак на вкупниот збир за Ц со Бек скорот е негативна пред третман (Pearson = -0.078, $p=0.556$), се зголемува на -0.140 по третман, но и двете корелации не се статистички сигнификантни. Статистички сигнификантна корелација на вкупниот збир за Ц со Бек скорот е утврдена единствено кај контролната група (Pearson = -0.294, $p=0.028$) – табела 15.

Табела 15: Корелација на резултатите за кооперативност со Бек скор (n=210)

		C1	C2	C3	C4	C5	C_ВКУ ПНО
Beck_score пред третман	Pearson Correlation	.032	-.253	-.179	.065	.039	-.078
	Sig. (2-tailed)	.812	.053	.176	.625	.769	.556
Beck_score по третман	Pearson Correlation	.020	-.239	-.074	.140	.052	-.140
	Sig. (2-tailed)	.868	.750	.545	.248	.670	.739
Beck_score контрол на група	Pearson Correlation	-.458)**	-.216	-.217	.015	.127	-.294)*
	Sig. (2-tailed)	.000	.110	.108	.913	.353	.028

6.2.7. СЕБЕНАДМИНУВАЊЕ

Карактеристиката себенадминување е проценета преку одговори на прашања во 3 области, како и вкупен збир на одговорите на прашањата во трите области. Средната вредност на збирот за СТ1 (занемарување на себе си наспроти свесна грижа за себе) е највисока кај испитаниците пред третман 28.59 ± 2.97 СД, се намалува на 27.61 ± 3.24 СД по третман и е со најниска средна вредност од 26.88 ± 3.62 СД кај испитаниците од контролната група; разликите во средните вредности не се статистички сигнификантни. Средната вредност за СТ2 (идентификација со друга личност наспроти себе-разликување) е со најниска средна вредност кај испитаниците пред третман 21.66 ± 3.62 СД, нешто повисока по третман (22.04 ± 2.89 СД) и највисока кај испитаниците од контролната група (23.29 ± 2.91 СД), но разликите не се статистички сигнификантни ($p=0.091$). Не се утврдени статистички сигнификантни разлики во средните вредности ниту за СТ3 (spiritual acceptance vs rational materialism). Статистички сигнификантни разлики се утврдени единствено за вкупниот збир за СТ, со намалување на средната вредност кај испитаниците пред третман од 74.84 ± 5.35 СД на 71.54 ± 6.56 СД, резултат многу сличен на средната вредност добиена од испитаниците во контролната група (71.32 ± 7.60 СД) – табела 16.

Табела 16: Средна вредност, СД, минимални и максимални вредности на traHScendence според групи на испитаници (n=210)

		Mean	Std. Deviation	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum	
				Lower Bound	Upper Bound			
ST1	1	28.59	2.97	27.82	29.37	22	34	.228
	2	27.61	3.24	26.84	28.39	18	36	
	3	26.88	3.62	25.91	28.84	15	35	
ST2	1	21.66	3.62	21.52	23.61	14	29	.091
	2	22.04	2.89	21.35	22.73	15	28	
	3	23.29	2.91	22.51	24.06	15	29	
ST3	1	23.07	3.07	22.27	23.87	16	30	.094
	2	21.89	3.30	21.10	22.67	11	28	
	3	21.65	3.67	20.96	22.93	12	32	
ST_БК УПНО	1	74.84	5.35	72.93	75.72	59	86	.048
	2	72.54	6.56	69.96	73.13	48	85	
	3	71.32	7.60	71.07	75.14	49	87	

Корелацијата на себенадминување со Бек скорот е прикажана во Табела 17. Корелацијата на СТ1 со Бек скорот е негативна кај испитаниците пред третман (Pearson = -0.026, $p=0.848$), станува позитивна по третман (Pearson = 0.057, $p=0.638$), највисока и позитивна е кај испитаниците од контролната група (Pearson = 0.139, $p=0.305$) но ни една од корелациите не е статистички сигнификантна. Корелацијата на СТ2 со Бек скорот е исто така негативна пред третман (Pearson = -0.146, $p=0.268$), се намалува на -0.077 по третман но ни една од овие две корелации не е статистички сигнификантна. Статистички сигнификантна и позитивна корелација на СТ2 со Бек скор има кај испитаниците од контролната група (Pearson = 0.255, $p=0.048$).

Корелацијата на СТ3 со Бек скорот е позитивна и статистички сигнификантна кај испитаниците пред третман (Pearson = 0.307, $p=0.018$), како и кај испитаниците од контролната група (Pearson = 0.314, $p=0.018$). Корелацијата на вкупниот збир за СТ со Бек скорот е исто така позитивна, но е статистички сигнификантна само кај испитаниците од контролната група (Pearson = 0.316, $p=0.017$) – табела 17.

Табела 17: Корелација на резултатите за себенадминување со Бек скор (n=210)

		ST1	ST2	ST3	ST_ВКУПНО
Beck_score пред третман	Pearson Correlation	-.026	-.146	.307*	.063
	Sig. (2-tailed)	.848	.268	.018	.636
Beck_score по третман	Pearson Correlation	.057	-.077	.039	.140
	Sig. (2-tailed)	.638	.525	.748	.911
Beck_score контролна група	Pearson Correlation	.139	.255*	.314*	.316*
	Sig. (2-tailed)	.305	.048	.018	.017

Корелацијата на возраста на испитаникот со резултатите за вкупниот збир СТ е позитивна, но истата не е статистички сигнификантна (Pearson=0.084, $p=0.227$). Позитивна е и корелацијата на возраста со вкупниот збир за С и исто така не е сигнификантна (Pearson=0.062, $p=0.370$). Корелацијата на возраста е негативна за вкупниот збир на Ц (Pearson=-0.003, $p=0.962$), вкупниот збир за П (Pearson=-0.105, $p=0.130$), РД (Pearson=-0.039, $p=0.572$) и НС (Pearson=-0.014, $p=0.227$) но ни една од корелациите не е статистички сигнификантна. Единствената статистички сигнификантна разлика во корелација со возраста е утврдена кај вкупниот збир за ХА и истата е негативна со Pearson=-0.143, $p=0.038$).

Корелацијата на возраста со резултатот од Бек скала е негативна (Pearson correlation=-0.019), но истата не е статистички сигнификантна.

		ST_ВКУП НО	C_ВКУП НО	S_ВКУП НО	P_ВКУ ПНО	РД_ВКУП НО	ХА_ВКУ ПНО	НС_ВКУ УПНО
OP2	Pearson Correlation	0,084	-0,003)	0,062	-0,105)	-0,039)	-0,143)*	-0,014)
	Sig. (2-tailed)	0,227	0,962	0,370	0,130	0,572	0,038	0,836
	N	210	210	210	210	210	210	210

Табела 18:

Резултатите од логистичката регресија покажуваат дека полот на испитаниците е значаен предиктор за појава на УДР, со поголема веројатност од 0.9 пати кај жените, споредено со мажите како референтна група (OR=0.884, p=0.047).

Споредено со испитаниците кои имаат завршено високо образование, веројатноста за појава на УДР кај испитаниците со средно образование е поголема 1.8 пати (OR=1.840, p=0.120), кај оние со основно образование 1.6 пати (OR=1.624, p=0.354), а кај испитаниците без образование 4.4 пати (OR=4.363, p=0.999), но ниедна од овие асоцијации не е статистички сигнификантна – табела 19.

Табела 19: Резултати од логистичка регресија на социо-економски предиктори за појава на УДР

	S.E.	Wald	p	OR	95% C.I.	
					Lower	Upper
Пол						
Мажи				1		
Жени	.361	.115	.047*	.884	.0436	0.896
Образование						
Високо		2.616	.455	1		
Средно	.392	2.420	.120	1.840	.854	3.966
Основно	.523	.859	.354	1.624	.582	4.530
Без образование	2842.722	6.309	.999	4.363	.000	5.213
Брачен статус						
Во брак		4.894	.298	1		
Разведен/а	.482	.858	.035	1.563	.608	4.017
Има партнер/ка	.574	1.816	.178	2.168	.703	6.685
Сам/а	.711	4.119	.042	4.230	1.051	17.028
Друго	1.602	1.065	.032	5.221	.226	120.535
Работен статус						

Вработен/а		12.810	.330	1		
Невработен/а	.411	.947	.005	1.492	.667	3.340
Пензионер/ка	.646	10.117	.001	7.815	2.201	27.742
Социјална помош	.791	4.427	.035	5.277	1.121	24.850
Живее во заедница со						
Брачен партнер		14.956	.292	1		
Партнер	.525	10.870	.001	-.177	.063	.495
Потесна фамилија	.552	12.811	.000	.139	.047	.409
Пријатели	1761.405	.000	.999	2.063	.000	.
Сам/а	1.319	1.108	.005	2.249	.019	3.308
CoHStant	.354	.203	.653	1.173		

Брачниот статус исто така е асоциран со појавата на УДР, со 1.5 пати поголема веројатност кај разведените испитаници ($OR=1.563$, $p=0.035$), споредено со испитаниците кои се во брак како референтна група. Веројатноста за УДР е 2.17 пати повисока кај испитаниците кои НЕМААТ партнер или партнерка, но оваа асоцијација не е статистички сигнификантна ($OR=2.168$, $p=0.178$). Веројатноста за УДР е 4.23 пати повисока кај испитаниците кои живеат сами споредено со испитаниците кои се во брак како референтна група ($OR=4.230$, $p=0.042$) и 5.2 пати повисока кај испитаниците кои брачниот статус го означиле како друго ($OR=5.221$, $p=0.032$); и двете асоцијации се статистички сигнификантни.

Во однос на вработените како референтна група, испитаниците кои се невработени имаат 1.5 пати поголема веројатност за појава на УДР ($OR=1.492$, $p=0.005$), пензионерите скоро 8 пати поголема веројатност за УДР ($OR=7.815$, $p=0.001$) а примателите на социјална помош 5.3 пати поголема веројатност за УДР ($OR=5.277$, $p=0.035$). Сите асоцијации се статистички сигнификантни – табела 19.

Споредено со животот во брачна заедница како референтна група, животот во заедница со партнер ја намалува веројатноста за појава на УДР за 0.18 пати ($OR=0.177$, $p=0.001$) и за 0.14 пати доколку испитаникот живее со потесна фамилија ($OR=0.139$, $p<0.001$) и истите се статистички сигнификантни. Веројатноста за УДР се зголемува за 2.2 пати кај испитаниците кои живеат сами ($OR=2.249$, $p=0.005$) и е статистички сигнификантна.

Крајната испитувана варијабла е влијанието на антидепресиви од три различни класи (1. селективен серотонин реаптејк инхибитор – тнр.ССРИ, 2. Серотонин норадреналин реаптејк инхибитор – тнр.СНРИ, и Нораденергични и специфични серотонергични антидепресиви – тнр. НАССА) врз карактеристиките на личноста во текот на третманот. Средните вредности на вкупните скорови за сите 7 димензии на карактер, како и вредноста на Бек скорот се прикажани во табела 20. Не се утврдени статистички сигнификантни разлики помеѓу трите антидепресиви за вкупниот скор за НС ($t=-0.206$, $p=0.837$ за првиот антидепресив и $t=-0.200$,

за вториот антидепресив $p=0.855$, $p=0.842$ за третиот антидепресив – табела 20. Слични резултати се добиени и за вкупниот скор за П ($t=0.136$, $p=0.196$ за првиот антидепресив, за вториот антидепресив $t=0.389$, $p=0.188$, за третиот антидепресив $t=0.414$, $p=0.163$, како и за вкупниот скор за СД ($t=-0.15$, $p=0.743$ за првиот антидепресив, за вториот $t=-0.15$, $p=0.744$, и $t=-0.16$, $p=0.736$ за третиот антидепресив) – табела 20. Статистички сигнификантни разлики во средните вредности се утврдени за вкупниот скор на ХА после третман со првиот антидепресив ($t=1.988$, $p=0.047$), како и кај вкупниот скор за РД после третман со вторите два антидепресиви ($t=-0.192$, $p=0.089$ по третман со првиот антидепресив, $t=-1.576$, $p=0.048$ за вториот антидепресив, и $t=-1.970$, $p=0.044$ по третман со третиот антидепресив) – табела 20. Разликата е статистички сигнификантна и кај пациентите лекувано со АД во однос на Бек скор ($t=-1.898$, $p=0.021$ за првиот антидепресив, $t=-1.245$, $p=0.008$ $t=-1.245$, $p=0.008$ за третиот антидепресив).

Табела 20 – средна вредност, СД и п вредност добиена со t-test кај испитаниците по третман со АД 1, АД2 и АД3

	Антидепресив (АД)	#	Средна вредност	СД	t-test p
НС_ВКУПНО	АД1	30	90.56	4.849	.837
	АД2	20	90.80	5.982	.855
	АД3	20	90.83	6.282	.842
ХА_ВКУПНО	АД1	30	110.05	11.21	.047
	АД2	20	110.87	10.01	.137
	АД3	20	111.83	7.10	.150
РД_ВКУПНО	АД1	30	104.84	6.74	.089
	АД2	20	105.22	6.89	.049
	АД3	20	106.12	5.25	.044
П_ВКУПНО	АД1	30	115.79	12.26	.196
	АД2	20	114.02	8.33	.188
	АД3	20	112.70	5.28	.163
СД_ВКУПНО	АД1	30	122.20	7.91	.743
	АД2	20	122.55	7.13	.744
	АД3	20	122.77	6.13	.736
Ц_ВКУПНО	АД1	30	124.48	9.84	.988
	АД2	20	123.98	8.73	.991
	АД3	20	124.51	5.27	.987
СТ_ВКУПНО	АД1	30	75.07	5.62	.686
	АД2	20	74.49	6.04	.688
	АД3	20	74.54	5.13	.683
Beck_score	АД1	30	36.58	9.21	.021
	АД2	20	35.99	8.21	.028
	АД3	20	35.90	6.00	.008

7. ДИСКУСИЈА

7.1 ДЕМОГРАФСКИ И СОЦИОЕКОНОМСКИ КАРАКТЕРИСТИКИ

Во оваа студија родовата застапеност беше скоро еднаква и во испитуваната и во контролната група. Спрема добиените резултати, жените почесто заболуваат од депресивно растројство, што е и во насока на сите позначани епидемиолошки студии. Има доста дискусии во оваа подрачје, вклучително и дека кај жените има поголем број на обиди за суициди, додека кај мажите е поголем број на суициди. Резултатите од логистичката регресија покажуваат дека полот на испитаниците е значаен предиктор за појава на УДР, со поголема веројатност од 0.9 пати кај жените, споредено со мажите како референтна група.

Во однос на возраста и образованието кај двете групи, истите се со слични карактеристики. Средната вредност на почетокот на болеста односно прва депресивна епизода кај испитуваната група е околу 30 година, што е и во рамките на повеќе интернационални студии.

Во однос на социоекономските аспекти на испитаниците од испитувана група пред и после третман, како и во однос на контролната група, заклучок е дека истите имаат голема взаемно влијание со појавата и болеста, и обратно, влијанието на депресивното растројство врз социоекономските параметри на испитаниците. Имено, иако нема статистички значајна разлика, кај поголем број на испитаниците во испитуваната група се утврдени неповолни социоекономски аспекти во текот на нивниот развој – поголем број од нив живееле само со еден родител, или во поголем број биле со разведени родители.

Во однос на сегашниот статус, пред третманот значително поголем број на испитаници живеат сами, или се разведени, но тој статус се подобрува после третманот. Од овие резултати може да се заклучи дека антидепресивниот третман влијае позитивно на сите социоекономски аспекти на испитаниците.

Ова го докажува тврдењето дека социолошките и психолошките фактори влијаат негативно на развојот на личноста, и ја прават вулнерабилна во однос на појава на депресивно растројство. Растењето во нецелосно семејство, со еден родител или со разведени родители, преставуваат ризик фактори за развој на личност со предиспозиција кон депресија.

И депресијата негативно влијае на социоекономските аспекти на лицата. Имено, резултатите од оваа студија покажуваат дека пред третманот лицата со депресивно растројство се во поголем процент без партнери во однос на контролната група, во поголем процент живеат сами, како и процентот е поголем во однос на невработеност. После третманот, резултатите покажуваат дека се подобрува нивниот социоекономски статус, се подобрува процентот на вработени лица кои имале депресивно растројство, како и бројот на лицата кои живеат со партнер. Овие показатели се очекувани, посебно имајќи ја во предвид и самата природа и специфичности на депресивното растројство.

Од друга страна, резултатите покажуваат дека антидепресивниот третман позитивно влијае на сите социоекономски карактеристики на лицата со депресивно растројство, подобро вајќи го нивниот социјален статус, како во однос на квалитет така и во однос на емоционалните врски и социјализираноста. Исто таа се следат позитивни трендови и во вработувањето, односно сите овие аспекти се во негативна корелација со вредностите на Бековиот инвентар.

7.2 КАРАКТЕРИСТИКИ НА ЛИЧНОСТ СПОРЕД КЛОНИНГЕР КАЈ ЛИЦА СО ДЕПРЕСИВНО РАСТРОЈСТВО

Развојот на психобиолошкиот модел на личноста започнал во 1986 година, кога американскиот психијатар Роберт Cloninger објавил труд (Cloninger, 1986) во кој опишал три димензии на темпераментот: ХА, ХС и РД. Секој од овие темперамент карактеристиките се опишува како автономен одговор на дадени стимули; ХА од тенденцијата да се одговори интензивно на стресогени стимули, ХС од тенденцијата да се одговори интензивно на нови стимули и РД од тенденцијата да се одговори на интензивно наградувачки стимули (Cloninger, 1987). (79) Првичниот модел беше наречена теорија на биосоцијална личност.

Овој првичен модел на три основни карактеристики на темперамент произлегува од Cloninger-овите клинички забелешки, невробилошки истражување, а претходни теории на личноста. Врз креирањето на неговата теорија особено влијание имале делата и теориските поставки на Хенрик Сјобринк, Џефри Греј и Ханс Ајзенк (Cloninger, 1986). (78)

Централно место во теоријата се претпоставките за филогенетски конзервирани невробилошки фактори кои го регулираат или одредуваат темперамент. Cloninger претпоставува дека одредени моноамини и нивни својства се соодветни на трите оригинални темперамент особини (Cloninger, 1986). (78) Според оваа хипотеза, ХА е во позитивна корелација со активноста на серотонин. Тоа значи дека личности со висок вредности на ХА, имаат висока мозочна серотонинска активност. На сличен начин, исто така, Cloninger претпоставува дека високите ХС личности се во негативна корелација со допамин активноста (ниски вредности) и РД исто така во негативна корелација со норадреналин (ниски вредности). Потоа ја додал упорноста (П) како четврта особина на темпераментот.

Три димензии на карактер: Само-насоченост, Кооперативност и самонадминување беа додадени на моделот на личноста, и со тоа тој ја комплетира оваа теорија.

Поврзанооста помеѓу карактеристиките на личноста и афективни нарушувања е комплексна, и е предмет на многу научни истражувања. Карактеристиките на личност може да имаат заедничка основи со карактеристиките на афективни пореметувања, односно истите можат да бидат предиспонирачки фактори за истите, да имаат влијание врз повторувачките епизоди на болеста, како и на промените на клиничката слика на болеста. Многу научни студии утврдиле дека карактеристиките на личноста имаат влијание врз експресиите на симптомите,

но и обратно, тие да се зависни од карактеристиките на епизодите на афективните пореметувања (Shea and Yen 2005; Brandes and Bienvenu 2006). (100.101) Асоцијацијата помеѓу афективните растројства и карактеристиките на личноста е опширно проучена.

