

Суровцева Альфира Касимовна

**КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА
ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата психологических наук

по специальности 19.00.04 – медицинская психология

Работа выполнена в Государственном учреждении Научно-исследовательском институте психического здоровья Томского научного центра СО РАМН.

Научный руководитель: доктор психологических наук, профессор
Залевский Г.В.

Научный консультант: доктор медицинских наук, профессор
Корнетов Н.А.

Официальные оппоненты: доктор психологических наук
доктор медицинских наук

Ведущее учреждение:

Защита состоится «22» «июня» 2005 г. на заседании Диссертационного совета Д 212.267.16 в Томском Государственном университете.

Адрес: 634050, г.Томск, пр. Ленина, 36.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке университета.

Автореферат разослан «19» «мая» 2005 г.

Ученый секретарь Диссертационного совета,
кандидат психологических наук

Т.Г. Бохан.

Общая характеристика работы

Актуальность темы. Депрессивные расстройства являются одними из самых распространенных среди психических заболеваний, по данным различных эпидемиологических исследований ею страдают от 5% до 20% населения, поэтому изучение депрессивных расстройств имеет большое практическое значение (Вертоградова О.П., 1997; Краснов В.Н., 1999; Корнетов Н.А., 2001; Смулевич А.Б., 2000; Бобров А.С. 2001; Angst J., 1992; Angst J., Dobler-Mikola A., 1983). В последнее время наметилась тенденция к развитию интегративных «биопсихосоциальных» моделей депрессии, согласно которым, в этиологии депрессивных расстройств выявляются сложные взаимодействия стрессовых средовых факторов и индивидуальных черт предрасположенности (Whybrow P.C., Akiskal H.S., McKinney W.T., 1984; Gilbert P., 1992; Hautzinger, de Jong-Meyer, 1994; Перре М., Бауманн У., 2003; Залевский Г.В., 2003; Корнетов Н.А., 2003). Комплексный подход к изучению депрессии подразумевает исследование социально-психологических факторов: особенностей социальной адаптации, социальной интеграции, материальных условий жизни, также принимается во внимание качество жизни пациентов. Под понятием «качество жизни», в клинической психологии и медицине, понимается «описание соматических, ментальных, социальных, психических и функциональных аспектов самочувствия и функциональных способностей пациентов с их собственной точки зрения» (Bullinger M., et. al., 1996). М. Перре У. Бауман (2003) подчеркивают, что учет социальных факторов и качества жизни являются рациональными для клинической практики и имеют большое значение именно для практики.

Многочисленные исследования показывают, что психические расстройства даже субклинического уровня вызывают значительное ухудшение всех параметров качества жизни больных. Их показатели хуже, чем у пациентов с общемедицинскими заболеваниями (Spizer R.L., Kroenke K., Linzer M., 1995; Bennett K.M., 1996; Turner R.R., 1994). Вместе с тем вопросы влияния депрессивных расстройств на качество жизни остаются малоизученными, что определяет актуальность их исследования.

Цель исследования: выявить особенности субъективной оценки качества жизни депрессивных больных во взаимосвязи с их личностными, социально-демографическими характеристиками, нозологической структурой депрессивного расстройства.

Задачи исследования:

1. Установление взаимосвязей между выраженностью депрессивных расстройств, тревогой и степенью неудовлетворенности своим качеством жизни и социальным функционированием у депрессивных больных.
2. Выявление особенностей субъективной оценки качества жизни больных, с учетом личностных характеристик, социально-демографических факторов и нозологической структуры депрессивного расстройства.
3. Изучение влияния депрессивных расстройств, тревоги на структуру показателей степени удовлетворенности различными сферами жизни: семейной, профессиональной, досуговой, социальной, а также социальным функционированием депрессивных больных.
4. Исследование динамики показателей качества жизни и социального функционирования у депрессивных пациентов в ходе лечения.

Гипотеза исследования: субъективная оценка качества жизни больных депрессивными расстройствами, не имеет линейной взаимосвязи с тяжестью заболевания, а определяется совокупностью факторов, связанных с личностными особенностями (выраженностью интроверсии, ригидности, дистимии, тревожности), социальными факторами (широтой социальных связей, социальным статусом, семейным положением, психотравмирующими обстоятельствами), а также с биологическими механизмами патогенеза депрессивных расстройств (полом, возрастом, нозологической структурой депрессивного расстройства).

Объект исследования: субъективная оценка качества жизни и социального функционирования депрессивных больных.

Предмет исследования: соотношение и взаимосвязь показателей качества жизни, определяющих чувство удовлетворенности жизнью и эмоциональное состояние людей, с уровнем выраженности депрессии, тревоги, личностными

особенностями, социально-демографическими характеристиками депрессивных больных, динамика этих показателей в ходе лечения.

Теоретико-методологическая база исследования: Данное исследование основывается на теоретических принципах интегративной «биопсихосоциальной» модели психических заболеваний, которая подразумевает комплексный клинико-психологический подход, учет биологических, психологических и социальных влияний в изучении этиологии психических заболеваний, в том числе депрессивных расстройств. (Whybrow P.C., Akiskal H.S., McKinney W.T., 1984; Gilbert P., 1992; Hautzinger, de Jong-Meyer, 1994; Перре М., Бауманн У., 2003; Залевский Г.В., 2003; Корнетов Н.А., 2003). Теория отношений В.Н. Мясищева (1960), согласно которой главной характеристикой личности является система ее отношений, представляющая собой избирательную психологическую связь с различными сторонами жизни, положение о зависимости внешних условий существования индивида (социальных, экономических, бытовых) и формирования личности. Взгляд на нервно-психические заболевания как на результат столкновения значимых отношений с неприемлемыми для человека жизненными ситуациями.