Темпераментот и карактерот, заедно со интелигенцијата се главни особини на личноста.

Терминот темперамент се однесува на индивидуалните разлики во основното расположение или квалитетите на емоционални реакции, кои се појавуваат уште од почетокот на животот, кои остануваат релативно стабилни во тек на целиот живот, кои се наследени и се базирани на биолошки процеси (Bates 2000; Pervin et al 2005 год.). (102,103) Така, темперамент може да се гледа како на базично биолошко јадро на чија основа се развива возрасната личност. Принципот на саморегулација е исто така важен дел од темперамент (Bates 2000). (102) Постојат неколку теории за темперамент кои се со различен акцент и број на димензии на темпераментот. Теории на темперамент на развиена возрасна личност се на пр. на Strelau (1993) и Cloninger (1993), а теориите на темперамент на детето ги вклучуваат теориите на Thomas and Chess (1977), Buss and Plomin (1975), Kagan (1986) and Rothbart and Derryberry (1981). Од друга страна, многу аспекти на личноста не се базирани на наследените биолошки основи. Личноста може да се претставува како голем збир на поединечните разлики, вклучувајќи вредности, способности, мотиви, ставови, потреби, механизми за справување, дострели и самодоверба. Така, личноста се развива од темпераментот преку процесите на созревање, интеракција со животната средина и здобивањето на искуства, односно преку развојот на карактерот. (Pervin et al. 2005). Според повеќе теории на личноста, се претпоставува дека поединците поседуваат предиспозиции, наречени карактеристики на личноста, кои се однесуваат на конзистентен модел во начинот на кој однесувањето, емоциите и мислењето на поединецот корелираат меѓусебе. Карактеристиките на личноста нудат начин на сумирање на индивидуалноста на секое лице, разликите со другите, и да се направат предвидувања за идното однесување на лицето (Pervin et al., 2005). Според теориите на личноста, бихејвиорален стил се сметаат како збир на специфични одговори кои заедно формираат навики, и навиките групирани се опишуваат како особини. Конечно различни особини заедно се поврзуваат и формираат повисок ред фактори, односно димензии на карактеристики на личноста. Статистичка техника на фактор анализа се користи за да се идентификуваат димензиите на карактеристиките на личноста, каде што се прави анализа на корелации помеѓу групи на карактеристики на личноста, и да се утврди начинот на нивното меѓусебно делување (Pervin et al., 2005). (103)

Неколку теории на личноста се прифатени од јавноста, и сите имаат дадено свој осврт и придонес за разбирање на карактеристиките на личноста со групирање во теоретски кластери односно тнр. фактори како на пр.: модел со 16-фактори (Cattell 1965), моделот со 3 фактори (Eysenck и Eysenck 1975) и моделот со 5 фактори (Costa Jr., McCrae 1992).

Според сите овие теории, постои поврзаност помеѓу конструкции на карактеристиките на темпераментот и карактерот, и според нивните вредности и интеракции може да се анализира личноста. Значително преклопување помеѓу опишаните карактеристики на темперамент и на

карактер, кои се класифицирани според теоретските поставки на различни теории е потврден од многу автори (Zukerman и Cloninger 1996 година, De Fruyt et al 2000).(105, 106) Во анализата на овие теории, утврдено е дека одредени карактеристиките на темперамент може да се сфатат како рани прекурсори на особините на личноста.

Иако има подолготрајна дебата за тоа кој фактори или зборови на особини на личност би задоволиле критериуми за доволен или адекватен број за формирање на одредена карактеристика, досега консензус за ова прашање не е постигнат. Сепак, речиси сите главни теории за личност вклучуваат две широки димензии на личноста, односно се осврнуваат на карактеристики на темперамент и карактер на личноста (Watson et al. 1999).(107)

Неколку скали, кои се засноваат на одредени теоретски поставки, се развиени за да се измерат димензиите на личноста. Прашалниците обично се формирани на база на самоценување, но може да се користат и како скали на процена од професионално лице односно оценувач (Pervin et al. 2005 година).

Денес помеѓу теоритичарите и истражувачите доста се користат неколку теории, а помеѓу најприфатените теории, кои се користени во студии повеќе се користи пет-факторскиот модел, кој се состои од невротичност, екстровертност и три дополнителни фактори (Шарм, Совесност и Отвореност за нови искуства), а секој фактор има шест аспекти. Од пет-факторските решенија и прашалници, можеби најмногу се користи NEO-PI-R .

Анализирани се сите димензии на личноста според Клонингер со нивните субдимензии: Барање на новини (НС)

- НС1 Истражувачка возбуда наспроти стоичка ригидност (10 ајтеми)
- НС2 Импулсивност наспроти разбирање (9 ајтеми)
- НС3 Екстравагантност наспроти резервираност (9 ајтеми)
- НС4 Неуредност наспроти педантерија (7 ајтеми)

Избегнување штета (ХА)

- ХА1 Очекување грижа и песимизам (4 ајтеми) наспроти неинхибиран оптимизам (11 ајтеми)
- ХА2 Страв од несигурност (7 ајтеми)
- ХА3 Срамежливост пред непознати (7 ајтеми)
- ХА4 Замор наспроти астенија (8 ајтеми)

Зависност од награда (РД)

- РД1 Сентименталност (8 ајтеми)
- РД2 Отвореност за комуникација наспроти молчаливост (10 ајтеми)
- РД3 Приврзаност (6 ајтеми)
- РД4 Зависност (6 ајтеми)

Упорност (П)

- П1 Подготвеност за напори наспроти мрзеливост (9 ајтеми)
- П2 Работливост наспроти разгаленост (8 ајтеми)
- П3 Амбициозност наспроти неисполнителност (10 ајтеми)
- П4 Перфекционист наспроти практичар (8 ајтеми)

Само-насоченост (СД)

- СД1 Одговорност наспроти обвинување (8 ајтеми)
- СД2 Целесообразност наспроти недостаток на цел/правец (6 ајтеми)
- СД3 Снаодливост (5 ајтеми)
- СД4 Прифаќање себеси наспроти себеподобрување
- СД5 Истакнување на друга природа (11 ајтеми)

Кооперативност (Ц)

- Ц1 Прифаќање од околина наспроти одбојност (8 ајтеми)
- Ц2 Емпатија наспроти социјална незаинтересираност (5 ајтеми)
- Ц3 Подготвеност да се помогне наспроти незаинтересираност да се помогне помогне (8 ајтеми)
- Ц4 Сожалување наспроти осветољубивост (7 ајтеми)
- Ц5 Простосрдечна совесност наспроти самодоволност

Себенадминување (СТ)

- СТ1 Занемарување на себе си наспроти свесна грижа за себе
- СТ2 Идентификација со друга личност наспроти себе-разликување
- СТ3 Духовно прифаќање наспроти рационален материјализам

7.3. ДИМЕНЗИИ НА ТЕМПЕРАМЕНТ КАЈ ДЕПРЕСИЈА

Особините на темпераментот се наследни особини, кои го одредуваат начинот на реакција на нови ситуации(НС), на позитивни импулси (РД) и негативни импулси (ХА), и на фрустрации(П). Четирите карактеристики на темперамент во теориските поставки на Клонингер се веќе опишани, и нивното моделирање во однос на состојбата на депресија, односно нивните специфичности кај депресивни индивидуи се испитувани во многу студии. Димензиите на темпераментот се засноваат на функционална организација на ЦНС која лежи во основата на класичното условување и инструменталното учење. Се претпоставува дека мозочните системи се организирани како независни системи за активација, одржување и инхибиција на однесувањето како одговор на средината.

7.3.1. БАРАЊЕ НА НОВИНИ (НС)

Добиените резултати во однос на корелацијата со НС со Бековата скала упатуваат дека НС како карактеристика на личност нема квалитет на предиктор на појава на депресивно растројство, освен карактеристиките кои го одредуваат НС3 (Екстравагантност наспроти резервираност). Оваа карактеристика има поврзаност со екстровеерност, наспроти интровертност, кои пак разлики во карактеристиките во личноста (во овој случај резервираност), би биле ризик фактор за појава на депресија. Од друга страна, средните вредности на НС после терапија се поблиску до средните вредности на контролната група. Тоа укажува дека оваа карактеристика на личност најверојатно се менува како резултат на депресивното растројство, и дека со тек на опоравувањето, односно после антидепресивниот третман вредностите се доближуваат до оние на контролната група. Ова, како и резултатите на корелацијата на вкупната вредност на НС (негативна корелација во однос на Бековата скала) укажува дека оваа карактеристика на личноста може да биде индикатор за успешноста на антидепресивниот третман, односно покачен вредности на упатуваат на успешност на третманот. Со други зборови, овие резултати ја стават карактеристиката НС во групата на предиктори за успешноста на третманот. Сигнификатноста на негативната корелација покажува дека високи вредности на НС имаат протективна улога во однос на појава на депресивно растројство. (108)

Барање за новини (НС) е карактеристика на личност која се поврзува со иницирање и активирање на однесувањето, односно представуваа склоп на особини кои се одговорни за иницирање на интерес и за соодветна активност. Личности кои имаат високи скорови на НС се карактеризираат со отвореност, оптимизам, екстраваганција, знателност, љубопитност, ентузијазам, неуредност. Од друга страна, личностите кои имаат ниски скорови на НС се карактеризираат со скромност, трпеливост, повлеченост, воздржаност, скромност, рамнодушност. Високи вредности на НС е карактеристика на личности кои имаат тенденција да бидат многу заинтересирани за нови активности и нови стимулации, кои се импулсивни, активни. Како и другите димензии на темперамент, НС може да биде има наследеност како особина. (109)

Карактеристиките на личноста, вклучително и НС, во последните години се предмет на многу научни студии, посебно со цел да се утврдат можностите за предикција на ризикот за појавана растројства на расположението .

Повеќе студии покажуваат поврзаност на системот на допамин со карактеристиката НС. Допамин, метаболит на аминокиселината тирозин, е катехоламинергичен невротрансмитер кој ги остварува своите активности на невронот преку релативно бавна модулација на брзата невротрансмисијата која е посредувана од глутамат и ГАБА. Четири главни допаминергичните патишта се на: нигростријалниот, мезолимбичниот, месокарталанниот и тубероинфундабуларниот систем.

Овие системи се вклучени во функционирањето на виталните функции на ЦНС, како што се: исхрана, однесување, спиење, волни движења, внимание, работната меморија и учење. Неврони кои се вклучени во НС особина се оние кои се сместени во средниот мозок.

Допаминските рецептори се од особен интерес во однос на оваа карактеристика. Откако се ослободува од пресинаптичката терминали, допаминот активира членови на семејството на Г-протеин допамин рецептори од D1 до D5. Таргетирање на овие рецептори со користење на специфични агонисти и антагонисти обезбедува значително влијание пренос допаминергичните и допамин-зависни функции преку подобрување или блокирање на акциите на допамин. Стотици фармаколошки активни состојки кои се мешаат со допаминските рецептори се во употреба, и многу од овие соединенија се користат за клиничка примена во лекувањето на разни болести.

Во контекст на НС најмногу е асоцирана D2 класата на допамин рецептори. D2-класата допамин рецептори (D2, D3 и D4) се врзува со Gi на Г протеини.

Активирање на пресинаптичките D2 класа авторецептори обично предизвикува намалување на ослободувањето на допамин.

Улогата на D2 рецептори во НС: Резултати од повеќе истражувања покажуваат дека високи вредности на НС е поврзан со намалена автоконтрола на допамин од во средниот мозок. Поновите студии кои се извршени на луѓе откриваат значајни инверзна поврзаност помеѓу НС (тестирани со ТЦИ) и присуство на D2 рецептори во средниот мозок билатерално, особено во Ventral Tegmental Area и Substantia Nigra. Нивоата на допаминските рецептори и НС се намалуваат со возраста.

Наодите во овие студии укажуваат на одреден инверзен однос помеѓу карактеристиката НС особини и достапноста на D2 рецепторите. Бидејќи допамин рецепторите се моќен регулатор на способноста на допаминските клетки на провокација, индивидуалните разлики во овој автоинхибиторен контролен механизам ќе се очекува да доведе до значителни разлики во активноста на допаминските неврони, а со тоа и ослободување на допамин.

Специфичната улога на D2 рецепторите да влијаат врз карактеристиката НС најверојатно е поради нејзината поврзаност со отпуштањето на допаминот. Со излив на допамин како одговор на НС, се поттикнува мотивационата активност, стремеж кон истражување на нови стимули или средини. Овие студии открија дека лицата со пониски нивоа на авторецептори имаат поголемо проактивно однесување од оние со повисоко ниво на авторецептори.

Со оглед на претходните информации за НС и за допамин авторегулацијата, следува дека високи вредности на НС ќе се проследени со поизразен одговор на striatal при услови кои се ослободува допамин.

Всушност, тие имаат помал број на достапни D2 пресинаптички авторецептори во средниот мозок, така да локалното соматодендричко ослободување на допамин предизвикува помала автоинхибиција на ослободувањето на допамин, бидејќи има малку достапни авторецептори и малку е веројатно дека има влијание врз ослободувањето на допаминот.

Како последица на тоа, се предизвикува ослободување на допамин кај лица со високи вредности на НС, и тоа во регионот на средниот мозок. (110)

Значи експресијата на НС особини е под влијанието на помали или поголеми присуството на D2 авторецептори и последичното отпуштање допаминот. Овие особини на личноста се исто така со голем фактор на ризик за развој на злоупотреба на дроги и други ризични однесувања.

Иако точната причина за експресијата на карактеристиката НС не е позната, може да има линк до генетиката. Иако постојат студии кои ги поддржуваат врската помеѓу НС и допаминергичните активности преку DRD4, исто така, постојат студии кои не покажуваат силна корелација. Важноста на DRD4 во НС е уште не може научно да се потврди. (111)

Како што покажуваат добиените резултати, НС не покажува сигнификантни вредности кои би биле карактеристични за лица кои страдаат од депресивно растројство, и тоа е покажано преку анализата на сите поддимензии на НС.

АЈТЕМИ НА КАРАКТЕРИСТИКАТА БАРАЊЕ НА НОВИНИ (НС):

НС1 Истражувачка возбуда наспроти стоичка ригидност (10 ајтеми)

НС2 Импулсивност наспроти разбирање (9 ајтеми)

НС3 Екстравагантност наспроти резервираност (9 ајтеми)

НС4 Неуредност наспроти педантерија (7 ајтеми)

Резултатите добиени во ова истражување од првата домензија НС1 (Истражувачка возбуда наспроти стоичка ригидност) не покажува статистички сигнификантна разлика која би покажале дека овие димензии би можеле да послужат за предикција на појава, но покажуваат способност да укажат на ефикасноста на третманот од депресивно растројство.

Вредностите добиени за НС2 (Импулсивност наспроти разбирање) утврдија статистички сигнификантна разлика во однос на вредностите пред и после третманот. Ова укажува дека овие карактеристики на личноста се променети пред се во однос на самата симптоматологија на болеста, односно не се предиктори, или знаци на ризик за појава на депресивно растројство. Нивното подобрување со текот на антидепресивната терапија, покажува дека тие можат да покажат дека лицето излегува од депресивната епизода, односно укажува дека третманот покажува ефикасност.

НС3 (Екстравагантност наспроти резервираност), проценета преку 9 прашања, покажува високо статистички сигнификантна разлика помеѓу групите ($p < 0.01$), како и висока поврзаност со резултатите од Бековата скала за депресија. Овие димензии на личноста би можеле да се поврзат и со карактеристики кои се главни атрибути на други скали (екстровертност наспроти интровертност), и тоа би укажувало на генетските детерминатни на депресивното растројство, односно на ставовите дека генерално интровертните личности, кои се резервирани во однос на околината и експресијата на своите чувства, се склони кон

депресивно растројство. Од друга страна, и промената на овие карактеристики, кои означиваат подобрување на социјалните релации укажуваат на подобрувањето на симптоматологијата, односно на ефикасноста на антидепресивниот третман. И затоа, оваа субдимензија сама за себе, би можела да има предиктивна сензибилност во однос на појава на депресивното растројство, како и на антидепресивниот третман.

Резултатите за НС4 (Неуредност наспроти педантерија) укажуваат на сигнификантна разлика, и истата во склоп со резултатите добиени со Бековата скала за депресија, би можела да се означува дека овие карактеристики на личноста се менуваат во склоп на самата депресивна симптоматологија, односно немаат предиктивна вредност. Подобрувањето на симптоматологијата потврдено со Бековата скала, укажува дека промената а овие димензии е поврзано со успешноста на антидепресивниот третман, и со тоа би можело да укажува оваа димензија може да го покажува или да предвидува успешност на третманот.

Севкупните резултати добиени за НС укажуваат дека оваа карактеристика на личност не е сигнификантна како предиктор на појава на депресивно растројство, односно не укажуваат дека е индикативна како ризик фактор. **Но, добиените резултати покажуваат индикативност дека истата може да се употреби како показател на афективната состојба, односно како предиктор за резултатите од третманот, односно на успешноста на антидепресивниот третман. Со друг зборови, антидепресивниот третман има влијание на оваа карактеристика, и го доближува скорот на НС кон вредностите на контролната група.**

Единствено субдимензијата НС3 (Екстравагантност наспроти резервираност), би можела сама за себе да има предиктивност за појава на депресивно растројство, односно укажува на карактеристика на личност која има ризик за појава на депресивни симптоми.

7.3.2. ИЗБЕГНУВАЊЕ ШТЕТА (ХА)

Според добиените резултати, во сите поддимензии на ХА се следи ист тренд, односно и после третманот кај испитуваната група средните вредности се поблиску до повисоките вредности кои се утврдена кај испитуваната група пред третман, отколку кај контролната група. Земајќи ги во предид и добиените резултати за сигнификантната позитивна корелација со Бековата скала, може да се каже дека ХА има карактеристики на изразена предикција на појава на депресивно растројство. Имено, овие резултати покажуваат дека лицата кои се склони кон депресија се карактеризираат со високи вредности на ХА скалите, што значи дека лица со високи скорови на ХА се со висок ризик за појава на депресивно растројство.

Овие разлики се високо сигнификантни, што е во трендот и со сите релевантни студии во ова поле. Имено, и после антидепресивниот третман, скоровите на ХА остануваат блиску до вредностите пред третман, што значи дека високо ХА е карактеристично за лица кои заболуваат од депресивно растројство. Истото е заклучено за сите 4 поддимензии, односно за

сите особини на лица со високо ХА. Сепак, намалувањето на вредностите после третман може да укажува и на ефикасноста на истиот.

Избегнување на штета (ХА) е карактеристика на личност која се поврзува со инхибираност, или прекинување на одреден вид на однесување. Личности кои имаат високи скорови на ХА се карактеризираат со неодлучност, несигурност, лесна заморливост, повлеченост, песимизам, односно овие личности се опишани како исплашени, инхибирани, со постојана антиципација на штета. Личности со ниски скорови се опишани како енергични, оптимисти, неинхибирани, безгрижни, полни со самодоверба, друштвени, превземаат ризик (Cloninger, 1987). Според резултатите од нашата студија, лица со високи скорови на ХА се под зголемен ризик за депресија. Од друга страна, личностите кои имаат ниски скорови на ХА се со протективни карактеристики за појава на депресивно растројство.

АЈТЕМИ НА КАРАКТЕРИСТИКАТА ИЗБЕГНУВАЊЕ ШТЕТА (ХА)

ХА1 Очекување грижа и песимизам (4 ајтеми) наспроти неинхибиран оптимизам (11 ајтеми)

ХА2 Страв од несигурност (7 ајтеми)

ХА3 Срамежливост пред непознати (7 ајтеми)

ХА4 Замор наспроти астенија (8 ајтеми)

Добиените резултати покажуваат дека високи вредности на оваа карактеристика се карактеристични за лица склони кон депресивно растројство. Имено, вредностите кај испитуваната група се највисоки пред започнување на третманот, но иако се намалуваат тие се со високо сигнификантна разлика во однос на контролната група и после третманот.