Научная новизна исследования: новой является комплексная психодиагностическая и клинико-психопатологическая оценка депрессивных больных, с учетом субъективной оценки удовлетворенности качеством жизни и социальным функционированием, на основе биопсихосоциального подхода. Впервые показано влияние депрессивных расстройств на качество жизни, определяемое как чувство удовлетворенности отдельными сферами жизнедеятельности, и уровень социального функционирования в зависимости от нозологической структуры депрессивного расстройства, личностных особенностей и социально-демографических характеристик. Впервые наиболее уязвимые области жизнедеятельности и социального функционирования депрессивных больных структурированы по степени иерархической значимости. Новым является обнаружение специфической, отрицательной линейной взаимосвязи в динамике показателей качества жизни и социального

функционирования, уровня депрессии и тревоги у пациентов, страдающих депрессивными расстройствами в ходе проводимого лечения.

На основании исследования коррелированности шкал по оценке уровня депрессии (Бека), уровня тревоги (Шихана) и шкалы для оценки социального функционирования и качества жизни (ШССА) впервые показана возможность использования шкалы самооценки социальной адаптации (ШССА) в качестве надежного, стандартизированного инструмента для динамичной оценки эффективности проводимой терапии.

Практическая значимость исследования: использование в клинической практике стандартизированной оценки уровня качества жизни и социального функционирования, наряду с применением клинических шкал по оценке степени выраженности депрессии и тревоги, дают более полное комплексное представление о выраженности психического расстройства, позволяют провести динамическую оценку эффективности проводимой терапии. Выявленные особенности снижения качества жизни и социального функционирования депрессивных пациентов, в зависимости от нозологической структуры депрессивного расстройства, личностных особенностей, социально-демографических характеристик дают возможность разрабатывать дифференцированные программы по реабилитации пациентов, страдающих депрессивными расстройствами.

Полученные данные могут быть полезны для клинических психологов и врачей-психиатров, работающих в рамках стационарной и амбулаторной психиатрической помощи.

Результаты внедрены в клиническую практику Клиники ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН.

Положения, выносимые на защиту:

1. Степень снижения качества жизни и социального функционирования депрессивных больных зависит от комплекса причин: биологических (возраст, пол, нозологическая структура депрессивного расстройства); психологических (выраженность интроверсии, дистимии, ригидности, тревожности); социальных факторов (психотравмирующие обстоятельства).

2. Степень удовлетворенности качеством жизни и уровнем социального функционирования у пациентов, страдающих депрессивными расстройствами, носит иерархический характер, с наличием наибольшей уязвимости умения взаимодействовать со средой (утратой «чувства контроля» жизни, способности организовывать свое окружение согласно своим потребностям и желаниям), сферы досуга, работы, отношений вне семьи.
3. Отмечается взаимосвязь между улучшением показателей качества жизни и социального функционирования и уменьшением степени выраженности уровня депрессии и тревоги у пациентов, страдающих депрессивными расстройствами.

Публикации и апробация результатов исследования: По материалам диссертации опубликовано 13 работ, список которых приводится в конце автореферата.

Результаты работы докладывались на: научно-теоретической конференции ГУ НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН (1999 г.) - «Методологические проблемы изучения качества жизни в медицине»; Международной научно-практической конференции «Качество – стратегия XXI века» (г. Томск, 11-12 ноября 1998 г.) - «Качество жизни в системе «врач-больной»»; I-ой Всероссийской междисциплинарной конференции по проблемам депрессивных и связанных с ними расстройств «Депрессивные расстройства: фундаментальные, клинические, образовательные и экзистенциальные проблемы» (г.Томск, 22-24 апреля 2003 г.) - «Взаимосвязь тяжести депрессивных расстройств и уровня социальной адаптации»; Российской конференции «Аффективные и шизоаффективные расстройства» (г. Москва 1-3 октября 2003 г.) – постерный доклад «Влияние депрессивных расстройств на социальную адаптацию»

Объем и структура работы: Диссертация изложена на 158 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов, двух глав с результатами собственного исследования, заключения, выводов, списка литературы (223 источника, из которых 115 –

отечественные) и приложений. Работа иллюстрирована 24 таблицами и 22 рисунками.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **введении** описывается актуальность проблемы, излагается методологический подход и степень изученности проблемы, формулируется цель, задачи исследования, новизна, практическая значимость, положения выносимые на защиту.

Первая глава, «Качество жизни депрессивных больных», состоящая из 6 параграфов, посвящена проблемам исследования качества жизни депрессивных больных. В ней обсуждаются вопросы, связанные с изучением социально-психологических аспектов депрессии, обосновывается необходимость включения в клиническую практику субъективных переживаний депрессивных пациентов. Отмечено, что депрессивные расстройства приводят к выраженному снижению качества жизни больных, психосоциальные нарушения являются наиболее распространенными последствиями депрессии. Изучение качества жизни является на сегодняшний день малоизученной областью, но имеет большое практическое значение для психиатрии и клинической психологии. Изменение в ходе терапии показателей, определяющих качество жизни, может считаться самым точным маркером эффективности терапии. Рассматриваются различные подходы в изучении качества жизни. Логика нашего исследования требовала привлечения психологической модели измерения качества жизни, которая построена на утверждении, что истинное значение качества жизни отражено в субъективных ощущениях, формирующихся на уровне интеллектуального развития индивида, его жизненного опыта и эмоционального состояния (Давыдова В.В., Давыдов А.А., 1993).

Комплексный подход к изучению депрессии подразумевает исследование взаимовлияний социально-психологических факторов и депрессивных расстройств и их влияния на качество жизни депрессивных больных. Объединить эти подходы можно, основываясь в своих исследованиях на теоретических принципах интегративной «биопсихосоциальной» модели

депрессии, которая подразумевает комплексный клинико-психологический подход, учет биологических, психологических и социальных влияний в изучении этиологии депрессивных расстройств.

Вторая глава, «Материалы и методы», состоит из 3 параграфов.

Материалы исследования. Исследование проводилось на базе отделения аффективных состояний Клиники ГУ НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН. Все испытуемые имели верифицированный диагноз одного из следующих депрессивных расстройств: депрессивный эпизод (ДЭ), рекуррентная депрессия, текущий депрессивный эпизод (РДР), биполярное расстройство настроения, текущий депрессивный эпизод (БАР), депрессивная реакция (ДР). Диагностика осуществлялась в соответствии с критериями МКБ-10, врачом-психиатром. По степени тяжести заболевания группы разделялись на легкую, умеренную, тяжелую без психотических симптомов, тяжелую с психотическими симптомами. Выборка формировалась путем рандомизированного отбора испытуемых из госпитализированных в клинику больных депрессией. Все больные были обследованы до и через 28 дней психофармакологического лечения. Изучалось влияние депрессивных расстройств на субъективную оценку качества жизни (КЖ), уровень социального функционирования (СФ), динамика этих параметров в процессе лечения, личностные особенности больных, в зависимости от диагноза и степени выраженности депрессивных симптомов в ходе проводимой терапии. Учитывались демографические характеристики больных: возрастной, половой состав, образовательный уровень, трудовой и социальный статус. Сформированная группа включала в себя 72 человека: из них 44 женщины (61%) и 28 мужчин (39%). Средний возраст группы составил $39 \pm 1,7$ (M \pm m) лет. Среди них доля пациентов: с депрессивным эпизодом (ДЭ) составила 39% (28) человек, с рекуррентным депрессивным расстройством (РДР) – 32% (23) человека, с биполярным аффективным расстройством (БАР) – 5% (4) человека, с депрессивной реакцией – 24% (17) человек. У 44 (61%) пациентов была клинически выявлена умеренная тяжесть депрессивного расстройства, 11 (15%) человек имели тяжелую форму заболевания: из них 3 с психотическими

симптомами, у 17 (24%) больных была легкая степень выраженности депрессии.

Методы исследования. Для решения поставленных задач нами использовались методы: психодиагностический, психометрический, клинко-психопатологический и статистический. Исследование проводилось при помощи комплекса валидизированных и стандартизированных клинических и психологических методик. Основным инструментом, использованным в работе, была шкала социальной адаптации (ШССА) (Bosc M., Dubini A., Polin V., 1997), которая позволила оценить степень снижения и особенности субъективной оценки КЖ и СФ обследованных депрессивных больных. Для определения степени тяжести депрессии использовалась шкала депрессии Бека (Beck et al. 1961). Для оценки уровня тревоги использовалась шкала тревоги Шихана (Sheehan D.V., 1983). Для изучения личностных особенностей респондентов использовались клинко-диагностический тест СМИЛ (Собчик Л.Н., 1990; 2002) и личностный опросник Леонгарда-Шмишека («Психологические тесты», 1995) для выявления акцентуаций и патологии характера.

Статистические методы обработки данных. Производились расчеты средней арифметической, стандартной ошибки средней арифметической для количественных показателей, стандартной девиации для количественных показателей. При обработке данных применялись следующие статистические приемы: корреляционный анализ по Пирсону, ранговый корреляционный анализ по Спирмену, однофакторный дисперсионный анализ, факторный анализ, метод X^2 . Статистическая обработка данных проводилась на персональном компьютере с применением пакета стандартных прикладных программ Statistica for Windows (V. 5.5).

В третьей главе, **«Качество жизни и социальное функционирование больных депрессивными расстройствами»**, состоящей из двух параграфов, приводится описание особенностей субъективной оценки КЖ и СФ депрессивных больных. **Первый параграф**, «Особенности субъективной оценки качества жизни пациентов с депрессивными расстройствами до начала лечения», посвящен анализу особенностей