Првата карактеристика на избегнување штета, очекување грижа и песимизам наспроти неинхибиран оптимизам е анализирана преку добиените зборови на 11 прашања кај сите три групи на испитаници. Со анализата на оваа димензија се доаѓа до заклучок дека лицата склони кон депресија, или кое се со депресивно растројство се одликуваат со зголемена грижа и со песимизам, односно со намален оптимизам. Тоа се однесува и на нивните преморбидни карактеристики, така да личност со овакви карактеристики би можела да се означи дека е со зголемен ризик за појава на депресивно растројство.

Втората карактеристика на избегнување штета, страв од несигурност е анализирана преку одговорите на 7 прашања. Иако кај оваа карактеристика не е утврдена значајна разлика, сепак се следат високи резултати кај испитуваната група во однос на контролната група. Иако се намалени вредностите после третман, сепак овие вредности остануваат поблиску до оние вредности кај лицата од испитуваната група пред третман.

Третата карактеристика на ХА, срамежливост пред непознати е исто така анализирана преку сет од 7 прашања и добиените резултати покажуваат дека оваа карактеристика е со сигнификантна разлика во однос на нејзините карактеристики кај контролната група, и таа

разлика и покрај намалувањето на вредностите останува и после третманот. Со ваков тренд, оваа субдимензија потврдува дека таа е во иста корелација заедно со другите субдимензии на ХА, односно дека има предиктивна вредност во однос на појавата на депресивното растројство.

Карактеристиката замор наспроти астенија одредена со 8 прашања го следи трендот утврден и кај другите ХА субдимензии, и покажува дека овие карактеристика има највисоки средни вредности кај ипситаниците пред третман, и вредностите остануваат високи и после третман. Разликата е сигнификанта во однос на контролната група.

Статистички сигнификантни корелации се утврдени за сите групи кај корелациите на вкупниот збир за ХА и Бек скорот, со позитивна корелација пред третман, намалување по третман и негативна корелација кај контролната група. Негативната корелација кај контролната група укажува дека ниски скорови означуваат протективна улога за појава на депресивно растројство.

Овие вредности и добиени резултати ги потврдуваат наодите објавени од студиите на познати истражувачи, дека карактеристиките на личности кои се содржани во димензијата ХА можат да се користат како предиктори на појавата на депресивно растројство, односно дека лицата кои имаат високи вредности на ХА се со зголемен ризик од депресивно растројство. Со други зборови, ниски вредности на ХА претставуваат протективен фактор од појава на депресивно растројство, и то ХА заедно со СД го посочува како валиден показател за предиктивност на депресивно растројство. Исто така одредено намалување на вредностите на ХА се показател дека аплицираната антидепресивна терапија е ефикасна, односно дека се намалуваат симптомите на депресивно растројство. Димензијата ХА е карактеристична за лица кои се со одбегнувачко поведение, често се срамежливи, што е често проследено со чувство на замор, имаат песимистични ставови, и сите овие карактеристики всушност се карактеристични за лица со ризик за појава на депресивно растројство, односно високи вредности на ХА може да се толкуваат и како знак на присуство на депресија.

Повеќе актори ја истражуваа поврзаноста на ХА со појавата на менталните болести, пред се на депресијата. Од факторите на личност кои се земени како фактори на предиспозиција за појава на депресија, најобработени се ХА и невротичност. Нивното проучување, обезбедува единствен начин да се проучи предиспозиција за ментални болести. Разбирањето на биолошките механизми кои посредуваат или се фактори на вулнерабилност кон ментални болести, може да резултира со наоди и пристапи за подобрување на третманот, односно со развој на научно потврдени и прифатени превентивни методи во психијатријата кон повеќе ментални болести, во овој случај депресијата.

Многу студии се направени со цел да се испита влијанието на карактеристиката на личноста ХА на појавата и текот на депресивно растројство. Најчеста цел на овие истражувања е да се утврди дали ХА може да послужи како предиктор за појава, но и за предиспозиции за исход

на третман на депресивни лица. Соодветно, добива поткрепа тврдењето дека преморбидните карактеристики, или карактеристиките на личноста кај депресивни лица да се разликуваат од тнр. нормална или просечно нормална популација, односно ХА се очекува да биде индикативна карактеристика за појава на депресивно растројство. И покрај индивидуалните разлики кај поединците, како на пример екстровертност и интровертност, сепак одредени особини или карактеристики се сигнификатно почесто кај лица со депресија, и повеќе автори посочуваат дека токму ХА е карактеристика која има специфична предиктивна вредност, (заедно со СД), односно е карактеристика на личност чии високи вредности се карактеристични за преморбидна личност склона кон депресија. (65)

Изразита разлика во оваа студија е утврдена и меѓу лицата кои се во депресивна состојба и тнр просечно нормална популација, и дека промените на тие карактеристики во тек на третман може да се употребат и како индикатори за успешноста на третманот. Варијациите на одредени субкарактеристики на ХА може да се со специфични особености при проценка на депресивноста, но и на експресивноста на особините на личноста при одредени афективни состојби. За раширеноста на оваа теорија, и се почестата нејзина употреба во различни клинички состојби, посебно кај депресивните растројства, придонела и нејзината практичност и разбирливост. Земајќи ги во предвид и вкупните вредности заедно со сите субскали на ХА, може да се заклучи дека лицата со високи вредности на ХА се со зголемен ризик за појава на депресивно растројство, или е карактеристика за популација која веќе имала депресивни епизоди, или се со депресивна симптоматологија. Овие резултати се потврдени и во нашата студија, односно најдени се високи вредности на ХА во тек на депресивната епизода. Промените на ХА или нејзините субдимензии во различни афективни состојби се употребува и во истражувањата и во клиничка работа за проценка на присутната афективна состојба и успешноста на третманот. Доста студии укажуваат дека за време на депресивните состојби, односно епизоди, карактеристиките на личноста се со променети карактеристики, и тие состојби се резултат на самата депресивна симптоматологија. Според сите истражувања, поголем број на овие вредности, во овој случај на опишаните карактеристики на личноста според Клонингер, се со различни вредности во однос на тн.еутимна состојба. Според повеќе автори, промената на афективната состојба кај депресивните лица резултира со промена на вредностите на соодветните карактеристики на темпераментот и карактерот, и самите се индикатори за моменталната депресивна состојба, односно тврдат дека повеќето од овие променети карактеристики не се предиктори за депресивно растројство. Според некои автори, овие показатели на вредности на темпераментот и карактеристики всушност ја преставуваат афективната состојба, и можат да ја покажат состојбата на опоравување, или повеќе да претставуваат знаци или предиктори за успешен третман, отколку како знаци за зголемен ризик за појава на депресивно растројство. Сепак, забележителен број на автори ја истакнуваат улогата на некои карактеристики во однос на појавата на депресивното растројство, пред сè карактеристиката ХА, и тоа во студии кои независно се повторувани со слични резултати во различни земји, во тек на последните неколку децении.

Така на пример, со проучување на пациенти со непсихотична униполарна депресија пред и по антидепресивен третман, Joffe, Bagby, Levitt, Regan, and Parker (1993) и Chien and Dunner (1996) објавиле резултати дека ХА скоровите биле со високи вредности пред третман (кога субјектите биле во депресивна состојба) и дека ХА скоровите се намалени по третманот. (112,113) Ниту НС ниту РД промени во овие студии не биле сигнификантни во текот или после антидепресивен третман. Значајна корелација помеѓу ХА и скор за депресија, исто така, се најдени во скоро сите истражувања на карактеристики на личноста во депресивна епизода. Иако повеќето од овие студии укажуваат дека ХА може да биде релевантен предиктор за појава на депресивно растројство, сепак ваков вид на интерпретација или заклучок не може да биде генерализиран. Имено, како многу важна околност е посочен и односот со другите карактеристики. Истите автори посочуваат и промени на други карактеристики на темпераментот како НС или РД, но ги интерпретираат како резултат на самата депресивна состојба, а не како показател за предиктивност на истата. Доста студии укажуваат на промени на другите карактеристики на личноста, односно на темпераментот и карактерот, како кај лица со зголемен ризик за депресивно растројство, но некои исто така ги посочуваат и како елементи на афективната состојба при евидентно присутно депресивно растројство. Заклучоците во овие студии посочуваат дека за асоцираноста на карактеристиките на личноста со депресивна афективна состојба треба да се истражува предикторниот капацитет на карактеристиките на личноста кои се променливи зависно и од тежината на депресија. При ова треба да се има во предвид и можен биаз поради афективната состојба на личноста која е со депресија. Во секој случај, мнозинството автори ја посочуваат и важноста на интерплејот на сите карактеристики, и важноста и анализата на секоја вредност на поединечна карактеристика во зависност од вредностите, односно влијанието од другите карактеристики.

Резултатите од повеќе студии укажуваат на тоа дека покачени вредности на ХА се резултат на карактеристиките на личноста, и се одлика на луѓе склони кон депресија. Од горенаведената дискусија, може да се заклучи дека две солучии можат да бидат предложени за односот меѓу депресијата и ХА. Прво, како што е наведено претходно, познато е дека карактеристиките на личноста често се променливи зависно од моменталната афективна состојба на испитаниците. Според моноаминските хипотези, за тоа се одговорни промени во нивниот метаболизам. Промени во скоровите на ХА може да бидат резултат и на невробилошка промени кај депресивните пациенти. Добиените резултати од посочените истражувања може да се толкуваат како доказ дека симптоми на изразена депресивна состојба го зголемуваат скорот на ХА, и тоа е еквивалентно на промена во метаболизмот на невротрансмитерите.

И според повеќето прифатени теоретски поставки и наоди во клинички истражувања, **зголемено ХА е поврзано со депресивна состојба, и тоа е со карактеристики на предиктор за депресија. Тоа е потврдено и во нашата студија, каде се високи**

вредностите на ХА и пред и после третман, и високо сигнификанта е разликата во однос на контролната група.

Овие наводи се потврдени и во сега спроведената студија, чии резултати потврдуваат дека со високи вредности на ХА карактеристика на личноста може да се опише тенденцијата кон негативни емоции, како што се страв, срамежливост и постојана загриженост. Овие карактеристики на личноста всушност се карактеристични за лице кое е со поголем ризик за појава на депресивно растројство. Овие резултати се индикативни и за тврдењето дека ниски вредности на ХА претставуваат и некој вид на протетктивен фактор спрема вулнерабилност кон депресивно растројство.

ХА исто така укажува и на подобрување на афективната состојба кај лица во депресија, при што се намалени вредностите после третман. **И оваа студија потврдува дека антидепресивниот третман го приближува скорот на ХА кај депресивните пациенти кон скорот на контролната група.** Со тоа се потврдува и претпоставката дека антидепресивниот третман влијае на карактеристиките на личноста и ги менува, во зависност од афективната состојба. И врз основа на оваа влијание, може индиректно да се следи афективната состојба на пациентот, односно да се квантифицира ефектот на терапијата и очекуваното подобрување на состојбата.

Докази кои ја поддржуваат оваа хипотеза дека високи вредности на ХА, имаат висока мозочна серотонинска активност доаѓат од повеќе студии. На пример, во студија која го истражува серотонинскиот метаболит 5-hydroxyindoleacetic киселина (5-HIAA) во цереброспиналната течност (Cloninger et al., 1994). (84) 5-HIAA е пронајден во негативна корелација со суицидно однесување, кое е пример за високо ХА (Agren, 1983). (114) 5-HIAA, исто така, е пронајден во негативна корелација со Сјобрингс димензијата, врз основа на која делумно се Клонингер ги засновал своите теоретски поставки за ХА. (Cloninger, 1986). Клонингер своите теоретски поставки ги заснова и на претходната работата на Gray, кој ја дискутира улогата на серотонин, норадреналин и ГАБА во системот на инхибиција на однесувањето (1982). (115)

Овие наоди се во согласност со објавените наоди на повеќе студии за поврзаноста на ХА и појавата на депресивни симптоми во клинички студии (Svrakic et al 1992;. Joffe et al 1993.) (116,12) и во општата популација (Richter et al. 2003), (117) кај пациентите и кај соодветни здрави контроли (Farmer et al. 2002), (88) како и кај општата популација (Bienvenu et al. 2004). (118) Резултати од други студии укажаа дека ХА влијае на функционална поврзаност помеѓу амигдалата и високи вредности на анксиозност (Pezawas et al., 2005), додека СД е силно поврзана со активирање на медијалниот префронтален кортекс (Бродмановите области 8/9).

Во повеќето од овие студии е посочена и значајноста на поврзаноста на овие карактеристики со анксиозноста во депресивното растројство. Имено, содржината на темперамент димензиите ХА и НС делумно се засновани на симптоми и когнитивни предрасуди, кои разликуваат соматски анксиозност од когнитивни анксиозност (Cloninger, 1986). Според

Клонингер, високи вредности на ХА е поврзан со когнитивна анксиозност, додека високи вредности на НС е поврзан со соматска анксиозност.

7.3.3. ЗАВИСНОСТ ОД НАГРАДА (РД)

Зависност од награда (РД) е карактеристика на темпераментот која се поврзана со одржување и континуитет на моменталното однесување.

РД се карактеризира како тенденција кон зависност од сигналите на награда, особено на вербални сигнали на социјално одобрување, социјална поддршка и расположение. Кога вредностите на РД отстапуваат од нормалното, се следат карактеристики на пасивност – зависност, растројства на личноста, како и растројства на зависност.

РД се смета за умерено наследна карактеристика на личност која е релативно стабилна во текот на нашите животи. Тоа е наследен неврофизиолошки механизам кој ја концепира нашата перцепција на општеството и животната средина. И покрај тоа што се вродени одредени предиспозиции за оваа карактеристика, нејзината експозиција може да се модулира во текот на развојот.

РД е всушност поврзано со социјалното функционирање на личноста. Наодите на многу истражувања покажуваат дека оваа карактеристика на личноста може да влијае на лимбичко-стријаталната конекција. Стријатумот посебно е важен во извршување на овие функции.

АЈТЕМИ НА КАРАКТЕРИСТИКАТА ЗАВИСНОСТ ОД НАГРАДА РД

- РД1 Сентименталност (8 ајтеми)
- РД2 Отвореност за комуникација наспроти молчаливост (10 ајтеми)
- РД3 Приврзаност (6 ајтеми)
- РД4 Зависност (6 ајтеми)

Личностите со високи вредности на РД се карактеризираат со однесување поврзано со учење од награда и потреба за социјално одобрување.

Како одговор на недостатокот на социјална награда, лица со високи вредности на РД имаат поголема веројатност да имаат намалена норадреналинска активност. Овие лица можеда имаат чувство на намалено расположение, вознемиреност и незадоволство, фрустраност, постојано барање за гратификација, како што се зголемување на сексуалната активност, склоност кон нарушувања во исхраната. (119) Лицата со високи вредности на РД имаат потреба и склоност кон барање за социјално одобрување на нивните постапки, често се склони да подлежат на притисок од околината, премногу се загрижени со нивната слика за себе.

Варијациите на РД не се непходно поврзани со некоја дијагноза, но во исто време го трасираат терапевтскиот план, како на пример можностите за терапевтска алијанса. На пример, високо РД заедно со високо П е показател за посветеност кон терапевтскиот план. Ова покажува дека повисоки скорови на РД ја подобрува диспозицијата на поединецот да биде повеќе посветен кон терапевтскиот план, како и дека се работи за личност која е социјално ориентирана.

И анализите на резултатите од оваа студија и тоа во сите субдимензии ги потврдуваат овие наоди.

Средната вредност на РД1 (сентименталност), проценета преку резултатите од одговорите на 8 прашања е со најниска средна вредност кај испитаниците пред третман, се зголемува по третман и е со највисока средна вредност од кај испитаниците од контролната група, со статистички сигнификантни разлики помеѓу групите. Истиот тренд е и кај карактеристиката РД2 Отвореност за комуникација наспроти молчаливост, иако разликата не е статистички сигнификантна. Статистички значајни се и разликите за РД3 и РД4, приврзаност и зависност, како и вкупниот скор за РД.

Карактеристиката на личноста РД, според Клонингер, се користи за дистинкција на алтруистички наспроти нарцистични компоненти на личноста. (120,121) Клонингер заклучува дека системот на РД е во корелација со норадренергичните систем. Според теориските поставки на Клонингер, личностите чија карактеристика РД е со високи вредности имаат ниски вредности на норадреналин, и тие се карактеризираат со социјална зависност, емотивност, сентименталност, дружељубивост, чувствителност, зависност од други луѓе, приврзаност. Тие се социјално адаптирани, лесно комуникативни, со искрена грижа за другите, но овие лица се во неповолна положба да се бидат претерано социјално зависни. РД е често поврзана и со П, и се нивното однесување на лица со високо РД е под влијание на нивната афективна состојба..

Од друга страна, лицата кои имаат ниски вредности на РД според со високи вредности вредности на норадреналин, и тие се карактеризираат со независност, практичност, одлучност, циничност, социјална одвоеност, бесчувствителен за социјални знаци, тенденција кон осаменост. самосталност, отуѓеност, ладнокрвност, независност. Тие имаат мали потреби за социјални интеракции, без мотивираност да се задоволат други лица, ниту заинтересираност за другите, и се насочени кон неодложно задоволување на неговите потреби. Карактеристики на лица со ниски вредности на РД се поврзана и со социјално повлекување, со агресивни анти-социјално однесување, и студенило во општествените ставови. (122)

Според Cloninger, невротрансмитерот норадреналин има голем број патишта кои се поврзани со *coeruleus* локус на понс, хипоталамичките лимбички структури, и потоа до неокортексот. (123)

Со користење на позитронска емисиона томографија (ПЕТ) истражувачите покажале дека РД е поврзана со врзување на опијатните рецептори (систем на ендорфин) во билатералните

вентрални стриатуми, што корелира со склоност кон зависност. Овие наоди покажуваат дека луѓето со висока РД (кои чувствуваат поголема потреба за социјална награда и вербално одобрување за своите постапки и однесување) имаат повеќе опијатни рецептори кои се наоѓаат во вентралниот стриатум, додека луѓето со ниски РД имаат помала концентрација на рецептори. Следствена претпоставка е дека зголемената концентрација на опијати рецептори во вентралниот стриатум, може да ја покаже биолошката поврзаност помеѓу карактеристиките на личноста и социјалното однесување на истата.

ФМРИ студии покажаа дека луѓето со незрел развој на инфериорниот дел од фронталниот лобус, имаат поголеми скорови на РД. Добиени се резултати дека лица со високи скорови на РД имаат помалку ткиво во дел на стриатумот. Во неколку студии се добиени резултати дека оштетување на фронтален стриатум е често поврзано со аутизам и шизофренија. (124) Односот помеѓу концентрацијата на сивата маса во различни мозочни региони и РД е изведен исто така. РД исто така се поврзува со друг структури кои се богати со допаминските рецептори, како на пр. темпоралните лобуси, каудатус, во орбитофронталниот кортекс и базалните ганглии на вентралниот стриатум. (125) Во една студија со ФМРИ, со социјална стимулација на лицето (како хумор), се следела активација на темпоралните структури и областа на вентралниот стриатум. (126)

Сепак, добиените резултати во овие студии не се потврдени во големи студии, и претставуваат индиректни показатели кои не утврдиле суштествена поврзаност. Се очекува дека нови студии ќе понудат поцврсти докази и објаснувања.