субъективной оценки КЖ и СФ (по ШССА) больных депрессивными расстройствами в их взаимосвязи с уровнем выраженности депрессии (по Беку) и тревоги (по Шихану), на момент поступления в стационар. Было выделено три группы пациентов. Группа I – выраженное снижение КЖ и СФ, численностью 14 человек (19%), группа II - пациенты с затрудненным СФ и неудовлетворительным КЖ - 45 человек (63%) и группа III - пациенты с удовлетворительным КЖ и СФ - 13 человек (18%). Средний показатель по шкале ШССА составил $28 \pm 1,1$ ($M \pm m$) баллов (при норме 35 баллов и выше). У 65 человек по (89%), шкале Бека, выявлялась депрессия, доходящая до уровня клинического нарушения, из них у 56 человек (73%) уровень депрессии, требующий антидепрессивного лечения. У 6 (10%) человек уровень депрессии был на уровне субнормы, у одного (1%) на уровне нормы. Средний показатель по данной шкале был $30 \pm 1,1$ ($M \pm m$) (при норме до 14 и субнорме до 19 баллов). Сходная картина наблюдалась при оценке тревоги (по шкале Шихана). У 62 (86%) наблюдались симптомы тревоги клинического уровня выраженности, из них у 22 (31%) очень высокий уровень тревоги. Среднее значение по данной шкале, заполненной в день поступления, было $67 \pm 4,1$ ($M \pm m$) баллов (при норме до 20 баллов и субнорме до 30 баллов).

Корреляционный анализ по Пирсону выявил статистически достоверную взаимосвязь снижения КЖ и СФ с уровнем выраженности депрессии ($r = -60$, $p < 0,05$) и тревоги ($r = -34$, $p < 0,05$).

Межгрупповые различия больных с разной степенью снижения КЖ и СФ. Сравнение больных с разным уровнем снижения КЖ и СФ по возрасту, показало связь молодого возраста с большей удовлетворенностью жизнью, возраст выше 40 лет у депрессивных больных был связан с низкими оценками КЖ и СФ. С возрастом депрессивные расстройства приводят к более выраженному снижению КЖ и СФ. Данные таблицы 1 отражают возрастную динамику больных с разным уровнем снижения КЖ и СФ.

Таблица 1 – Средний возраст больных депрессивными расстройствами с разным уровнем нарушения КЖ и СФ

Группы	Возраст в годах (M±m)	Возраст в годах (M±m)	Возраст в годах (M±m)
	женщины	мужчины	Общий
I	58±1,4	31±1,4	44±1,4
II	40±1,5	36±1,9	39±1,6
III	37±1,5	33±1,8	35±1,6

Сравнение групп по нозологии показывает преобладание в I группе больных с РДР, текущим ДЭ, во II группе больных с однократным ДЭ, в III группе больных с депрессивной реакцией. Распределение больных с разной степенью удовлетворенности КЖ и СФ по нозологии до начала лечения отражено на рисунке 1.

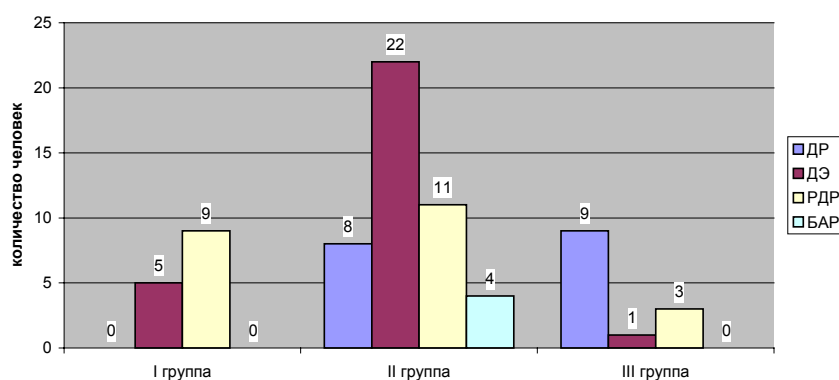


Рисунок 1 - распределение больных с разной степенью нарушения КЖ и СФ по нозологии до начала лечения

Распределение больных с разным уровнем снижения КЖ И СФ в зависимости от тяжести заболевания показала несовпадение клинической оценки с субъективной оценкой тяжести своего состояния пациентом (по шкале Бека).

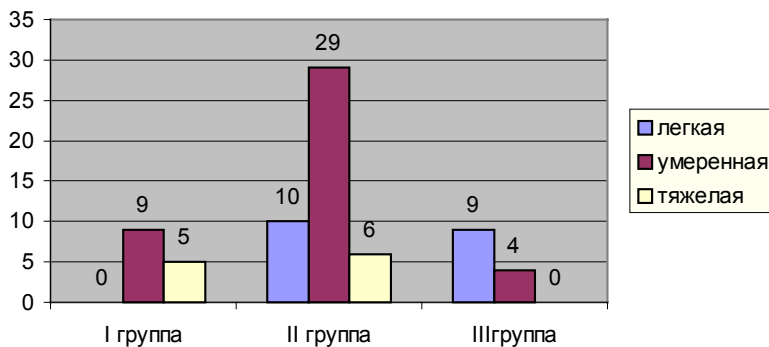


Рисунок 2 - Распределение больных по тяжести заболевания с разной степенью нарушения КЖ и СФ до начала лечения

Распределение больных по тяжести заболевания с разной степенью удовлетворенности КЖ и СФ отображено на рисунке 2. Также отмечено, что тяжесть заболевания влияет на уровень КЖ и СФ сильнее у мужчин, у женщин такой зависимости не наблюдалось.

Корреляционный анализ по К. Пирсону, на уровне достоверности $p < 0,05$, выявил наиболее тесную взаимосвязь между депрессией (по шкале Бека) и: утратой «чувства контроля» своей жизни, то есть способности организовывать свое окружение согласно своим потребностям $r = -0,46$; неудовлетворенностью досугом $r = -0,46$; утратой чувства удовольствия от работы и снижением интереса к ней $r = -0,41$ и $r = -0,28$; снижением коммуникативной активности $r = -0,38$; сужением круга общения за пределами семьи $r = -0,36$; негативной оценкой своих отношений с другими людьми $r = -0,34$; чувством «отвергнутости» из своего круга $r = -0,33$; ощущением, что люди не часто ищут общения с респондентами $r = -0,31$; снижением поисковой активности и интереса к различной информации, культурной, технической, научной $r = -0,35$; неудовлетворенностью качеством свободного времени $r = -0,32$; снижением способности распоряжаться своими доходами и средствами $r = -0,31$; затруднением в выражении своего мнения $r = -0,30$. Тревога (по шкале Шихана) была связана с нарушением социальных связей: сужением круга общения $r = -0,48$, при оценке социальных отношений как очень важных для себя $r = -0,43$, коммуникативной пассивностью $r = -0,37$ и неудовлетворительной оценкой

имеющихся отношений $r=-0,28$. Также тревога была связана со снижением интереса к работе ($r=-0,30$, $p<0,05$) и досуговой деятельности ($r=-0,30$, $p<0,05$).

Таким образом, при поступлении в стационар, до начала фармакологического лечения 82% (59 человек) больных депрессивными расстройствами высказывали неудовлетворенность своим КЖ и СФ. Все пациенты, вошедшие в выборку, получали антидепрессивное лечение, с ними проводилась рациональная психотерапия.

Во втором параграфе «Особенности субъективной оценки качества жизни пациентов с депрессивными расстройствами на 28 день лечения» рассматриваются особенности оценки КЖ и СФ депрессивных больных через четыре недели лечения. Повторное заполнение пациентами, используемых шкал, показало изменение изучаемых характеристик в сторону улучшения, хотя средние показатели не достигли границ нормы. Средний балл по ШССА составил $33\pm 1,0$ ($M\pm m$) баллов, по шкале Бека - $24\pm 1,1$ ($M\pm m$) баллов, по шкале Шихана - $44\pm 3,6$ ($M\pm m$) баллов. Усреднение показателей отражает тенденцию к положительным изменениям. Следует отметить, что в 34 случаях (47%) было отмечено восстановление уровня КЖ и СФ, по шкале ШССА, до нормативных значений. Все эти случаи сопровождались уменьшением степени выраженности депрессии по шкале Бека и степени выраженности тревоги по шкале Шихана. Они высказывали бо́льшую удовлетворенность жизнью. У остальных пациентов, которые составили 38 человек (53%), сохранялась неудовлетворенность КЖ и затрудненное СФ, они подтверждали сохранение клинических симптомов депрессии во время беседы, также сохранялись высокие баллы по шкалам Бека и Шихана. В группе пациентов с затрудненным СФ и сниженным КЖ средний балл: по ШССА составил $28,4\pm 0,6$ ($M\pm m$) баллов; по шкале Бека $26,36\pm 0,95$ ($M\pm m$) баллов; по шкале Шихана $53\pm 3,2$ ($M\pm m$) балла. В группе пациентов удовлетворенных КЖ и СФ средний балл: по ШССА составил $39,95\pm 0,47$ ($M\pm m$) баллов; по шкале Бека $20,36\pm 0,75$ ($M\pm m$) баллов; по шкале Шихана $37\pm 3,28$ ($M\pm m$) баллов.

Повторное заполнение ШССА, через 28 дней лечения, должно было отразить возможное изменение субъективной оценки КЖ, в ходе проводимой

терапии. Корреляционный анализ по Пирсону данных по шкалам ШССА и Бека показал ($p < 0,05$), что по прежнему самой неудовлетворенной сферой является сфера досуга ($r = -51$) и неудовлетворенность качеством свободного времени ($r = -41$). Сохраняется неудовлетворенность отсутствием интереса к новой информации ($r = -41$), ощущением, что люди редко ищут общения с респондентами ($r = -39$), собственной коммуникативной пассивностью ($r = -38$), отсутствием интереса к работе ($r = -37$) и чувства удовольствия от работы ($r = -34$), трудностями в распоряжении своими доходами и средствами ($r = -36$). Высказывается неудовлетворенность отношениями в семье ($r = -35$). Тревога была сильнее привязана к неудовлетворенности досугом ($r = -42$), качеством свободного времени ($r = -34$), отсутствию интереса к работе ($r = -37$), отсутствию чувства удовольствия от работы ($r = -32$), своей коммуникативной пассивности ($r = -36$), сужению круга контактов ($r = -35$). В качестве положительных изменений можно отметить, что после 4 недель лечения, больными больше не высказывается ощущение утраты «контроля» своей жизни, способности организовывать свое окружение согласно своим потребностям, которое выявлялось до лечения.

Четвертая глава, «Личностные особенности и чувство удовлетворенности жизнью у депрессивных больных», состоящая из четырех параграфов, посвящена поиску протекторных факторов и факторов уязвимости, связанных с личностными особенностями, и определяющих степень снижения КЖ при депрессии. Для решения этой задачи были рассчитаны средние значения по опросникам СМИЛ и Леонгарда-Шмишека и исследованы соотношения между выявленными личностными особенностями больных и их субъективной оценкой удовлетворенности отдельными областями своей жизнедеятельности, а также были исследованы характерные личностные особенности депрессивных больных с разной степенью нарушения качества жизни. Уровень депрессии и тревоги контролировался шкалами Бека и Шихана.