Иако ниски вредности на РД не се посочени како индикатор за депресија, врската помеѓу ниските вредности на РД и депресија кај некои студии го потврдуваат спротивното. Во едно испитување кај јапонска популација се утврдени показатели дека РД може да биде предиспозиција за депресија.

Како што покажуваат и други релевантни истражувања, и нашата студија покажа дека вредностите на РД се во корелација со афективната состојба, односно депресија. Резултатите од оваа студија покажаа дека промените на скоровите на РД се одраз на депресивна состојба, и може да се претпостави дека депресивните симптоми влијаат врз карактеристиките на личноста. РД е во негативна корелација со Бековата сала, односно со намалување на скоровите на Бековата скала и намалување на депресивноста се покачува скорот на РД. Со други зборови, **антидепресивниот третман има влијае врз оваа карактеристика и ги приближува средните вредности кон оне добиени кај контролната група.** Добиените вредности покажуваат дека РД нема карактеристики на предиктивност за појавата на депресивно растројство но може да биде индикатор за успешноста на третманот, како и показател за придржување кон терапевтскиот договор. Вредностите на РД се покачуваат после третман, но не со таква сигнификантност да добијат карактеристика на предиктивност.

7.3.4. УПОРНОСТ

Упорност (П) е карактеристика на личноста која се поврзува со истрајност во однесувањето.

Оваа карактеристика е проценета преку прашања во четири области. Во сите 4 области не се добиени статистички значајни разлики во резултатите кои би упатувале дека оваа карактеристика има квалитети за предиктивност во однос на појавата на депресивна симптоматологија, односно во однос на третманот на депресивното растројство.

АЈТЕМИ НА КАРАКТЕРИСТИКАТА УПОРНОСТ (П)

П1 Подготвеност за напори наспроти мрзеливост (9 ајтеми)

П2 Работливост наспроти разгаленост (8 ајтеми)

П3 Амбициозност наспроти неисполнителност (10 ајтеми)

П4 Перфекционист наспроти практичар (8 ајтеми)

Првата субдимензија П1 (подготвеност за напори наспроти мрзеливост) е проценета преку одговорите на 9 прашања, и резултатите не покажуваат статистички сигнификантна разлика.

Истотото се однесува и за субдимензијата П2 - работливост наспроти разгаленост (8 ајтеми), како и за П3 (амбициозност наспроти неисполнителност) кое е вреднувано преку сет од 10 прашања, и каде според споредбата помеѓу состојбата на лицата во испитуваната група и во контролната група, не е детектирана статистички сигнификантна разлика.

Збирот на одговорите на 8 прашања за П4 (перфекционист наспроти практичар) е повторно со најниска средна вредност кај испитаниците пред третман и највисока кај испитаниците од контролната група 27.16 ± 2.70 СД, но разликата повторно не е статистички сигнификантна ($p=0.735$).

Статистички сигнификантна разлика помеѓу групите е утврдена единствено за вкупниот збир за П кој е добиен со збир на сите 4 компоненти, со најниска средна вредност кај испитаниците пред третман, расте на по третман и е со највисока средна вредност кај испитаниците од контролната група.

Овие резултати покажуваат дека П нема предиктивна вредност, туку има одредени варијации на состојбата кои се зависни од афективната состојба на испитаникот.

Не се значајни ниту корелациите на П со скоровите на БЕК скалата, што упатува на тоа дека оваа димензија нема карактеристики на предиктивност во однос на појавата на депресивно растројство кај лица со одредени видови на карактеристики, ниту има предиктивна вредност во однос на исходот на антидепресивната терапија.

Упорноста е димензија на темпераментот на личноста, и таа означува дали лицето е упорно во своите намери и постапки, и покрај релативните шанси за успех (Cloninger et al., 1993), и индицира индивидуална разлика во однесувањето (Svrakic et al., 1993). (75,127). Упорноста е наследна особина (Giles et al., 2003), која е дефинирана во однос на основните наследени

обрасци на однесување, како и обработката на информации на афективните дразби (Gusnard et al, 2003). (128,129) Сепак, влијанието на упорноста врз афективитетот не е утврдено, иако има показатели дека високи П вредности се асоцирани со позитивна емотивност. (75)

Она што е посочено според теоријата на Клонингер, е дека личности кои имаат високи скорови на П се карактеризираат со детерминираност, совесност, висок ентузијазам, амбициозност, работливост, исполнителност, истрајност, амбициозност, и со напорна работа тие се препознаени како одлични работници. Овие лица, посебно ако имаат доста високи вредности, се стремат кон перфекционизам, кон совршенство односно безгрешност во својата работа. (Flot and Hewit, 2002). (130) Ова е карактеристично и за некои професии, како на пример за лекарите. Меѓутоа, исто така големата самокритичност поврзана со високо П може да води кон тенденции за самообвинување и намалено расположение (Beevers et Miller, 2004). (131)

Од друга страна, личностите кои имаат ниски скорови на П се карактеризираат со површност, амбивалентност, неодлучност, неистрајност, откажување, индолентност, и кои лесно се откажуваат од зацртаните цели (Cloninger et al., 1993).(75) Лица со вакви карактеристики се со променливи успеси во своето работење. Но, од друга страна ниски вредности на П можат да бидат асоцирани и со високата адаптабилност на тие лица и тоа да ги прави доста успешни (Cloninger et al., 1994). (84) Високи вредности на П, бидејќи се карактеризираат со исполнителност, се претпоставува дека може да бидат предуслов луѓето да се чувствуваат среќни, исполнети, да се инспирирани, внимателни, и активни.

Некои студии заклучуваат дека ниски вредности на П се карактеристика на лица со биполарно афективно растројство. Сепак, други студии не го потврдуваат овој став (Farmer et al, 2003; Nery et al, 2009). (88,57)

Индивидуалните разлики во вредностите на П добиени со ТЦИ прашалникот кај возрасни доброволци, во релевантни студии е утврдена тесна корелација со активност во одредена мозочни региони, вклучително ventral striatum, anterior cingulate cortex (ACC), и orbital frontal cortex (Brodmann area 47) билатерално (Gusnard et al., 2003).(129) Овие патишта се добро познати за регулирање на однесувањето, посебно во однос на награда – казна. Утврдено е дека кај лица со високи вредности во овие региони има значително поизразена активност.

Од друга страна, ниски вредности на П и следствената намалена претпочитана ефикасност, може да создаде предуслови за негативно влијание врз афективитетот, со зголемен ризик за анксиозни растројства, чувства на несигурност, страв, срам, песимистички очекувања.

Упорноста се моделира и е променлива во детската возраст. Имено, според Клонингер, деца кои се воспитуваат со попуштање и задоволување на сите нивни барања, израснуваат во личности со ниско П, и се карактеризираат со импулсивност и намалена отпорност на фрустрации, на кои им недостасува доследност, имаат чувство дека се помалку вредни, и се со намалена совесност и амбициозност (Cloninger et al., 1994).(84) Лезиите на cingulate gyrus јадро и медијалниот префронтален кортекс резултира со намалено П, што ги потврдува наодите дека П е израз на активност во мозочните кола во кои е вклучен вентралниот

стриатум (вклучувајќи го и јадро accumbens), и орбифронталниот кортекс (Gusnard et al., 2003) (129)

Упорноста е поврзана и со однесувањето и одговорот на индивидуата на стимулации со награди и казни. Лица кои имаат позитивен одговор на исти слики имаат изразено повисоки вредности на П, отколку лица со ниски вредности.

Добиените резултати во оваа студија покажуваат дека П нема карактеристики ниту на предиктивност за појава на депресивно растројство, ниту за успешноста на антидепресивната терапија. Одредените промени се толкуваат како варијабли зависни од моменталната афективна состојба, односно во оваа студија добиен е резултат дека антидепресивниот третман не влијае на оваа карактеристика.

Клонингер исто така искажува тврдење дека развојот на П е тесно поврзан и со меѓусебно влијание со ХА и СД. (Cloninger и Zohar, 2011).(132) Затоа, прифатен е моделот дека проценката на личноста треба да се согледа преку взаемното влијание на сите карактеристики, повеќе отколку да се проценува самостојно секоја пооделно (84). Експресијата на личноста зависи и од меѓусебното влијание со другите карактеристики на личноста. На пример, лицата со високо П, а ниско ХА и ниско СД може да се склони кон импулсивности и неадекватно однесување. Иако се генетски независни, овие димензии на темпераментот се функционално поврзани, и нивната интегрираност резултира со одредени обрасци на однесување. Изразеноста на одредена карактеристика, и поврзаноста со другите димензии на темпераментот и карактерот одредува склоност кон одредени состојби или болести. Со други зборови, одредени состојби или растројства имаат влијание врз експресијата на одредени димензии на личноста.

7.4. ДИМЕНЗИИ НА КАРАКТЕР

Клонингер концептот на карактерот го развил врз основа на неколку теоретски поставки од хуманистичката и трансперсоналната психологија, кои го објаснуваат процесот на развојот на личноста низ процесите на социјално учење. Клонингер ги објаснува три димензии на карактерот како автономна индивидуа, интегрален дел на социјалната средина и како интегрален дел на универзумот. Според теоријата на личноста на Клонингер, личноста може да се смета за мултидимензионален конструкт кој вклучува пониски и повисоки нивоа на лично функционирање, изразени преку карактеристиките на темпераментот и карактерот. Со оглед на темпераментот претставува автоматско прилагодување преку шеми на условени одговори, карактерот вклучува свесна обработка на адаптивни информации. (Cloninger 1996)

7.4.1. САМО-НАСОЧЕНОСТ (СД)

Само-насоченост (СД) е димензија на карактерот која претставува способност на личноста да се идентификува себеси како зрела, интегрирана, организирана, усмерена личност. Оваа димензија ја посочува способноста на личноста да го прилагоди, контролира и преусмери своето однесување спрема своите цели и вредности, која превзема одговорност за своите постапки. Тоа е изворот на чувство на личниот интегритет и самодоверба.

АЈТЕМИ НА КАРАКТЕРИСТИКАТА САМО-НАСОЧЕНОСТ (СД)

- СД1 Одговорност наспроти обвинување (8 ајтеми)
- СД2 Целесообразност наспроти недостаток на цел/правец (6 ајтеми)
- СД3 Снаодливост (5 ајтеми)
- СД4 Прифаќање себеси наспроти себеподобрување (10 ајтеми)
- СД5 Истакнување на друга природа (11 ајтеми)

Оваа карактеристиката (само-насоченост) е меѓу најдискутираните, и воедно предмет на голем број истражувања во однос на депресивното растројство. Таа покажува голема сензитивност во однос на појавата на депресивното растројство кај лица со одредени црти на личноста, и се смета дека ниски вредности на СД се ризик фактор за појавата на депресивна симптоматологија. Резултатите и од оваа студија упатуваат на заклучок дека ниски вредности на СД може да се означат како предиктор на појава на депресивно растројство. Со други зборови, ниски вредности на СД претставуваат ризик фактор за појава на депресивна симптоматологија.

Анализирајќи ги посебно субдимензиите, добиени се резултати дека СД1 (одговорност наспроти обвинување) добиена со збир од 8 ајтеми, има статистички значајни разлики помеѓу испитуваните групи, додека вредностите добиени после третманот се уште поблиску до испитуваната отколку до контролната група.

Статистички сигнификантна разлика на средните вредности е утврдена и за резултатите од 6 прашања од групата СД2 (целесообразност наспроти недостаток на цел/правец), како и кај СД3 (снаодливост) со статистички сигнификантна разлика помеѓу испитуваните групи, со ист тренд како и СД1.

Не е утврдена статистички сигнификантна разлика во средните вредности за СД4 (прифаќање себеси наспроти себеподобрување) која е проценета преку збир од 10 прашања и е со најниска средна вредност кај пациентите пред третман и највисока кај контролната група. Високо статистички сигнификантни разлики помеѓу групите се утврдени кај карактеристиката СД5 (Истакнување на друга природа), како и кај вкупниот збир на СД од сите 5 компоненти, ги потврдува наодите во повеќе признати интернационални студии дека СД е високо индикатна карактеристика на личноста за појава на депресивно растројство.

Резултатите од оваа студија покажуваат дека средните вредности се менуваат после третман, и тоа со покачување и приближување на вредностите на СД кон вредностите на контролната група, односно е негативна корелацијата на добиените резултати со Бековата скала – со намалување на скоровите на Бек скалата се зголемуваат скоровите на СД димензијата. Тоа значи дека лицата кои се со предиспозиции на појава на депресивно растројство имаат пониски вредности на СД, односно се со различен профил во однос на контролната група. Ова ги потврдува резултатите од повеќето истражувања за СД во однос на депресијата, дека ниски вредности на СД се карактеристични за лица кои се склони кон депресивно растројство. Тоа важи за повеќето субдимензии на СД, додека во оваа студија единствено оваква статистички значајна разлика не беше потврдена за субдимензијата СД4.

Висока сигнификантност во однос на корелацијата со Бек скалата е најдена кај контролната група, додека кај испитуваната е негативна но не толку значајна, што упатува на заклучокот дека ниски вредности на СД се карактеристика за лица со депресивно растројство, односно има карактеристики на предиктивност.

Личности кои имаат високи скорови на СД се карактеризираат со одговорност, зрелост, себепочитување, иницијативност, детерминираност кон исполнување на своите цели, со голем степен на самоувид. Од друга страна, личностите кои имаат ниски скорови на СД се карактеризираат со безиницијативност, чувство на инфериорност, недостаток на самоувид, склоност кон фантазирање, како и обвинување на другите за своите грешки.

Во нашата студија, резултатите покажаа дека СД беше во врска со сериозноста на депресија во ИГ. Од добиените резултати се изведува заклучок дека ниски вредности на СД можат да биде фактор на ризик за депресија, но тоа не е јасно колку ниско СД може да предизвика депресија. Со добиените резултати може да се констатира дека ниско СД претставува ризик фактор за појава на депресивно растројство, додека високи резултати на СД претставуваат некој вид на “психолошки имунитет” кон депресивни состојби. Добиените резултати покажуваат и дека антидепресивниот третман има сигнификантно влијание врз оваа карактеристика, изразено со приближување на вредностите на испитуваната група кон оние на контролната група после третманот.

СД како карактеристика на личност во својата основа вклучува способност на личноста да има контрола врз своето однесување, како и високи капацитети за адаптивност кон новонастанати услови или состојби, како и кон стресогени ситуации, и ги поткрепуваат бихејвиоралните обрасци на однесување кои се насочени кон задоволување на индивидуално избраните цели и вредности (Cloninger et al., 1993). (75) Во процесот на развојот на оваа карактеристика на личност, се зајакнуваат сите психолошки капацитети на личноста за избегнување на појавата на депресивна симптоматологија. Ваквите резултати водат кон заклучоци дека оние субјекти со високо СД се повеќе способни да се справат ефикасно и успешно со тешки животни ситуации, односно да се адаптираат соодветно и да ги искористат своите одбрабмени механизми за справување со стресогени ситуации. Решавање на проблеми и когнитивните проценки се стратегии за справување и надминување на негативните настани во животот. Личностите со карактеристики на високи вредности на СД може подобро да се справат со животни предизвици, да се снајдат во нови ситуации и околности, да одговорат адекватно на фрустрациони ситуации и на животни предизвици. Тие се карактеризираат со флексибилност во своето постапување и реагирање, така што појавата на депресија по негативни животни настани станува помалку веројатна.

Во повеќе студии е покажана и значајот на скорот на СД во однос на социјалните релации, способноста за создавање на квалитетни интерперсонални релации и мрежи кои во одредени животни стресогени ситуации се активираат како мрежа на поддршка, што е со протективен значај за појава на депресивно растројство. Резултати од повеќе релевантни студии потврдуваат дека СД е во врска со бројот на лица кои нудат поддршка во мрежата на субјектот, односно со бројот и квалитетот на социјалната поддршка која лицето ја добива во одредена стресогена ситуација (133). Овие студии посочуваат дека високо СД може да се поврзе и со подобра социјална поддршка и подобро справување со животни предизвици. Од друга страна, тоа може да значи дека поединци со ниско ниво на СД имаат послаба перцепција на социјална помош, помалку се вешти во справувањето со предизвици, а со тоа и се со поголема веројатност да се развие депресија кога тие се соочуваат со негативни (депресивно провокативни) животни настани.

Димензијата на карактер само-насоченост - СД, е изграден врз основа на концептот на селф како израз на самостојна индивидуа, и е негативно поврзана со депресивни симптоми. Ова тврдење е во корелација со резултати се во согласност со претходните наоди на депресивни симптоми со СД и депресивни симптоми во клинички сетинзи (Svrakic et al 1992; Joffe et al 1993.), кај учениците (Peirson и Neuchert 2001) и во општата популација (Richter et al. 2003). (80, 112,134,117).

7.4.2. КООПЕРАТИВНОСТ (Ц)

Кооперативност (Ц) е димензија на карактерот која се дефинира како способност на личноста за прифаќање и идентификација со други луѓе.

Од резултатите добиени за карактеристиката Ц и нејзините субдимензии, може да се заклучи дека и според средните вредности и според меѓусебните корелации Ц може да претставува индикатор за подобрување на состојбата со антидепресивниот третман, но нема карактеристики на предиктивност за појава на депресија. Бидејќи има сигнификатни разлики во скоровите на испитуваната и контролната група, би можело да се заклучи дека оваа карактеристика може да се користи како показател за афективната состојба, односно за успешноста на терапијата.

Личности кои имаат високи скорови на Ц се карактеризираат со работливост, амбициозност, исполнителност, емпатија, срдечност, тие личности се пријатни и добредојдени во друштво. Од друга страна, личностите кои имаат ниски скорови на Ц се карактеризираат со несоработливост, себичност, конфликтуозност, осветољубивост...

АЈТЕМИ НА КАРАКТЕРИСТИКАТА КООПЕРАТИВНОСТ (Ц)

- C1 Прифаќање од околина наспроти одбојност (8 ајтеми)
- C2 Емпатија наспроти социјална незаинтересираност (5 ајтеми)
- C3 Подготвеност да се помогне наспроти незаинтересираност да се помогне (8 ајтеми)
- C4 Сожалување наспроти осветољубивост (7 ајтеми)
- C5 Простосрдечна совесност наспроти самодоволност (8 ајтеми)

Кај карактеристиката Ц иако во вкупниот скор и во две субдимензии се покажуват статистички значајни разлики, во другите субдимензии не се покажува сигнификантна разлика. **Ова укажува дека истите иако не се доволно специфични за да ги задоволат критериумите за предиктори на депресивна состојба или на успешен антидепресивен третман, сепак укажува дека има тренд на подобрување на кооперативноста после антидепресивниот третман.** Тоа е иза очекување, имајќи ја во предвид и смаата природа на депресивната симптоматологија, и дека со подобрување на афективната состојба и самиот пациент е подготвен за подобра соработка со својата околина. Подобрувањето на психичките капацитети и функционалноста на самиот пациент, што е и цел на терапијата, е една и од претпоставките за ефикасна кооперативност на секоја индивидуа.

Вредностите за Ц1 (прифаќање од околина наспроти одбојност) проценета како збир од 8 прашања е најниска кај испитаниците, се зголемува после третман, но не ги достигнува вредностите на контролната група.

Карактеристиката Ц2 (емпатија наспроти социјална незаинтересираност), проценета преку збир од 5 прашања го следи истот тренд, но разликата во средните вредности не е статистички сигнификантна. Истиот тренд е за карактеристиките Ц3 (подготвеност да се помогне наспроти незаинтересираност да се помогне), Ц4 (сожалување наспроти осветољубивост) и Ц5 (простосрдечна совесност наспроти самодоволност). Статистички сигнификантна е разликата помеѓу средните вредности во однос на вкупниот збир за карактеристиката Ц.