В первом параграфе, «Личностные особенности и субъективная оценка качества жизни депрессивных пациентов», представлены результаты

исследования взаимосвязей между уровнем нарушения КЖ и СФ депрессивных пациентов и их личностными особенностями, оцененными опросником СМИЛ.

В ходе исследования выявились статистически достоверные связи между негативной субъективной оценкой КЖ и СФ депрессивных больных и такими личностными характеристиками как: пессимизм-гипотимия, интроверсия, ригидность и тревожность. Положительная корреляция отмечена между хорошим КЖ и оптимизмом, активностью, гипертимностью. Однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA) позволил выделить личностные характеристики, влияние которых на субъективную оценку КЖ депрессивных больных было наиболее выражено. На уровне значимости $P < 0,05$ было показано, что чувство неудовлетворенности жизнью зависит от уровня интроверсии (шкала 0) ($F=7,85$, $p=0,001$), пессимистичности-гипотимии (шкала 2) ($F=6,08$, $p=0,004$), от уровня ригидности (шкала 6) ($F=5,33$, $p=0,01$), от уровня тревоги (шкала 7) ($F=3,08$, $p=0,05$).

Для оценки веса, значимости выделенных факторов (личностных черт) влияющих на удовлетворенность жизнью был проведен факторный анализ. Использовался метод главных компонент, а также метод ортогонального вращения факторных нагрузок – варимакс нормализованный. По первому фактору наибольший вес имеют такие показатели как «эмоциональная напряженность - индивидуалистичность» (0,81), «тревога-психастения» (0,76) и «ригидность-паранойя» (0,76) - которые можно обозначить как «фиксированная тревожность», по второму фактору наибольший вес отмечен у показателей «депрессия» (0,80) и «интроверсия» (0,70). Эти факторы можно обозначить как «депрессивность» или «депрессивная эгоцентричность». Анализ полученных данных, позволяет сделать вывод о том, что данные личностные характеристики в сочетании с депрессивным расстройством обуславливают наиболее выраженное снижение КЖ.

Снижение КЖ и СФ депрессивных пациентов связано с такими характеристиками как: пессимизм, гипотимия, пассивность, напряженность, тревожность, ригидность, интроверсия. Чувство удовлетворенности жизнью зависит от таких свойств как: гибкость и спонтанность в общении, оптимизм,

активность в расширении круга контактов, интерес к новому, открытость, достаточная способность к вытеснению отрицательных эмоций.

Второй параграф, «Акцентуация личностных черт больных депрессией и особенности оценки качества жизни», посвящен описанию акцентуированных свойств депрессивных больных, для исследования, которых, были рассчитаны среднеарифметические баллы по отдельным видам акцентуаций характера и темперамента и определен усредненный личностный профиль. Средний показатель акцентуации для всей выборки был равен 13,9 баллам, что свидетельствует о наличии личностной акцентуации. Ранговая корреляция Спирмена позволила обнаружить связь между положительной оценкой качества жизни и демонстративными $r_s=0,31$ ($p=0,01$), гипертимными $r_s=0,28$ ($p=0,02$), экзальтированными $r_s=0,25$ ($p=0,05$) чертами. Полученные данные свидетельствуют о том, что развитые коммуникативные навыки, открытость в общении, оптимизм положительно влияют на восприятие своей жизни и оценку КЖ.

В третьем параграфе, «Личностные особенности больных депрессивными особенностями с разным уровнем снижения качества жизни», приводится анализ личностных особенностей депрессивных больных с разной степенью снижения КЖ и СФ. Сравнительный анализ профилей СМИЛ депрессивных больных с разной степенью снижения КЖ показал, что профили различаются не только уровнем, но и формой. Профили всех выделенных групп депрессивных пациентов с разной степенью нарушения КЖ и СФ, объединяло, общее для всех групп, повышение по шкалам депрессии-пессимистичности (2 шкала), эмоциональной напряженности-индивидуалистичности (8 шкала) и по оценочной шкале F. По остальным шкалам конфигурация профилей СМИЛ, выделенных групп пациентов, отличалась.

Усредненный профиль (код профиля: F;872/-0) депрессивных больных III группы, с удовлетворительным КЖ и СФ, отличается от профилей двух других групп пациентов следующими моментами: отсутствием повышения по шкале ригидности (6 шкала), что свидетельствует об отсутствии ригидности; выраженным снижением по шкале социальной интроверсии (0 шкала),

свидетельствующем о сохранении широкого круга общения; повышением по шкале депрессии (2 шкала), не превышающем 70 Т баллов, что свидетельствует о неглубокой выраженности депрессии. Профиль этой категории больных отличается также от профилей двух других групп повышением по шкале психастении-тревоги (7 шкала), что свидетельствует о преобладании в состоянии больных тревожных тенденций над депрессивными. Ф.Б. Березин с соавторами (1976) отмечает что, в том случае, если уровень тревоги не достигает патологической степени выраженности, то нарушения интеграции поведения и социальной адаптации может и не наблюдаться. Это подтверждается преобладанием в III группе пациентов с диагнозом депрессивная реакция. У этой категории больных отмечалось быстрое выздоровление.