Се следи негативна корелација со Бековата скала, односно со зголемување на скоровите на СД се намалуваат скоровите на Бек скалата.

Кооперативност е карактеристика на личноста која е поврзана со чувство на прифатеност од другите луѓе, за разлика од агресивно егоцентрична и непријатна личност. (75) Клонингер ја опишува оваа карактеристика како стремеж луѓето да се идентификуваат со други, и да ги прифатат. Клонингер укажува дека профил со ниски вредности на Ц е поврзан со сите категории на растројства на личноста. Кооперативност е концептуално слична и во тесна корелација со шарм во моделот со пет факторскиот систем на личноста. (106) Тоа е во негативна корелација со појава на агресија, непријателство и психотичност спрема истиот модел.

Клонингер ги опишува личностите со високи вредности на Ц како општествено толерантни, корисни, и внимателни, со способности за емпатија, сожалување, спремни да помогнат, без желба за себична доминација, спремни за безусловно прифаќање на другите. Спротивно на овие, личности со ниски вредности на Ц се опишани како нетолерантни, нечувствителни, бескорисни и непријатни.

Истражувачите сугерираат дека комбинацијата на ниски вредности на Ц и СТ формираат профил карактеристичен за сите растројства на личноста. (135)

Во однос на херeditарноста на Ц, има различни студии. Некои од нив заклучуваат дека има релевантни докази дека функцијата на хипоталамо-хипофизната-надбубрежнатаите (НРА) оска, исто така, се вклучени во карактеризацијата на особини на личноста. FK506 врзувачки протеин 51 (FKBP51 или FKBP5) е посочен како важен фактор, кој игра важна улога во регулација на негативни повратни информации на функцијата на НРА оската. Во испитување во која биле вклучени 826 здрави јапонски индивидуи, заклучено е дека групата со Т алелите предвидува нарушување на негативни повратни информации за регулирање на НРА оската, и тоа резултира со повисоки оценки на штета избегнување (ХА) и пониски оценки на кооперативност (Ц), во споредба со онаа без Т алелите. На Т алелите била поврзана со повисок рејтинг на ХА кај жени и пониски оценки на СО кај мажите, што укажува дека FKBP5 полиморфизам влијае на ХА и Ц во здрави субјекти, со родова специфичност. (136)

7.4.3. СЕБЕНАДМИНУВАЊЕ (СТ)

Самонадминување (СТ) е димензија на карактерот која се однесува на духовните аспекти на личноста. Самонадминување (СТ) се однесува на духовни искуства и чувство на единство со универзумот.

Личности кои имаат високи скорови на СТ се карактеризираат со голема верба, спиритуализам, со склоности за простување. Од друга страна, личностите кои имаат ниски скорови на СТ се карактеризираат со скептичност, комфортизам. СТ претставува склоност да се доживуваат спиритуални искуства, односно сповствената перцепција како интегрален дел на универзумот.

АЈТЕМИ НА КАРАКТЕРИСТИКАТА СЕБЕНАДМИНУВАЊЕ (СТ)

ST1 Занемарување на себе си наспроти свесна грижа за себе (10 ајтеми)

ST2 Идентификација со друга личност наспроти себе-разликување (8 ајтеми)

ST3 Духовно прифаќање наспроти рационален материјализам (8 ајтеми)

Разликите во вредностите на карактеристиката себенадминување не покажуваат статистички сигнификантна разлика. Со резултатите на редните вредности посебно за сите субдимензии - СТ1 (занемарување на себе си наспроти свесна грижа за себе), СТ2 (идентификација со друга личност наспроти себе-разликување), како и за СТ3 (Духовно прифаќање наспроти рационален материјализам), може да се изнесува заклучок дека **оваа карактеристика на личноста нема специфичност за предиктивност ниту за појава, ниту за исходот на третманот кај депресивното растројство. Антидепресивниот третман нема никакво влијание врз вредностите на СТ, кои остануваат со слични вредности и после неговата апликација кај депресивните пациенти.**

Comings, Gonzales et al. (2000) вршеле испитувања за генотипови на испитаници за генските алели за допамин рецепторот Д4 (DRD4). Според резултатите од нивните студии, пронајдени се значајни позитивни корелации помеѓу генот DRD4 и вредностите на СТ мерени со ТЦИ, а особено субскалата СТ3, духовно прифаќање. Овие резултати треба да се прифатат со одредена резерва поради нивното толкувања за меѓусебната релација на DRD4, за кортикалната густина на допамин рецептор Д4, нивоа на допаминергична активност и поврзаноста со СТ, кои се уште не е дообјаснети. (137)

Правени се испитувања за корелацијата на СТ со експресијата на генот 5HT1A (Borg et al., 2003).(138) Во нивната студија на карактеристики и густината на 5HT1A рецептор, аплициран е ТЦИ во врска со позитрон емисиона томографија (ПЕТ). Резултатите од испитувањето на примерок од 15 нормални машки испитаници во Шведска, покажале значајни корелации помеѓу резултати за субскалата СТ3 и 5-HT1A во јадрата на *gryhne nuclei*, хипокампусот и неокортексот.

Во еден романска студија во која биле вклучени 41 пациент со дистимично нарушување и 350 контролни субјекти, дистимичните поединци постигнале значително повисоки СТ резултати на ТЦИ скалата (Birt et al., 2006). (139)

Имајќи ги во предвид резултатите на овие истражувања, СТ се дефинира како комплексна, но мерлива карактеристика од важност за теориите за конструкција на личноста, вклучувајќи, но не ограничувајќи се на хуманистички и трансперсонални парадигми. Сепак, се очекува идните истражувања во ова поле попрецизно да ја дефинираат улогата на оваа димензија како дел од личноста, и да ги кларифицираат нејзините релации како со другите карактеристики, така и нејзината важност при разбирањето на менталните растројства - Levenson et al. (2005) (140)

СТ е опишан како врска помеѓу поединецот, животната средина и трансцендентното битие. СТ се однесува на мултидимензионално проширување на границите на личноста (преку самоприфаќање и пронаоѓање на смислата на животот), интерперсонално (со градењето на релации со други лица или поврзување со природата), трансперсонално (со некое “повредно” лице), и привременото (со интегрирање на своето минато и иднината во сегашноста; динамичен процес кој вклучува адаптација на физичка, емоционална и / или духовна катастрофа). Во холистички рамка на телото, умот и духот во целина, само-трансценденција се смета за централен аспект на човековата духовност. Истата е изразена и во контекст на грижата за себе со себе, за другите, природата и животната сила, или пак Бог. (75)

Една студија на односите меѓу духовната благосостојба и СТ покажа дека и високи вредности на СТ резултираат со духовна благосостојба кај пациенти. (141) Резултатите од оваа студија покажале статистичка јасна поврзаност помеѓу вредностите на СТ со афективната состојба на испитуваните, односно високо СТ. Исто така се смета дека комбинацијата на високи вредности СТ и ХА, и помали вредности на СД, е поврзано со биполарно растројство. Овие резултати не се повторени во други исти студии, иако има студии кои ја потврдуваат поврзаноста на СТ и нејзината позитивна корелација со афективната состојба. Повеќе студии пак реферираат за негативна корелација на СТ со депресивно растројство. (142) Овие резултати не се добиени во нашата студија, односно не беа детектирани со карактеристики на предиктори на појава или за ефикасноста на антидепресивниот третман. Средните вредности на трите групи на испитаници се со слични вредности.

Во последните години развиена е дискусија за ставовите на Клонинер дека СТ се концепира во тек на развојот на личноста, под влијание на карактеристиките на темпераментот и на околината. Се повеќе има тврдења дека и овие карактеристики имаат наследни особини, односно дека биолошките и генетските фактори играат важна улога во тоа како се изразени истите. Авторите утврдиле значајни асоцијации со четири области на духовноста: верувања за постоењето и значењето на духовноста; духовно искуство; паранормални убедувања; и традиционалните религиозни верувања.

СТ е поврзан со самоконтрола и адаптивност, како и емоционална добросостојба. СТ може да биде валидна мерка на области на духовни верувања, духовни искуства, паранормални верувања и традиционалните религиозност. Според Клонингер, многу високи вредности на СТ се карактеристични за шизофренија.

Како што посочува Клонингер, СТ може да биде поврзано со психотични тенденции кога се детектирани со недоволно развиени карактерни црти. СТ е поврзани со шизотипни црти на личноста, особено когнитивно-перцептивни компоненти поврзани со магично размислување и необични доживувања. (75)

7.4.4.ВЛИЈАНИЕ НА АНТИДЕПРЕСИВЕН ТРЕТМАН

Како крајна варијабла, испитаниците беа третирани со антидепресиви од три групи – ССРИ, СНРИ и НАССА. Она што е индикативно, е дека антидепресивите од групата на СНРИ има статистичко значајно влијание пред се на карактеристиката ХА, која е поврзана со невротрансмитерот серотонин. Резултатите покажаа дека антидепресивите од другите две групи, СНРИ, имаат статистички значајно влијание врз карактеристиката РД, која истражувачите ја поврзуваат пред се со норадреналин. Овие резултатите ги подржуваат индиректно тероретските поставки на Клонингеровата теорија на личноста, но исто така и ги покажуваат насоките за понатамошни истражувања во ова поле, односно за понатаможен развој на искажаните теоретски поставки. Со други зборови, овие резултати може да најдјдат и практична примена во одредувањето на антидепресивниот тртеман и профилот на апликабилниот атидепресив. Имено, ако со ТЦИ инструментот се детектира особено отстапување во некои карактеристики, во овој случај на пр. ХА, тогаш предност би се дало на ССРИ медикамент, Истото важи и за поголемо отстапување на карактерстиката РД, при што би се преферираше антидепресив од другите две групи. Секако дека овие резултати треба да се потврдат и допрецизираат во опсежни студии, кои би се осврнале на поврзаноста на особините на карактеристиките на личноста кај депресивни пациенти, нпотврдување на нивната поврзаност со доредени невротрансмитерски системи, и меѓусебното влијание сопрофилот на антидепресивот. Тоа ќе води кон индивидуализирање на терапевтскиот профил и план за секој пациент, со што би се зголемила ефикасноста на терапијата, со сте свои пропратни ефекти, како зголемување на функционалноста на пациентите, намален број на суициди, нивна зголемена работоспособност итн... (143.144,145)

Она што е потребно да се истакне е дека сите овие добиени резултати треба да се согледуваат како една целина, бидејќи интерплејот на пооделни карактеристики на личноста може да резултираат со различни експозиции на однесување или симптоматологија. Различни вредности на другите карактеристики, и интереплејот помеѓу нив, може да влијае на експресијата и длабочината на депресивните симптоми.

Во случај на депресија, веќе е елаборирано дека најкарактеристични промени се зголемени скорови на ХА и намалени на СД, но секако дека и другите карактеристики се значајни за експресијата на специфичната симптоматологија.Според овие резултати, ова има посебен значај и во изборот на антидепресивната медикаментозна терапија, односно на кој невротрансмитерски ситем треба да се насочи терапијата. Со други зборови, со ТЦИ инструментот може да се насочи кои промени на карактеристики на личноста се поизраени

во депресивната епизода, и со тоа да се направи соодветен избор на терапијата. Следствено, може и да се прати и ефикасноста на терапијата, и потребата за насочување или доолнување на третманот со психотерапевтски техники, или друга адјувантна терапија.

8. ОГРАНИЧУВАЊА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Како главно ограничување во оваа студија беше изборот на личности со карактеристики на психолошка здрава личност. Второ ограничување беше релативно краткиот период на апликација на антидепресивен третман. Администрирањето на прашалникот кај депресиви пациенти беше со кест отпор од страна на пациентите, и одбивање на повторно администрирање на прашалникот 6 месеци после третманот. Ограничување беше пристапот до соодветната литература, заради ограничениот пристап до научни списанија кои бараат регистрација и плаќање за користење на публикуваната литература. Овие ограничувања, во определен степен предизвикани и од неговиот дизајн на „вгнездено“ случаи-контроли, сепак, има и одредени недостатоци кои треба да се земат предвид при интерпретација на добиените резултати.

9. ЗАКЛУЧОЦИ

1. Демографските карактеристики играат улога во однос на ризикот во појавата на депресивно растројство. Тука пред се се родовите карактеристики, односно депресивното растројство почесто се јавува кај лица од женски род.
2. Во однос на социоекономските показатели, живеење во нецелосно семејство (со еден родител или разведени родители е исто така висок ризик фактор за развој на личност со ризик на појаван а депресивно растројство.
3. Во однос на социјалните аспекти, добиени се резултати кои потврдуваат дека лицата со депресивно растројство имаат пониски социјални перформанси (во поголем процент во однос на контролната група тие жеват сами, немаат партнер или се разведени), кои аспекти се подобруваат после ефикасен антидепресивен третман.
4. И економските апсекти кај лица со депресивно растројство се пониски, имајќи ги во предвид и симптомите на самата болест (во однос на контролната група помал процент на вработени, поголем број на приматели на социјална помош), кои аспекти исто така се подобруваат после ефикасен антидепресивен третман.
5. Нашите наоди покажуваат јасно дека човечката личност е составен од повеќе димензии кои се во интеракција како комплексен адаптивен систем, а не како збир на одделните компоненти. Од добиените резултати, што се во насока со повеќето студии во ова поле, се добиваат заклучоци дека определени карактеристики на личноста, групирани во димензии, може да се посочат како предиктори на појава на депресивно растројство, односно дека определнени карактеристики на личноста може да се посочат како предиктори на ефикасноста на третманот.
6. Како предиктори на појавата на депресивно растројство, односно како карактеристики на личноста кои претставуваат зголемен ризик од појава на истото, во оваа студија утврдени се високи скорови на ХА и ниски скорови на СД. Во таа насока, иако не се со квалитети на предиктивност, сепак како ризични карактерни црти може да се посочат и ниски вредности на НС, РД и Ц, и високи вредности на РД. Резултатите добиени на ТЦИ инвентарот покажуваат дека ХА преставува маркер за емоционална ранливост кон депресивно растројство, додека СД претставува маркер на извршните функции за заштита на лицето од истото. Сепак, утврдени карактеристики кои означуваат ранливост да се развие депресивно растројство не се поврзани и со предиктивноста на успешноста на третман, односно и други карактеристики се посочени како предиктори на успешноста на третманот.
7. Сигнификантни промени на скоровите во текот на антидепресивниот третман во насока на подобрување на скоровите на Бековата скала за депресија, како и приближување кон скоровите на контролната група се утврдени кај НС, Ц (покачени вскорови) и РД (намалени скорови), кои може да се означат како предиктори на успешен третман. Иако не се со карактеристики на предиктивност, промените во скоровите на ХА (намален скор) и СД (покачен скор) може да го послужат како показатели на успешен третман.
8. Профилот на антидепресивниот третман е поврзан со одредени карактеристики на личноста

9. Антидепресивниот третман има сигнификатно влијание врз подобрување на соиекономските карактеристики на лицата со депресивно растројство
10. Добиените скорови на димензиите П и СТ не утврдуваат предиктивност ниту за појава на депресивно растројство, ниту предиктивност за ефикасност на антидепресивниот третман.

10. ПРЕПОРАКИ

Одредувањето на профил на личноста има голем значај за категоризацијата на дијагнози и типологии, односно може да даде корисни информации за одредувањето на терапевтските протоколи, и изборот на вид на третман или медикамент. Резултатите од оваа истражување покажа дека одредени карактеристики на личноста може да бидат предиктори за појавата на депресија, како и за успешноста на третманот.

Овие карактеристики не треба да бидат разгледувани самостојно, туку секогаш треба да се согледа и нивната интеракција и меѓусебно влијание и со другите карактеристики на личноста. Досега во психијатриската наука не се утврдени сигурни показатели кои би укажувале на можност да се предвиди релапс на депресивните епизоди. Рекурентноста на депресивното растројство е доста висока, речиси 80% релапс со текот на времето, бидејќи нивната ранливост не е намалена од минатиот третман. Во таа насока е и целта на оваа истражување, односно од неа произлегуваат препораки за практична примена на добиените резултати во однос на креирање индивидуализирана терапија која би била и со очекуван поголем процент на успешност. Имено, со вака прецизирање на вулнерабилните карактеристики на личност со депресивно растројство, третманот би можел да се насочи кон оние карактеристики кои се означени како ризик фактори, а кои би можеле да се променат со медикаменти и психотерапија. И нашето истражување покажа дека се следи промена на карактеристиките на личноста со фармакотерапија, односно со промена на скоровите на одредени карактеристики како НС, РД, ХА, СДи Ц, и со помош на кои и може да се предвиди и ефикасноста на одреден третман.

Со други зборови, со идентификација на “ризичните“ карактеристики на личноста би можело да се насочи фармакотерапијата, имајќи ги во предвид тероретските поставки на Клонингер за поврзаност на одредени карактеристики на личноста со специфични неврофизиолошки кола и невротрансмитерски системи во централниот нервен систем (ЦНС). Како што е образложено и посочено во повеќе истражувања, ХА се поврзува со серотонински активност, НС со допаминергична активност, РД со норадренергичните активност, итн [за повеќе детали види Cloninger и Svrakic (12)]. Примената на овие постулати во пракса би значело прилагодување на фармаколошки третман на депресивното растројство на кон основните неврофизиолошки процеси, а не кон симптоматското однесување. (на пример, лекови кои се поврзуваат со серотонинската активност се користат за лекување на екстремни скорови на ХА). Сепак, се уште не постојат цврсти научни докази за ваков концепт на индивидуално насочена терапија. Она што треба да се очекува од оваков пристап е насочување на фармакотерапијата кон контрола на екстремните вредности на одредени “ризични“ карактеристики на личноста, по што би следело апликација на соодветен психотерапевтски третман за концептуални промени на одредени и однапред посочени карактеристики на личноста. Фармакотерапијата би требало да преставува основа за суштествени промени на овие карактеристики со дефинирани и целно насочени психотерапевтски техники, со што би се намалила долгорочната ранливост кон депресија и слични психопатологија (Bulik et al, 1998 година. Cloninger, 2004). Со соодветно целно насочена психотерапија, би се очекувало

да се неутрализираат екстремни особини на личноста, да се намали потребата за фармакотерапијата, и да се придонесе кон превенција на релапс на депресивното растројство(12). Доколку се воспостават принципи на така конципиран индивидуализиран пристап и план за третман, би се очекувало и значително подобрување на третманот на депресивното растројство, како и подобри резултати во однос на превенција на честите релапси кои се карактеристични за него.

11. КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

ЛИТЕРАТУРА:

1. Julio Licinio and Ma-Li Wong. Biology of Depression. From Novel Insights to Therapeutic Strategies., 2005 WILEY-VCH Verlag GmbH & Co. KGaA, Weinheim ISBN: 3-527-30785-0
2. Chentsova-Dutton, Y.E., & Tsai, J.L. (2009). Understanding depression across cultures. In I.H. Gotlib & C. Hammen (Eds.). Handbook of depression (2nd ed.) (pp. 363-385). New York: Guilford Press.
3. Hardeveld et al., 2013, Recurrence of major depressive disorder across different treatment settings: Results from the NESDA study Journal of Affective Disorders, Volume 147, Issues 1–3, May 2013, Pages 225–231, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.11.008>
4. Melartin TK, Rytsala HJ, Leskela US, Lestela-Mielonen PS, Sokero TP, Isometsa ET. Severity and comorbidity predict episode duration and recurrence of DSM-IV major depressive disorder. Journal of Clinical Psychiatry. 2004;65(6):810–819. [PubMed]
5. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fifth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. ISBN 978-0-89042-554-1.
6. Clayton PJ. Gender and depression. In: Angst J, ed. The origins of depression: current concepts and approaches. New York: Springer-Verlag; 1983:77–89.
7. Tom Rosenström a,d,n, Pekka Jylhä b,e, C. Robert Cloninger c, Mirka Hintsanen Temperament And Character Traits Predict Future Burden Of Depression, PII: S0165-0327(14)00045-7 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.01.017> Reference: JAD6572: Journal of Affective Disorders, 2014
8. Pekka Jylhä, Depression, Anxiety, Psychiatric Comorbidity and Dimensions of Temperament and Personality, Publications of the National Public Health Institute, ISSN 1458-6290, 2008
9. Levinson DF. The genetics of depression: a review. Biol Psychiatry 2006; 60:84-92.
10. Nestler EJ, Barrot M, DiLeone RJ, Eisch AJ, Gold SJ, Monteggia LM. Neurobiology of depression. Neuron 2002; 34:13-25.
11. Parker G. Parental characteristics in relation to depressive disorders. Br J Psychiatry 1979; 134:138-47.
12. Lieb R, Isensee B, Hofler M, Pfister H, Wittchen HU. Parental major depression and the risk of depression and other mental disorders in offspring: a prospective-longitudinal community study. Arch Gen Psychiatry 2002; 59:365-74.
13. Widom CS, DuMont K, Czaja SJ. A Prospective Investigation of Major Depressive Disorder and Comorbidity in Abused and Neglected Children Grown Up. Arch Gen Psychiatry 2007; 64:49-56
14. Kendler KS, Baker JH. Genetic influences on measures of the environment: a systematic review. Psychol Med 2007; 37:615-26.
15. Angst J, Clayton P. Premorbid Personality of Depressive, Bipolar, and Schizophrenic-Patients with Special Reference to Suicidal Issues. Compr Psychiatry 1986; 27:511-32.
16. Milak MS, Parsey RV, Keilp J, Oquendo MA, Malone KM, Mann JJ. Neuroanatomic Correlates of Psychopathologic Components of Major Depressive Disorder. Arch Gen Psychiatry 2005; 62:397-408.
17. Thase ME, Jindal R, Howland RH. 2002. Biological Aspects of Depression. In: Gotlib IH, Hammen CL, editors. Handbook of Depression. New York: The Guilford Press.
18. Hirschfeld RM, Klerman GL, Lavori P, Keller MB, Griffith P, Coryell W. Premorbid personality assessments of first onset of major depression. Arch Gen Psychiatry 1989; 46:345-50
19. Castren E. Is mood chemistry? Nat Rev Neurosci 2005; 6:241-6.
20. Groves JO. Is it time to reassess the BDNF hypothesis of depression? Mol Psychiatry 2007; 12: 1079-88.
21. McEwen BS. Mood disorders and allostatic load. Biol Psychiatry 2003; 54:200-7.
22. Videbech P, Ravnkilde B. Hippocampal volume and depression: a meta-analysis of MRI studies. Am J Psychiatry 2004; 161:1957-66.
23. Castren E. Is mood chemistry? Nat Rev Neurosci 2005; 6:241-6.
24. Eaton WW, Anthony JC, Gallo J, Cai G, Tien A, Romanoski A, Lyketsos C, Chen LS. Natural history of Diagnostic Interview Schedule/DSM-IV major depression. The Baltimore Epidemiologic Catchment Area follow-up. Arch Gen Psychiatry 1997; 54:993-9.
25. Spijker J, de Graaf R, Bijl RV, Beekman AT, Ormel J, Nolen WA. Duration of major depressive episodes in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). Br J Psychiatry 2002; 181:208-13.
26. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, Rush AJ, Walters EE, Wang PS. The Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results From the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). JAMA 2003; 289:3095-105.
27. Furukawa TA, Kitamura T, Takahashi K. Time to recovery of an inception cohort with hitherto untreated unipolar major depressive episodes. Br J Psychiatry 2000; 177:331-5.
28. Solomon DA, Keller MB, Leon AC, Mueller TI, Shea MT, Warshaw M, Maser JD, Coryell W, Endicott J. Recovery from major depression. A 10-year prospective follow-up across multiple episodes. Arch Gen Psychiatry 1997; 54:1001-6.
29. Asnis GM, Friedman TA, Sanderson WC, Kaplan ML, van Praag HM, Harkavy-Friedman JM. Suicidal behaviors in adult psychiatric outpatients, I: Description and prevalence. Am J Psychiatry 1993; 150:108-12.
30. Arseneault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. BMC Psychiatry 2004; 4:37
31. Schulberg HC, Katon W, Simon GE, Rush AJ. Treating Major Depression in Primary Care Practice: An Update of the Agency for Health Care Policy and Research Practice Guidelines. Arch Gen Psychiatry 1998; 55:1121-27
32. Ressler KJ, Mayberg HS. Targeting abnormal neural circuits in mood and anxiety disorders: from the laboratory to the clinic. Nat Neurosci 2007; 10:1116-24.
33. Zarate CA, Jr., Singh JB, Carlson PJ, Brutsche NE, Ameli R, Luckenbaugh DA, Charney DS, Manji HK. A Randomized Trial of an N-methyl-D-aspartate Antagonist in Treatment-Resistant Major Depression. Arch Gen Psychiatry 2006; 63:856-64.
34. Trivedi MH, Lin EH, Katon WJ. Consensus recommendations for improving adherence, self-management, and outcomes in patients with depression. CNS Spectr 2007; 12 Suppl 13:1-27.
35. Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Stewart JW, Warden D, Niederehe G, Thase ME, Lavori PW, Lebowitz BD and others. Acute and Longer-Term Outcomes in Depressed Outpatients Requiring One or Several Treatment Steps: A STAR*D Report. Am J Psychiatry 2006; 163:1905-17.
36. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). Am J Psychiatry 2000a; 157:1-45.
37. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. JAMA 1996;276(4):293–299.

-
38. Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J.J., Berglund, P., Bijl, R.V., De Graaf, R., Vollebergh, W., et al. (2003). The epidemiology of major depressive episodes: Results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12, 3-21.
 39. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51(1):8-19.
 40. World Health Organization (2002). The world health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. Geneva, Switzerland: World Health Organization
 41. Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry* 2003; 160:4-12.
 42. Kessler R.C., Avenevoli, S., & Merikangas K.R. (2001). Mood disorders in children and adolescents: An epidemiologic perspective. *Biological Psychiatry*, 49, 1002-1014.
 43. Hankin, B.L., Abramson, L.Y., Moffitt, T.E., Silva, P.A., McGree, R., & Angell, K.E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 128-140.
 44. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996;276(4):293-299.
 45. Kuehner, C. (2003). Gender differences in unipolar depression: An update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 163-174.
 46. Jorm, A.F. (1987). Sex and age differences in depression: A quantitative synthesis of published research. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 21, 46-53.
 47. Weissman, M.M., & Klerman, G.L. (1977). Sex differences and the epidemiology of depression. *Archives of General Psychiatry*, 3, 98-112.
 48. Clayton PJ. Gender and depression. In: Angst J, ed. *The origins of depression: current concepts and approaches*. New York: Springer-Verlag; 1983:77-89.
 49. Wittchen H, Essau CA, von Zerssen D, Krieg J, Zaudig M. Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich follow-up study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1992;241:247-258.
 50. Keller MB, Shapiro RW, Lavori PW, Wolfe N. Recovery in major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1982;39:905-910.
 51. Keller MB, Shapiro RW, Lavori PW, Wolfe N. Relapse in major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1982;39:911-915.
 52. Bruce ML, Takeuchi DT, Leaf PJ. Poverty and psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:470-474.
 53. Murphy JM, Oliver DC, Monson RR, Sobol AM, Federman EB, Leighton AH. Depression and anxiety in relation to social status. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:223-229.
 54. Coryell W, Endicott J, Keller M. Major depression in a nonclinical sample. Demographic and clinical risk factors for first onset. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:117-125.
 55. Romans SW, McPherson HM. The social networks of bipolar affective disorder patients. *J Affect Dis* 1992;25(4):221-228.
 56. Coryell W, Scheftner W, Keller M, Endicott J, Maser J, Klerman GL. The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *Am J Psychiatry* 1993;150(5):720-727.
 57. Nery, F. G., Hatch, J. P., Nicoletti, M. A., Monkul, E. S., Najt, P., Matsuo, K., Cloninger, C. R. and Soares, J. C. (2009), Temperament and character traits in major depressive disorder: influence of mood state and recurrence of episodes. *Depress. Anxiety*, 26: 382-388. doi:10.1002/da.20478
 58. Jaap G. Goekoop and Remco F. P. De Winter, "Temperament and Character in Psychotic Depression Compared with Other Subcategories of Depression and Normal Controls," *Depression Research and Treatment*, vol. 2011, Article ID 730295, 7 pages, 2011. doi:10.1155/2011/730295
 59. Balon, R. (2004). Developments in treatment of anxiety disorders: Psychotherapy, pharmacotherapy, and psychosurgery. *Depression and Anxiety*, 19, 63-76.
 60. Lewinsohn PM, Hoberman HM, Rosenbaum M. A prospective study of risk factors for unipolar depression. *J Abnorm Psychol* 1988; 97:251-64.
 61. Hirschfeld RM, Klerman GL, Lavori P, Keller MB, Griffith P, Coryell W. Premorbid personality assessments of first onset of major depression. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46:345-50.
 62. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Toward a comprehensive developmental model for major depression in women. *Am J Psychiatry* 2002; 159:1133-45.
 63. Boyce P, Parker G, Barnett B, Cooney M, Smith F. Personality as a Vulnerability Factor to Depression. *Br J Psychiatry* 1991; 159:106-14.
 64. Sato, T., & Uehara, T. (1995). Yokuutsu to jinkaku [Depression and personality]. *Archives of Psychiatric Diagnostics and Clinical Evaluation*, 6, 399-428
 65. Naito, M., Kijima, N. and Kitamura, T. (2000), Temperament and Character Inventory (TCI) as predictors of depression among Japanese college students. *J. Clin. Psychol.*, 56: 1579-1585. doi:10.1002/1097-4679(200012)56:12<1579::AID-83.0.CO;2-K
 66. Cloninger CR & Svrakic DM: 2000. Personality disorders 1723-1764. In: Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Sadock BJ, Sadock VA (eds). Williams and Wilkins, Philadelphia: Lippincott, 2000.
 67. Friedman, M. (1996). Type A Behavior: Its Diagnosis and Treatment. New York, Plenum Press (Kluwer Academic Press), pp. 31 ff.
 68. Temoshok, L. (1987). Personality, Coping Style, Emotion, and Cancer. Towards an Integrative Model. *Cancer Surveys*, 6, 545-567
 69. Perris, C. (1988). A theoretical framework for linking the experience of dysfunctional parental rearing attitudes with manifest psychopathology. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 344, 93-109.
 70. Perris, C. (1994). Linking the experience of dysfunctional parental rearing with manifest psychopathology: A theoretical framework. In C. Perris, W.A. Arrindell, & M. Eisemann (Eds.), *Parenting and psychopathology* (pp. 3-32). Chichester: Wiley
 71. Kendler, K.S., Gardner, C.O., & Prescott, C.A. (2002). Toward a comprehensive developmental model of major depression in women. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1133-1145.
 72. Luyten, P., Blatt, S.J., Van Houdenhove, & Corveleyn, J. (2006). Depression research and treatment: Are we skating where the puck is going to be? *Clinical Psychology Review*, 26, 985-999.
 73. Bowlby, J. (1969). Attachment and loss, Vol.1: Attachment. New York: Basic Books. Bowlby, J. (1973). Attachment and loss, Vol.2: Separation, anxiety and anger. New York: Basic Books.
 74. Beck, A.T. (1976). Cognitive therapy and emotional disorders. New York: International Universities Press
 75. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*. 1993;50(12):975-990; <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820240059008>
 76. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR (2006). Can personality assessment predict future depression? A twelve-month followup of 631 subjects. *J Affect Disord*. 92: 35-44
 77. Cloninger CR & Svrakic DM: 2000. Personality disorders 1723-1764. In: Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Sadock BJ, Sadock VA (eds). Williams and Wilkins, Philadelphia: Lippincott, 2000

78. Cloninger CR. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatr Dev* 1986; 4:167-226.
79. Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44:573-88.
80. Svrakic, D.M., Przybeck, T.R., & Cloninger, C.R. (1992). Mood states and personality traits. *Journal of Affective Disorders*, 24, 217–26.
81. Brown, S.L., Svrakic, D.M., Przybeck, T.R., & Cloninger, C.R. (1992). The relationship of personality to mood and anxiety states: A dimensional approach. *Journal of Psychiatric Research*, 26, 197–211.
82. Akiskal, H.S., Hirschfeld, R.M., & Yerevanian, B.I. (1983). The relationship of personality to affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, 40, 801–810.
83. Strakowski, S.M., Dunayevich, E., Keck, P.J., & McElroy, S.L. (1995). Affective state dependence of the Tridimensional Personality Questionnaire. *Psychiatry Research*, 57, 209–14.
84. C. Robert Cloninger (1994). *The temperament and character inventory (TCI): A guide to its development and use*. St. Louis, MO: Center for Psychobiology of Personality, Washington University. ISBN 0-9642917-1-1;
85. Abrams KY, Yune SK, Kim SJ, Jeon HJ, Han SO, Hwang J et al (2004). Trait and state aspects of harm avoidance and its implication for treatment in major depressive disorder, dysthymic disorder, and depressive personality disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*. 58(3): 240–248.
86. Jylhä P & Isometsä E (2006). Temperament, character and symptoms of anxiety and depression in the general population. *Eur Psychiatry*. 21: 389–395.
87. Hruby R, Nosalova G, Ondrejka I, Preiss M (2009). Personality changes during antidepressant treatment. *Psychiatr Danub*. 21(1): 25–32
88. Farmer A, Mahmood A, Redman K, Harris T, Sadler S, McGuffin P (2003). A sib-pair study of the Temperament and Character Inventory scales in major depression. *Arch Gen Psychiatry*. 60(5): 490–496
89. Joyce PR, Mulder RT, Luty SE, McKenzie JM, Sullivan PF, Cloninger CR (2003). Borderline personality disorder in major depression: differential drug response, and 6-month outcome. *Compr Psychiatry*. 44: 35–43.
90. Nelson EC & Cloninger CR (1995). The tridimensional personality questionnaire as a predictor of response to nefazodone treatment of depression. *J Affect Disord*. 35: 51–57.
91. Nelson EC & Cloninger CR (1997). Exploring the TPQ as a possible predictor of antidepressant response to nefazodone in a large multi-site study. *J Affect Disord*. 44: 197–200.
92. Hruby R, Nosalova G, Hrubá S (2010). Predictive significance of TCI-R for antidepressant treatment. *Med Sci Monit*. 16(8): CR 383–388.
93. Richter J, Eisemann M, Richter G (2000). Temperament and character during the course of unipolar depression among patients. *Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci*. 250: 40–47.
94. Abrams KY, Yune SK, Kim SJ, Jeon HJ, Han SO, Hwang J et al (2004). Trait and state aspects of harm avoidance and its implication for treatment in major depressive disorder, dysthymic disorder, and depressive personality disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*. 58(3): 240–248.
95. Gabbard GO (2000). A neurobiologically informed perspective on psychotherapy. *Brit J Psychiatry*. 177: 117–122.
96. Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988) Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years later. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100
97. Steer, R. A., Rismiller, D. Ranieri, W. E, Beck, A. (1994). Use of the computer-administered Beck Depression Inventory and Hopelessness Scale with psychiatric inpatients. *Computers in Human Behavior*, 10,223-229.
98. Brändström, S., Schlette, P., Przybeck, T.R., Lundberg, M., Forsgren, T., Sigvardsson, S., et al. (1998). Swedish normative data on personality using the Temperament and Character Inventory. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 122-128
99. Sato, T., Narita, T., Hirano, S., Kusunoki, K., Goto, M., Sakado, K., et al. (2001). Factor validity of the Temperament and Character Inventory in patients with major depression. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 337-341.
100. Shea MT, Yen S. 2005. Personality traits/disorders and depression. In: Rosenbluth M, Kennedy SH, Bagby RM, editors. *Depression and Personality - Conceptual and Clinical Challenges*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
101. Brandes M, Bienvenu OJ. Personality and anxiety disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2006; 8:263-9
102. Bates JE. 2000. Temperament as an emotion construct: theoretical and practical issues. In: Lewis M, Haviland-Jones JM, editors. *Handbook of emotions*, 2nd ed. New York: Guilford Press. p 382-96.
103. Pervin LA, Cervone D, John OP. 2005. *Personality, Theory and Research*: Jonh Wiley & Sons, Inc.
104. Strelau J, Zawadzki B. The formal characteristics of Behavior-Temperament Inventory (FCB-TI): Theoretical assumptions and scale construction. *Eur J Personality* 1993; 7:313-36
105. Zuckerman M, Cloninger CR. Relationships between Cloninger's, Zuckerman's, and Eysenck's dimensions of personality. *Pers Individ Dif* 1996; 21:283-85.
106. De Fruyt F, Van De Wiele L, Van Heeringen C. Cloninger's Psychobiological Model of Temperament and Character and the Five-Factor Model of Personality. *Pers Individ Dif* 2000; 29:441-52
107. Watson D, Wiese D, Vaidya J, Tellegen A. The two general activation systems of affect: Structural findings, evolutionary considerations, and psychobiological evidence. *J Pers Soc Psychol* 1999; 76:820-38.
108. Josefsson K, Merjonen P, Jokela M, Pulkki-Räback L, Keltikangas-Järvinen L. Personality profiles identify depressive symptoms over ten years? A population-based study. *Depress Res Treat*. 2011;2011:431314. doi: 10.1155/2011/431314.
109. Black DW, Shaw M, McCormick B, Bayless JD, Allen J. Neuropsychological performance, impulsivity, ADHD symptoms, and novelty seeking in compulsive buying disorder. *Psychiatry Res*. 2012;200:581–587. doi: 10.1016/j.psychres.2012.06.003.
110. Costa, Vincent D.; Tran, Valery L.; Turchi, Janita; Averbeck, Bruno B. (2014). "Dopamine modulates novelty seeking behavior during decision making". *Behavioral Neuroscience*. 128 (4): 413–424. doi:10.1037/a0037128. PMID 24911320
111. McKusick, Victor A.; Hurko, Orest; Black, John Logan, III; Kniffin, Cassandra L. (4 May 2010). "Novelty Seeking Personality Trait". *Online Mendelian Inheritance in Man*.
112. Joffe, R.T., Bagby, R.M., Levitt, A.J., Regan, J.J., & Parker, J.D. (1993). The Tridimensional Personality Questionnaire in major depression. *American Journal of Psychiatry*, 150, 959– 60.
113. Chien, A.J., & Dunner, D.L. (1996). The Tridimensional Personality Questionnaire in depression: State versus trait issues. *Journal of Psychiatric Research*, 30, 21–27.
114. Agren H (1983) Life at risk: markers of suicidality in depression. *Psychiatr Dev* 1:87-103.
115. Gray JA (1982) *The Neuropsychology of Anxiety: An Enquiry into the Functions of the Septo-Hippocampal System*. New York: Oxford University Press.
116. Svrakic DM, Przybeck TR, Cloninger CR. Mood states and personality traits. *J Affect Disord* 1992; 24:217-26.

117. Richter J, Polak T, Eisenmann M. Depressive mood and personality in terms of temperament and character among the normal population and depressive inpatients. *Pers Individ Dif* 2003; 35:917-27.
118. Bienvenu OJ, Samuels JF, Costa PT, Jr., Reti IM, Eaton WW, Nestadt G. Anxiety and depressive disorders and the five-factor model of personality: a higher- and lower-order personality trait investigation in a community sample. *Depress Anxiety* 2004; 20:92-97.
119. Cloninger, C. R. (1986). "A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states". *Psychiatric developments*. 4 (3): 167–226. PMID 3809156
120. Garvey, M. J.; Noyes Jr, R.; Cook, B.; Blum, N. (1996). "Preliminary confirmation of the proposed link between reward-dependence traits and norepinephrine".
121. Gerra, G.; Zaimovic, A.; Timpano, M.; Zambelli, U.; Delsignore, R.; Brambilla, F. (2000). "Neuroendocrine correlates of temperamental traits in humans". *Psychoneuroendocrinology*. 25 (5): 479–496. doi:10.1016/s0306-4530(00)00004-4. PMID 10818282
122. Mario Maj (4 April 2005). *Personality disorders*. John Wiley and Sons. ISBN 978-0-470-09036-7.
123. Cloninger, C. R. (1987). "Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism". *Science*. 236 (4800): 410–416. doi:10.1126/science.2882604. PMID 2882604.
124. Cohen, M. X.; Schoene-Bake, J. C.; Elger, C. E.; Weber, B. (2008). "Connectivity-based segregation of the human striatum predicts personality characteristics". *Nature Neuroscience*. 12 (1): 32–34. doi:10.1038/nn.2228. PMID 19029888
125. Lebreton, M. L.; Barnes, A.; Miettinen, J.; Peltonen, L.; Ridler, K.; Veijola, J.; Tanskanen, P. I.; Suckling, J.; Jarvelin, M. R.; Jones, P. B.; Isohanni, M.; Bullmore, E. T.; Murray, G. K. (2009). "The brain structural disposition to social interaction". *European Journal of Neuroscience*. 29 (11): 2247–225
126. Kondo, H.; Saleem, K. S.; Price, J. L. (2003). "Differential connections of the temporal pole with the orbital and medial prefrontal networks in macaque monkeys". *The Journal of Comparative Neurology*. 465 (4): 499–523. doi:10.1002/cne.10842. PMID 12975812.
127. Svrakic DM, Whitehead C, Przybeck TR, Cloninger CR. Differential-Diagnosis of Personality Disorders by the 7-Factor Model of Temperament and Character. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50:991-99.
128. Gillespie NA, Cloninger CR, Heath AC, Martin NG. The genetic and environmental relationship between Cloninger's dimensions of temperament and character. *Pers Individ Dif* 2003; 35:1931-46.
129. Debra A. Gusnard et al, Persistence and brain circuitry 3479–3484, doi: 10.1073/pnas.0538050100
130. Battersby, L. (2004), G. L. Flett and P. L. Hewitt (Eds.) (2002) *Perfectionism. Theory, Research and Treatment*. American Psychological Association: Washington, DC, £42.50 (hard-back), pp. 433, ISBN 1557988420. *Eur. Eat. Disorders Rev.*, 12: 68.
131. Beevers, C.G. & Miller, I.W. *Cognitive Therapy and Research* (2004) 28: 293. doi:10.1023/B:COTR.0000031804.86353.d1
132. Cloninger, CR; Zohar, AH (2011). "Personality and the perception of health and happiness". *Journal of Affective Disorders*. 128 (1–2): 24–32. doi:10.1016/j.jad.2010.06.012. PMID 20580435.
133. Kitamura, T., Kijima, N., Watanabe, K., Takezaki, Y., & Tanaka, E. (1998). Precedents of perceived social support: Personality and early life experiences.
134. Peirson AR, Heuchert JW. The relationship between personality and mood: comparison of the BDI and the TCI. *Pers Individ Dif* 2001; 30:391-99.
135. Laidlaw, Tannis M.; Dwivedi, Prabudha; Naito, Akira; Gruzelier, John H. (2005). "Low self-directedness (TCI), mood, schizotypy and hypnotic susceptibility". *Personality and Individual Differences*. 39 (2): 469. doi:10.1016/j.paid.2005.01.025
136. Shibuya N, Suzuki A, Sadahiro R, Kamata M, Matsumoto Y, Goto K, Hozumi Y, Otani K. Association study between a functional polymorphism of FK506-binding protein 51 (FKBP5) gene and personality traits in healthy subjects. *Neurosci Lett*. 2010;485(3):194-7.)
137. Comings, D., Gade-Andavolu, R., Gonzalez, N., Wu, S., Muhleman, D., Blake, H., Mann, M., Dietz, G., Saucier, G. and MacMurray, J. (2000), A multivariate analysis of 59 candidate genes in personality traits: the temperament and character inventory. *Clinical Genetics*, 58: 375–385. doi:10.1034/j.1399-0004.2000.580508.x
138. Borg, j., Andree, b., Soderstrom, h., & Farde, l. (2003). The serotonin system and spiritual experiences. *The American Journal of Psychiatry*, 160(11), 1965–1969.
139. Birt, M. A., Vaida, A., & Prelipceanu, D. (2006). Use of the temperament and character inventory personality questionnaire in dysthymic disorder. *Medica: A Journal of Clinical Medicine*, 1(1), 29–34.
140. LEVENSON, M. R., JENNINGS, P. A., ALDWIN, C. M., & SHIRAISHI, R. W. (2005). Selftranscendence: Conceptualization and measurement. *International Journal of Aging and Human Development*, 60(2), 127–143.
141. Gørill Haugan and Siw Tone Innstrand, "The Effect of Self-Transcendence on Depression in Cognitively Intact Nursing Home Patients," *ISRN Psychiatry*, vol. 2012, Article ID 301325, 10 pages, 2012. doi:10.5402/2012/301325
142. REED, P. G. (1991a). Self-transcendence and mental health in oldest-old adults. *Nursing Research*, 40(1), 5–11.
143. Takahashi M, Shirayama Y, Muneoka K, Suzuki M, Sato K, Hashimoto K (2013) Personality Traits as Risk Factors for Treatment-Resistant Depression. *PLoS ONE* 8(5): e63756. doi:10.1371/journal.pone.0063756
144. Kampman, Olli et al. -Can onset and recovery in depression be predicted by temperament? A systematic review and meta-analysis; *Journal of Affective Disorders* , Volume 135 , Issue 1 , 20 – 27
145. Kampman, O. et al. Temperament profiles, major depression, and response to treatment with SSRIs in psychiatric outpatients. *European Psychiatry* , Volume 27 , Issue 4 , 245 – 249
146. Bland & Altman, *Statistic Notes*, *BMJ* 1994; 308-896, <http://www.bmj.com/content/309/6949/248.full>

Анекс 1. ИНСТРУМЕНТ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Прилог 1:

ОПШТ ПРАШАЛНИК

1. ИМЕ И ПРЕЗИМЕ (тел. број за контакт)

2. ВОЗРАСТ: _____ години

3. СТЕПЕН НА ОБРАЗОВАНИЕ

А. Високо Б. Средно В. Основно Г. Без образование Д. Друго

4. БРАЧЕН СТАТУС

А. Во брак Б. Разведен (а) В. Има партнер(ка) Г. Сам(а) Д. Друго

5. РАБОТЕН СТАТУС:

А. Вработен(а) Б. Невработен(а) В. Пензионер Д. Социјална помош Ѓ. Друго

6. ЖИВЕЕ ВО ЗАЕДНИЦА СО:

А. Брачен партнер Б. Партнер В. Со потесна фамилија Г. Со пријатели Д. Сам(а) Е. Друго

7. ВО ДЕТСТВОТО ЖИВЕЕЛ ВО ЗАЕДНИЦА СО:

А. Двата родители Б. Еден родител В. Разведени родители Г. Без родители Д. Друго

8. СЕГАШНА ДИЈАГНОЗА (според МКБ 10): _____

9. ПРВПАТ ДИЈАГНОСТИЦИРАНА ДЕПРЕСИВНА ЕПИЗОДА НА ВОЗРАСТ: _____ год.

10. БРОЈ НА ПРЕТХОДНИ ДЕПРЕСИВНИ КРИЗИ И ТРАЕЊЕ (број и време во месеци):

А. Без психотични елементи 1. _____ 2. _____

Б. Со психотични елементи 1. _____ 2. _____

11. ДИЈАГНОСТИЦИРАНО ДРУГО ПСИХИЧКО РАСТРОЈСТВО НА ВОЗРАСТ:

А. Дијагноза (според МКБ 10) _____

Б. Возраст _____

12. БРОЈ НА ХОСПИТАЛИЗАЦИИ ВО ПСИХИЈАТРИСКА УСТАНОВА

А. Депресивна епизода (број) _____

Б. Друго (дијагноза) _____ (број) _____

13. ДОСЕГАШЕН ТРЕТМАН СО: (може да се заокружат и повеќе одговори)

А. ССРИ антидепресиви (наведи кој) _____

Б. Трициклични антидепресиви

В. Анксиолитици Г. Антипсихотици Д. Стабилизатори на расположение

14. СЕГАШЕН ТРЕТМАН СО: (може да се заокружат и повеќе одговори)

А. ССРИ антидепресиви (наведи кој) _____

Б. Трициклични антидепресиви

В. Анксиолитици Г. Антипсихотици Д. Стабилизатори на расположение

Прилог 2:

ИНВЕНТАР НА БЕК

BECK INVENTORY

Во овој прашалник има групи на искажувања. Внимателно прочитај ја секоја група на искажувања. После тоа од секоја група одбери едно од искажувањата и тоа оноа кое најдобро опишува како си се чувствувал(а) во последните две недели, вклучувајќи како се чувствуваш и денес. Заокружи го бројот пред искажувањето што ќе го одбереш. Доколку повеќе искажувања во една група опишуваат подеднакво добро како си се чувствувал(а) во последните две недели, заокружи го секое од нив. Внимавај прво да ги прочиташ сите искажувања од групата, пред да го одбереш она кое најмногу Ти одговара.

- | | | |
|-----|---|---|
| 1. | 0 | Јас не сум тажен/тажна |
| | 1 | Јас сум тажен/тажна |
| | 2 | Јас сум постојано тажен/тажна и не сум во состојба да излезам од тоа |
| | 3 | Јас сум толку тажен/тажна или несреќен/несреќна што не можам тоа да го поднесам |
| 2. | 0 | Јас не сум особено обесхрабрен(а) во поглед на иднината |
| | 1 | Јас сум обесхрабрен(а) во поглед на иднината |
| | 2 | Јас чувствувам дека нема што убаво да очекувам |
| | 3 | Чувствувам дека иднината е без надеж и дека работите нема да се подобрат |
| 3. | 0 | Јас не се чувствувам промашено |
| | 1 | Чувствувам дека имам повеќе промашувања од просечна особа |
| | 2 | Кога размислувам за животот што сум го минал(а), се што гледам се промашувања |
| | 3 | Чувствувам дека сум комплетно промашен(а) како личност |
| 4. | 0 | Јас наоѓам исто задоволство во работите како секогаш |
| | 1 | Јас не уживам во работите како што го правев тоа порано |
| | 2 | Јас повеќе не наоѓам вистинско задоволство во било што |
| | 3 | Јас сум незадоволен/незадоволна или се ми е досадно |
| 5. | 0 | Јас не се чувствувам особено виновен/виновна |
| | 1 | Јас се чувствувам виновен/виновна голем дел од времето |
| | 2 | Јас најчесто се чувствувам виновен/виновна |
| | 3 | Јас постојано се чувствувам виновен/виновна |
| 6. | 0 | Јас не чувствувам дека сум казнет(а) |
| | 1 | Чувствувам дека би можел(а) да бидам казнет(а) |
| | 2 | Очекувам да бидам казнет(а) |
| | 3 | Чувствувам дека сум казнет(а) |
| 7. | 0 | Јас не сум разочаран(а) од самиот/самата себе |
| | 1 | Јас сум разочаран(а) од самиот/самата себе |
| | 2 | Одвратен/одвратна сум си себе си |
| | 3 | Се мразам себе си |
| 8. | 0 | Не чувствувам дека сум полош(а) од било кој друг |
| | 1 | Јас сум критичен/критична во поглед на моите слабости и грешки |
| | 2 | Јас постојано се обвинувам себе си за моите грешки |
| | 3 | Се обвинувам себе си за се лошо што ќе се случи |
| 9. | 0 | Јас не размислувам да се убијам |
| | 1 | Јас размислувам да се убијам, но никогаш нема да го направам тоа |
| | 2 | Јас сакам да се убијам себе си |
| | 3 | Јас би се убил(а) доколку ми се пружи шанса |
| 10. | 0 | Јас не плачам повеќе од вообичаено |
| | 1 | Јас сега плачам повеќе од вообичаено |
| | 2 | Јас сега постојано плачам |
| | 3 | Јас имав обичај да плачам, но сега не сум во состојба иако сакам |
| 11. | 0 | Јас не сум пораздразнет(а) сега од вообичаено |
| | 1 | Јас се вознемирувам или раздразнувам полесно од вообичаено |

-
- | | | |
|-----|---|--|
| | 2 | Јас постојано се чувствувам раздразнет(а) |
| | 3 | Јас воопшто не се раздразнувам од работи кои порано ме раздразнуваа |
| 12. | 0 | Јас не сум го загубил(а) интересот кон другите луѓе |
| | 1 | Јас сум помалку заинтересиран(а) за други луѓе одошто бев порано |
| | 2 | Јас воглавно го имам загубено интересот кон другите луѓе |
| | 3 | Јас потполно го имам загубено интересот кон другите луѓе |
| 13. | 0 | Јас донесувам одлуки за работите како секогаш |
| | 1 | Јас почесто од порано го одложувам донесувањето одлуки |
| | 2 | Јас имам поголеми тешкотии во донесувањето одлуки од порано |
| | 3 | Јас повеќе не сум во состојба да донесам било каква одлука |
| 14. | 0 | Јас не чувствувам дека изгледам полошо од вообичаено |
| | 1 | Загрижен(а) сум дека изгледам стар(а) и непривлечен/непривлечна |
| | 2 | Чувствувам дека има трајни промени во мојот изглед кои ме прават непривлечен(на) |
| | 3 | Верувам дека изгледам грдо |
| 15. | 0 | Јас можам да сработам се, исто како и порано |
| | 1 | Ми треба додатен напор да започнам да работам било што |
| | 2 | Треба да вложам голем напор да се присилам себе си да сработам нешто |
| | 3 | Јас не сум во состојба да сработам било што |
| 16. | 0 | Спијам исто толку добро како секогаш |
| | 1 | Не спијам толку добро како порано |
| | 2 | Се будам 1-2 часа порано од вообичаено и тешко ми е повторно да заспијам |
| | 3 | Се будам неколку часа порано од вообичаено и тешко ми е повторно да заспијам |
| 17. | 0 | Јас не чувствувам дека сум поуморен/поуморна од вообичаено |
| | 1 | Јас полесно се заморувам од порано |
| | 2 | Јас се заморувам било што да правам |
| | 3 | Јас сум преуморен(а) да правам било што |
| 18. | 0 | Мојот апетит не е полош од вообичаено |
| | 1 | Мојот апетит не е толку добар како вообичаениот |
| | 2 | Мојот апетит е полош од вообичаениот |
| | 3 | Јас повеќе немам никаков апетит |
| 19. | 0 | Јас немам загубено позначителна тежина во последно време |
| | 1 | Јас имам загубено повеќе од 2-3 килограми |
| | 2 | Јас имам загубено повеќе од 5 килограми |
| | 3 | Јас имам загубено повеќе од 7 килограми |
| 20. | 0 | Јас не сум позагрижен(а) за моето здравје од вообичаено |
| | 1 | Јас сум загрижен(а) за здравствени проблеми како грчеви и болки; или стомачни тегоби; или запек |
| | 2 | Јас сум толку многу загрижен(а) за здравствени проблеми, што ми е тешко да мислам за други работи |
| | 3 | Јас сум толку многу загрижен(а) за здравствени проблеми што не сум во состојба да мислам на било што друго |
| 21. | 0 | Не сум забележал(а) никаква промена во мојот сексуален интерес во последно време |
| | 1 | Јас сум помалку заинтересиран(а) за секс одошто вообичаено бев |
| | 2 | Јас сум сега многу помалку заинтересиран(а) за секс |
| | 3 | Јас потполно го имам загубено интересот за секс |

Датум: _____

Temperament and Character Inventory - R (revised) ; Cloninger et all.

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ: _____ ПОЛ: Ж / М

Во овој прашалник се наоѓаат изјави со кои луѓето би можеле да ги опишуваат своите ставови, интереси и чувства.

Кај секоја изјава ве молиме да го напишете бројот пред секое тврдeње односно опис како обично или најчесто се однесувате или осекате. Треба да напишете број кај секоја изјава.

1. ПОТОЛНО НЕВИСТИНИТО
2. ВОГЛАВНО ВИСТИНИТО
3. НИТУ ВИСТИНИТО НИТУ НЕВИСТИНИТО, ИЛИ ПОДЕДНАКВО ВИСТИНИТО И НЕВИСТИНИТО
4. ВОГЛАВНО ВИСТИНИТО
5. ПОТПОЛНО ВИСТИНИТО

Секоја изјава треба внимателно да ја прочитате и да одговорите, но без долго размислување.

Ве молиме да одговорите на секоја изјава дури и кога не сте потполно сигурни во одговорот.

Кога одговарате на изјавите изберете одговор кој покажува како најчесто или обично се осекате или однесувате, а не како се чувствувате во моментот.

Имајте во предвид дека не постојат точни или неточни одговори- едноставно треба да ги опишате личните мислења и чувства.