В отличие от III группы, больные II группы (код профиля: F;2;8;6/-0), с затрудненным СФ и неудовлетворительным КЖ, и I группы, выраженным снижением КЖ и СФ (код профиля: F;6;2;8;0), имеют почти одинаковую форму профиля за исключение одной шкалы – социальной интроверсии (0 шкала). Больные II группы, не имеют пикового значения по этой шкале в профиле СМИЛ, а напротив, некоторое снижение, что свидетельствует о сохранении социальных связей и круга общения, а значит и возможности получения социальной поддержки и помощи. Это существенным образом отличает их от больных I группы, в профиле которых по данной шкале выявляется выраженный пик (выраженная социальная интроверсия). Социальная интроверсия проявляется в поведении нарушением коммуникативных связей, замкнутостью, отгороженностью, неловкостью в социальных контактах, тенденцией к социальному удалению. Такие индивиды лишены возможности, получать социальную поддержку, которая является важным протекторным фактором при депрессии и имеет большое влияние на чувство удовлетворенности жизнью (Brown G.W., Harris T., 1978). Пациенты I группы отличаются, от пациентов двух других групп, выраженной ригидностью (ведущий пик профиля), что обуславливает значительное нарушение социальной адаптации. Г.В. Залевский (1976), подчеркивает, что

психическая ригидность, являясь свойством личности или состоянием, оказывается неблагоприятным патопластическим фактором, который осложняет прогноз течения и исход болезни, затрудняет терапию и реабилитацию.

Полученные данные свидетельствуют о том, что такие качества как: ригидность, интроверсия, пессимизм, при депрессивных расстройствах, приводят к более выраженному снижению качества жизни (являются факторами уязвимости). Сохранение социальных связей, оптимизм, отсутствие ригидности, служат протекторными факторами при депрессии для КЖ больных.

В четвертом параграфе, «Особенности акцентуации личностных черт депрессивных больных с разным уровнем снижения качества жизни», анализируются типы акцентуаций характера и темперамента больных с разной степенью снижения КЖ и СФ. У больных всех трех групп отмечается акцентуация характера и темперамента (согласно классификации К. Леонгарда), однако выявляются и характерные различия в типах акцентуаций.

Больные I группы – с выраженным снижением КЖ и СФ, отличаются от двух других групп выраженной дистимностью, недостаточной гипертимностью, также отмечается меньшая выраженность демонстративных черт. Дистимический или субдепрессивный темперамент, по выражению К. Леонгарда, легко поставить в связь с депрессивным психическим заболеванием. Явный недостаток гипертимности, способности к вытеснению, гибкости в общении, плохая приспособляемость к окружению усугубляют трудности социализации больных первой группы.

Больные II группы – с затрудненным СФ и неудовлетворительным КЖ, отличались большей выраженностью эмотивных (акцентуация темперамента). У эмотивных личностей тяжесть депрессии всегда соответствует тяжести события или переживания. В отличие от дистимических личностей, у них отсутствует предрасположенность к депрессивным реакциям.

Больные III группы – с удовлетворительным КЖ и СФ, особенно ярко выделяются на фоне двух других групп выраженной аффективной

экзальтированностью. У людей с данной акцентуацией отмечается легкая возбудимость и лабильность психики со склонностью к чрезмерной тревоге. Склонность экзальтированных личностей слишком глубоко, иногда неадекватно тяжести ситуации, реагировать на негативные стимулы, может объяснять их депрессивные реакции и быстрое выздоровление, именно в силу незначительности повода их переживаний.

Таким образом, выявляется взаимосвязь между депрессивными расстройствами и акцентированием личностных черт больных. Тип эмоционального реагирования, обусловленный типом темперамента, оказывает значительное влияние на КЖ депрессивных пациентов. Выявляются различия между особенностями эмоционального реагирования и различным уровнем снижения КЖ и СФ при депрессивных расстройствах: а) у дистимных личностей, имеющих внутреннюю предрасположенность к «развертыванию» депрессии и менее заинтересованных в контактах с другими людьми, нарушение СФ и ухудшение КЖ более выражено; б) у эмотивных личностей, тяжесть переживаний соответствует тяжести депрессивных тенденций. Возможно заинтересованность в сохранении близких и доверительных отношений, характерных для этого типа личностей, позволяет им избегать полной социальной изоляции, социальная поддержка смягчает негативное влияние на КЖ депрессивного расстройства; в) экзальтированный тип определяет более быструю смену чувств, легкая возбудимость и лабильность психики, со склонностью к чрезмерной тревоге, обуславливают возникновение депрессивных реакций, сохраняющиеся социальные связи определяют наличие хорошей социальной адаптации и удовлетворительного КЖ при депрессивном расстройстве.

ВЫВОДЫ:

1. Депрессивные расстройства связаны с низкими субъективными оценками качества жизни и социального функционирования. Субъективные оценки тяжести депрессии и тревоги не всегда совпадают с клинической оценкой тяжести заболевания. Психофармакологическое лечение улучшает показатели качества жизни и социального функционирования.

2. Степень снижения качества жизни и социального функционирования у депрессивных больных зависит от сочетания ряда факторов:

1) от биологических факторов:

а) пола: у мужчин выраженность снижения качества жизни зависит от тяжести депрессивных симптомов, а у женщин от тяжести и длительности психотравмирующих событий (от контекстных переменных);

б) возраста: возраст более 40 лет у депрессивных больных обуславливает более выраженное снижение качества жизни и социального функционирования;

в) нозологической структуры депрессивного расстройства: депрессивная реакция часто не приводит к снижению качества жизни и социального функционирования, в то время как рекуррентное депрессивное расстройство и однократный депрессивный эпизод заметно снижают качество жизни.