- 1. Често испробувам нови работи поради забава или поради возбуда, дури ако повеќето луѓе мислат дека тоа е губење време
- 2. Обично сум уверен/а дека се ќе пројде добро, дури и во оние ситуации кои ги загрижуваат другите луѓе
- 3. Често имам чувство дека сум жртва на околности
- 4. Обично ги прифаќам луѓето какви што се, дури и кога се доста поразлични од мене
- 5. Повеќе сакам предизвикувачки отколку посмирени работи
- 6. Често имам чувство дека мојот живот има мала цел или значење
- 7. Сакам да помогнам да се најде решение на проблемот за да можат сите да продолжат напред
- 8. Обично едвај чекам да почнам да ја работам работата која мора да ја завршам
- 9. Често сум напнат/а и загрижен/а во непознати ситуации, дури и ако другите мислат дека нема зошто да се грижам
- 10. Често ги работам работите како се осекам во тој момент, не размислувајќи како сум ги работел во минатото
- 11. Обично работите ги работам на свој начин, порадо отколку да попуштам на желбите на други луѓе
- 12. Често имам силно чувство на поврзаност со се околу мене
- 13. Би сторил скоро се што е законски со цел да станам богат и славен, дури и по цена да ја изгубам довербата од повеќето мои пријатели
- 14. Доста сум порезервиран/а и повеќе се контролирам отколку повеќето други луѓе
- 15. Повеќе сакам да разговарам за своите чувства и искуства со блиски луѓе, отколку да ги задржувам за себе
- 16. Имам помалку енергија и побргу се заморувам од повеќето луѓе
- 17. Ретко се чувствувам слободен да избирам што сакам да правам
- 18. Ми се чини дека не ги разбираам добро повеќето луѓе
- 19. Често избегнувам да запознавам нови луѓе бидејќи ми недостасува самоверба со луѓе кои не ги познавам
- 20. Сакам да им удоволувам на другите луѓе колку што можам
- 21. Често сакам да сум попатетен од сите други
- 22. Ниедна работа не ми е претешка за да не се обидам да ја направам најдобро што знам
- 23. Често чекам некој друг да најде решение за моите проблеми
- 24. Често трошам пари додека не ја потрошам целата готовина или додека не западнам во долгови бидејќи сум го преминал/а дозволеният минус на сметката
- 25. Често имам неочекувани настани на увид во себе или саморазбирање додека се релаксирам
- 26. Не ме загрижува дали јас им се допаѓам на другите луѓе, или пак начинот на кој ги правам работите
- 27. Обично се обидувам да добијам она што го сакам за себе, бидејќи секако не е возможно да се задоволат сите други
- 28. Немам трпение со луѓе кои не ги прифаќаат моите гледишта
- 29. Понекогаш се чувствувам толку поврзан со природата што се' ми изгледа дел од еден ист животен процес
- 30. Кога треба да се запознаам со нови луѓе, посрамежлив сум од другите луѓе
- 31. Посентиментален сум од другите луѓе
- 32. Мислам дека повеќето работи кои се наречени чуда се само случајности
- 33. Кога некој ќе ме повреди на било каков начин, обично се трудам да му вратам
- 34. Моето однесување е во голема мерка водено од влијанија кои се надвор од моја контрола
- 35. Секој ден се трудам да направам уште некој чекор кон постигнување на моите цели
- 36. Ве молиме заокружете го бројот 4, зашто истиот служи за проценка
- 37. Јас сум доста амбициозна личност
- 38. Обично сум смирен и сигурен во ситуации кои повеќето луѓе би ги сметала физички опасни
- 39. Мислам дека не е паметно да им се помага на послаби луѓе кои сами себе не можат да си помогнат
- 40. Не ми можел да имам душевен мир ако постапувам нефер кон други луѓе, иако истите се нефер кон мене
- 41. Луѓето обично ми кажуваат како се чувствуваат
- 42. Понекогаш имам чувство дека сум дел од нешто што нема граници или лимити во времето и просторот
- 43. Понекогаш чувствувам духовна поврзаност со другите луѓе која што не можам да ја објаснам со зборови
- 44. Ми се допаѓа кога луѓето може да прават што сакаат, без строги правила и прописи
- 45. Кога не успевам во нешто, тогаш станувам уште поодлучен/а следниот пат подобро да ја завршам работата
- 46. Обично сум позагрижен од повеќето луѓе дека во иднина нешто може да тргне на лошо
- 47. Обично детално размислувам за сите факти пред да донесам одлука
- 48. Имам многу лоши навики кои би сакал да ги прекинам
- 49. Другите луѓе премногу ме контролираат
- 50. Сакам да сум услужлив кон луѓето
- 51. Често ми успева да ги наговорам другите да ми веруваат, дури и кога знам дека тоа што го зборувам е предимензионирано или неистинито
- 52. Понекогаш чувствувам дека мојот живот е воден од некоја духовна сила поголема од било кое живо суштество
- 53. Важам за личност која е доста практична и која не ја водат емоциите
- 54. Доста ме потресуваат сентиментални замолувања (на пр. кога ме замолуваат да помогнам на хендикепирани деца)
- 55. Обично сум доста одлучен да продолжам да работам долго откако другите луѓе веќе се откажале
- 56. Сум имал/а чувство на големо задоволство кога ми дошло чувство на јасно, длабоко единство со се што постои
- 57. Знаам што сакам да правам во мојот живот
- 58. Често не знам како да се справам со проблемите бидејќи едноставно не знам што да правам

-
- 59. Повеќе сакам да трошам пари отколку да штедам
 - 60. Често ме викаат „мала пчелка“ затоа што сакам напорно да работам
 - 61. Ако ми е незгодно или сум понижен, многу брзо тоа го преболувам
 - 62. Сакам да се стремам кон поголеми и подобри работи
 - 63. Обично барам многу добри практични причини пред да го променам начинот на кој ги правам работите
 - 64. Скор секогаш сум опуштен и безгрижен, дури и кога сите останати се преплашени
 - 65. Тажни песни и тажни филмови ми се досадни
 - 66. Околностите често ме принудуваат да правам работи спротивно на мојата волја
 - 67. Обично уживам да бидам лош кон некој кој исто бил лош кон мене
 - 68. Често станувам толку воодушевен со она што го правам што дури како да се губам во моментот- како да сум надвор од време и простор
 - 69. Не мислам дека имам вистински смисол и цел во мојот живот
 - 70. Често се осекам напнато и загрижено во непознати ситуации, дури и кога другите сметаат дека нема никаква опасност
 - 71. Често ги следам своите инстинкти, чувства или интуиција, без размислување за секој детал
 - 72. Сакам да се истакнам во се што работам
 - 73. Често чувствувам силна духовна и емоционална врска со луѓето околу мене
 - 74. Обично се обидувам да се замислам себеси „во кондурите на други луѓе“, за да можам подобро да ги разберам
 - 75. Принципи како праведност и чесност имаат мала улога во мојот живот
 - 76. Поработлив сум од повеќето луѓе
 - 77. Дури и кога повеќето други луѓе сметаат дека нешто не е важно, јас инсистирам работите да бидат направени беспрекорно и во ред
 - 78. Се осекам самоуверено и сигурно во себе во повеќето социјални ситуации
 - 79. На моите пријатели им е тешко да знаат што осекам бидејќи ретко зборувам за моите приватни мисли
 - 80. Со леснотија ги откривам своите чувства пред други
 - 81. Имам повеќе енергија и побавно се заморувам од другите луѓе
 - 82. Обично го прекинувам она што го работам бидејќи се загрижувам, дури и кога пријателите ми зборат дека се ќе биде добро
 - 83. Често посакувам да сум помокен од сите други луѓе
 - 84. Членовите на тимот ретко го добиваат својот заслужен дел
 - 85. Не го расипувам мојот комодитет за да им удоволам на други
 - 86. Со нови луѓе воопшто не сум срамежлив
 - 87. Повеќето од моето време го трошам правејќи работи кои се потребни, но всушност се неважни за мене
 - 88. Не мислам дека религиозните или етичките принципи затоа што е добро или лошо, треба да имаат влијание врз деловни одлуки
 - 89. Често се обидувам да ги ставам настрана моите сопствени мислења за да можам подобро да ги разберам доживувањата на другите луѓе
 - 90. Многу од моите навики ми отежнуваат во постигнување на корисни цели
 - 91. Имам направено вистински лични жртвувања со цел светот да стане подобро место - како на пр. обиди да се спречи војна, сиромаштија и неправедност
 - 92. Ми треба доста време да ми се допаднат други луѓе
 - 93. Ми прави задоволство да ги видам моите непријатели како страдаат
 - 94. Без разлика колку е тешка некоја работа, сакам што поскоро да ја започнам
 - 95. Често на другите луѓе им изгледам како да сум во друг свет бидејќи воопшто не сум во тек што се случува околу мене
 - 96. Обично сакам да останам ладнокрвен и дистанциран спрема другите луѓе
 - 97. Почесто се расплакувам на тажен филм од повеќето други луѓе
 - 98. Побрзо заздравувам од полесни болести или стрес од другите луѓе
 - 99. Често се чувствувам како да сум дел од некоја духовна сила од која зависи целиот живот
 - 100. Ми треба многу повеќе тренинг за да си подобрам моите навики пред да може да си верувам себеси во ситуации поврзани со предизвици
 - 101. Ве молиме заокружете го бројот 1 - зашто истиот служи за оценка
 - 102. Сакам да донесувам брзи одлуки, и веднаш да се зафатам со она што мора да се направи
 - 103. Обично сум самоуверен да полека може да ги направам работите кои многу други луѓе ги сметаат опасни (на пр. брзо возење кола по мокар или замрзнат коловоз)
 - 104. Сакам да испробувам нови начини на правење на работите
 - 105. Повеќе сакам да штедам пари отколку да ги трошам на забава или возбуда
 - 106. Сум имал лични искуства во кои сум се чувствувал поврзан со божествена или со некоја воздигнувачка духовна сила
 - 107. Имам премногу мани поради кои многу и не се сакам себеси
 - 108. Повеќето луѓе изгледаат многу посposобни од мене
 - 109. Често кршам правила и прописи кога мислам дека можам да поминам некажнето
 - 110. Дури и кога сум со пријатели, не сакам премногу да се „отварам“
 - 111. Што е работата потешка, повеќе ми се допаѓа
 - 112. Често ми се случува кога ќе погледнам во обични нешта, нешто прекрасно се случува - дури добивам чувство како да го гледам тоа за првпат
 - 113. Обично сам напнат и загрижен кога треба да работам нешто ново и непознато
 - 114. Нетрпелив сум да ја започнам било која задача која ми е доделена
 - 115. Мојата волја е премногу слаба за да одолеам на некои многу силни искушенија, иако знам дека ќе трпам последици поради тоа
 - 116. Кога сум вознемирен обично се осекам подобро во друштво отколку да сум сам
 - 117. Обично постигнувам повеќе отколку што очекуваат другите од мене
 - 118. Религиозните искуства ми помогнаа да ја разберам вистинската цел на мојот живот
 - 119. Често се форсирам повеќе од другите луѓе затоа што сакам да бидам што подобар/а
 - 120. Ве молиме заокружете го бројот 5, зашто истиот служи за проценка
 - 121. Обично се осекам посамуверено и поенергично отколку другите луѓе, дури и после полесна болест или стрес
 - 122. Кога ништо ново не се случува, обично почнувам да барам нешто возбудливо
 - 123. Сакам долго да размислувам за работите пред да донесам одлука
 - 124. Луѓето со кои сум во контакт мора да научат како да ги прават работите на мој начин
 - 125. Со повеќето луѓе воспоставувам топол однос
 - 126. Често ме опишуваат како натпросечно успешно лице
 - 127. Порадо би читал книга отколку да разговарам за своите чувства со друго лице
 - 128. Уживам во одмаздата кон луѓе кои знаат да повредат
 - 129. Ако нешто не оди според моите очекувања, попрво ќе се откажам отколку да сум истраен подолго време
 - 130. На другите луѓе им е едноставно емоционално да ми се приближат

-
- 131. Веројатно би останал/а опуштен и отворен во средба со група непознати луѓе, дури и ако ми е речено дека се непријателски расположени
 - 132. Ве молиме заокружете го бројот 2 - зашто истиот служи за проценка
 - 133. Генерално не сакам луѓе кои имаат различни идеи од мене
 - 134. Често одложувам со започнување некоја работа
 - 135. Обично ми успева да ја искривам вистината како би раскажал посмешна приказна или да се пошегувам на туѓа сметка
 - 136. Особено ми е тешко да се прилагодам на промените во начинот на кој ги вршам работите бидејќи станувам напнат, уморен или загрижен
 - 137. Поголем перфекционист сум од повеќето други луѓе
 - 138. Другите луѓе сметаат дека сум премногу независен бидејќи не сакам да го работам она што тие сакаат
 - 139. Штедам пари подобро отколку повеќето други луѓе
 - 140. Често се откажувам од некоја работа доколку трае подолго отколку што сум очекувал/а
 - 141. Дали нешто е добро или лошо е само работа на сопственото гледиште
 - 142. Доста учам од другите луѓе
 - 143. Верувам дека целиот живот зависи од некој духовен ред или сила која не може комплетно да биде објаснета
 - 144. Работите често ми тргнуваат на лошо ако не сум доволно внимателен
 - 145. Потешко се возбуждам околу нови идеи и активности отколку другите луѓе
 - 146. Веројатно можам да постигнам повеќе отколку што постигам, ама не гледам смисол да се форсирам повеќе отколку што е неопходно да се провлечам
 - 147. Обично избегнувам друштвени ситуации каде би морал да сретнам непознати лица дури и кога ме уверуваат дека ќе бидат пријателски расположени
 - 148. Често се чувствувам доста поврзано со луѓето околу мене како да нема граници помеѓу нас
 - 149. Во многу ситуации моите природни одговори се резултат на добрите вештини што ги имам развиено
 - 150. Често морам да го прекинам она што го работам бидејќи почнувам да се грижам што би можело да тргне на лошо
 - 151. Често ми викаат дека сум „отсутен со умот“, бидејќи толку сум концентриран/а на она што го работам да не забележувам ништо друго
 - 152. Често ги земам во предвид чувствата на друг како да се мои
 - 153. Обично ме опишуваат како лице со под просечен успех
 - 154. Поголемиот дел од времето би сакал да правам нешто малку ризично (на пр. возење со брз автомобил преку стрмни брда и кривини)-отколку да сум мирен и неактивен неколку часа
 - 155. Некои луѓе мислат дека сум премногу скржав или воздржан со своите пари
 - 156. Повеќе сакам со стари „испробани“ и „сигурни“ начини да ги правам работите отколку да испробувам „нови“ и „усовршени“
 - 157. Често правам работи за да се заштитат животните и растенијата од исчезнување
 - 158. Често се форсирам до состојба на исцрпеност или се обидувам да сработам повеќе отколку што вистински можам
 - 159. Не знам добро да се извлечам со добра приказна кога ќе ме фатат дека нешто лошо го сработувам
 - 160. Искуствата што се повторуваат ми даваат добри вештини кои се појаки од било кои моментални импулсивности или убедувања
 - 161. Мислам дека во иднина ќе имам многу среќа
 - 162. Брзо се „отварам“ пред други луѓе дури и кога не ги познавам добро
 - 163. Кога од прва нешто не ми успева, ми претставува особен предизвик да успеам во тоа
 - 164. Не мора да си нечесен за да успееш во бизнисот
 - 165. Во разговор сум подобар слушател од говорник
 - 166. Не би бил среќен во работа во која нема комуникација со други луѓе
 - 167. Моите ставови најчесто се под влијанија кои се надвор од моја контрола
 - 168. Често сакам да сум појак од сите други
 - 169. Често ми треба краток сон или додатно време за одмор бидејќи лесно се заморувам
 - 170. Тешко ми е да лажам дури и кога тоа значи да се поштедат нечији чувства
 - 171. Без обзир на некој привремен проблем кој треба да се реши, секогаш верувам дека се ќе испадне добро
 - 172. Тешко уживам во трошење пари на себе дури и кога имам доста заштедено
 - 173. Обично правам најдобри резултати кога сум под тешки околности
 - 174. Своите проблеми сакам да ги задржам за себе
 - 175. Имам бујна фантазија
 - 176. Повеќе сакам да останам дома отколку да патувам или да истражувам нови места
 - 177. Доста важни ми се искрените пријателствата
 - 178. Би сакал да останам вечно млад
 - 179. Сакам да прочитам се кога сум замолен да потпишам некои документи
 - 180. Мислам дека би останал самоуверен и опуштен при средба со непознати лица дури и кога ми е кажано дека се лути на мене
 - 181. Сметам дека е доста поважно да се биде сочувствителен и да се има разбирање за другите луѓе отколку да се биде практичен и неосетлив
 - 182. Често сакам да имам специјални моќи како Супермен
 - 183. Сакам да споделам со другите што сум научил
 - 184. Обично гледам на тешките ситуации како на предизвици или можности
 - 185. Повеќето луѓе што ги знам си гледаат само за себеси, без разлика дали некој ќе биде повреден
 - 186. Потребно ми е доста дополнителен одмор, поддршка или разбирање за да се опоравам од полесни болести или стрес
 - 187. Знаам дека постојат животни принципи кои никој не може да ги прекрши, а да не пострада на долги патеки
 - 188. Не сакам да сум побогат од другите
 - 189. Сакам да не се брзам со започнување на некоја работа, дури и кога е тоа нешто лесно
 - 190. Со задоволство ќе го жртвувам мојот живот за да го направам светот подобро место
 - 191. Кога мојата работа останува незабележана, тогаш станувам уште поодлучен/а да успеам
 - 192. Често сакам да го сопрам времето
 - 193. Не сакам да донесувам одлуки на основа на првите впечатоци
 - 194. Повеќе сакам да сум сам отколку да се носам со проблемите на други луѓе
 - 195. Не сакам да сум обожаван од другите луѓе
 - 196. Ми треба доста помош од други луѓе за да ги развијам моите вештини
 - 197. Работата сакам да ја завршам брзо и потоа доброволно да се јавам за уште работа
 - 198. Тешко ми е да ги толерирам другите луѓе кои се различни од мене
 - 199. Им припаѓам на оние кои сакаат одмазда кога се повредени
 - 200. Навистина сакам да сум зафатен со работа
 - 201. Се обидувам да соработувам со други колку што е можно повеќе

-
- 202. Често сум успешен благодарејќи на моите амбиции и труд
 - 203. Обично лесно ми е да ги сакам луѓето кои имаат различни мислења од мене
 - 204. Добрите вештини ми станаа како моја <<второ јас>>, ги употребувам автоматски и на спонтан начин цело време
 - 205. Не сакам да го менувам начинот на кој ги правам работите дури и кога доста луѓе ми зборат дека постои нов и подобар начин за тоа
 - 206. Мислам дека не е паметно да се верува во работи кои не можат научно да се објаснат
 - 207. Спремен сум да направам многу жртви за да успеам
 - 208. Сакам да ги замислувам моите непријатели како страдаат
 - 209. Ве молиме заокружете го бројот 3, зашто истиот служи за проценка
 - 210. Сакам да посветам внимание на деталите во се што работам
 - 211. Обично имам слобода да избирам што ќе правам
 - 212. Често толку многу се внесувам во тоа што го правам, што заборавам за кратко каде сум
 - 213. Сакам другите луѓе да знаат дека навистина ми значат
 - 214. Поголемиот дел од времето повеќе би сакал да работам нешто ризично (на пр. летање со змеј или скокање со падобран)-отколку да бидам мирен и неактивен неколку часа
 - 215. Како често импулсивно трошам пари, тешко ми је да заштедам, дури и за посебни планови како што е летување
 - 216. Често попуштам на желбите на пријателите
 - 217. Никогаш не се грижам за страшни работи кои би можеле да се случат во иднина
 - 218. На луѓето им е лесно да ми се обратат за помош, за сочувство и топло разбирање
 - 219. Најчесто брзо заборавам ако некој ми направи нешто лошо
 - 220. Мислам дека моето природно однесување е во склад со моите принципи и долгорочни цели
 - 221. Препочитам некој друг да преземе лидерска улога при завршување на некоја работа
 - 222. Забавно ми е да си купувам работи себеси
 - 223. Имам искуства кои толку многу ми ја појаснија мојата животна цел, што ме направи да се чувствувам многу возбудено и среќно
 - 224. Обично ги респектирам мислењата на другите
 - 225. Моето однесување е главно водено од одредени цели кои си ги имам поставено за мојот живот
 - 226. Глупаво е да го промовираш туѓиот успех
 - 227. Често сакам вечно да живеам
 - 228. Кога ми укажува некој на моите грешки, посебно ќе се потрудам да ги исправам
 - 229. Нема да се откажам од она што го работам затоа што сум имал долга низа неочекувани неуспеси
 - 230. Во се' што се обидувам да работам обично ме следи среќа
 - 231. Би сакал да изгледам подобро од другите
 - 232. Извештаите за мистични искуства се веројатно само пусти желби
 - 233. Правата на поединецот се поважни од потребите на било која група
 - 234. Нечесноста создава само проблеми, посебно ако бидеш фатен во нив
 - 235. Добрите навики ми олеснуваат да ги направам работите како што сакам
 - 236. Други луѓе или настани се често виновни за моите проблеми
 - 237. Обично можам да бидам во движење цел ден, а да не бидам фокусирам на тоа
 - 238. Сакам да бидам најдобар во се што работам
 - 239. Скоро секогаш детално ги разгледувам сите фактори пред да донесам одлука, дури и кога другите бараат брза одлука
 - 240. Кога треба нешто да се направи, брзо сам доброволно се јавувам