2) психологических факторов:

а) такие личностные особенности как: пессимизм, ригидность, интроверсия, тревожность, дистимия связаны с низкими оценками качества жизни;

б) такие черты как: экстраверсия, оптимизм, отсутствие ригидности позволяют сохранять достаточно хорошее качество жизни при депрессивных расстройствах и реакциях, даже при наличии выраженной тревоги в состоянии.

3) социальных факторов:

а) уровень снижения качества жизни положительно связан с психотравмирующими обстоятельствами, длительностью и тяжестью стресса, особенно тесно у женщин со слабой сетью социальных связей;

б) сохранение широкой сети социальных связей, наличие социальной поддержки служат протекторными факторами при наличии депрессивного расстройства.

3. При депрессивном расстройстве пациенты высказывают наибольшую неудовлетворенность: утратой «чувства контроля» жизни, то есть способностью организовывать свое окружение согласно своим потребностям и желаниям ($r=-46$, $p<0,05$); досугом ($r=-46$, $p<0,05$); работой ($r=-41$, $p<0,05$); отношениями вне семьи ($r=-38$, $p<0,05$).

4. Шкала самооценки социальной адаптации (ШССА) может рассматриваться как дополнительный стандартизированный инструмент для оценки тяжести депрессии, наряду с данными о степени удовлетворенности различными аспектами социальной жизни депрессивных пациентов, позволяет провести интегративную оценку их состояния и разработать дифференцированные психотерапевтические мероприятия.

Список научных работ, опубликованных по теме диссертации:

1. Экспериментально-психологический анализ преморбидных особенностей личности с психогенной депрессией // Актуальные вопросы психиатрии: Материалы VII научной отчетной сессии НИИ Психического здоровья Томского научного центра СО РАМН/ под ред. акад. РАМН В.Я. Семке. - Томск, 1995. - Вып.7. - С. 124.

2. Качество жизни в системе “врач-больной” // Качество - стратегия XXI века: Материалы Международной научно-практической конференции. - Томск: Изд-во НТЛ, 1998. - С. 100-101.

3. К постановке вопроса об оценке качества жизни при депрессивных расстройствах // Реабилитация в психиатрии (клинические и социальные аспекты). - Томск, 1998. - С. 184 - 185.

4. Качество жизни и восприятие социальной реальности // Психологический кризис, депрессия и суицидальное поведение: интеграция усилий: Материалы научно-практической конференции / под ред. проф. Корнетова Н.А. - Томск: Изд-во Том. ун-та, 1999. - С. 89 -93.

5. “Качество жизни” - интегральный показатель этических стандартов современной медико-психологической помощи // Качество - стратегия XXI века: Материалы IV Международной научно-практической конференции. - Томск: Изд-во НТЛ, 1999. - С. 114 - 115. (В соавт. с Н.А. Корнетовым).

6. Концепция “качества жизни” - основа для формирования партнерских взаимоотношений между врачом и пациентом // Депрессивные расстройства в медицинской практике: страдать или управлять? Материалы II Российского образовательного симпозиума с передвижными семинарами. / под ред. проф. Корнетова Н.А. - Новокузнецк: Изд-во, 2000. - С. 14 - 16. (В соавт. с Н.А. Корнетовым).

7. Качество жизни - необходимая составляющая в планировании социально-психологической реабилитации больных депрессией // Депрессивные расстройства в медицинской практике: страдать или управлять? Материалы II Российского образовательного симпозиума с передвижными семинарами. / под ред. проф. Корнетова Н.А. - Новокузнецк: Изд-во, 2000. - С. 76 -77.

8.Преимущества котерапии при использовании трансовых методик // Современные технологии психиатрического и наркологического сервиса / под. ред. академика РАМН, проф. В.Я. Семке. Томск: МГП «Роско», 2001. Том 2. – С. 65-66. (В соавт. с Т.А. Кудяковой).

9.Роль семейных факторов в развитии депрессивных расстройств // Социальные и психологические аспекты семьи. Владивосток, 2001. – С. 48-49. (В соавт. с Е.В Потапкиной., Т.А. Кудяковой).

10.Значение семейно-образовательной программы в эффективности терапии антидепрессантами текущего депрессивного эпизода // Социальные и психологические аспекты семьи. Владивосток, 2001. – С. 50-52. (В соавт. с Н.А. Корнетовым, Г.Г. Симуткиным, Е.Д. Счастливым и др.).

11.Влияние депрессивных расстройств на социальную адаптацию // Аффективные и шизоаффективные расстройства: материалы Российской конференции. Москва, 2003. - С. 104.

12.Особенности социальной адаптации при депрессивных расстройствах // Депрессивные расстройства (фундаментальные, клинические, образовательные и экзистенциальные проблемы). Сборник материалов международной научно-практической конференции / под ред. проф. Корнетова Н.А. - Томск: Изд-во Том. ун-та, 2003. - С. 318-321.

13.Характеристика профилей СМИЛ больных депрессивными расстройствами с разным уровнем социальной адаптации // Научные достижения и опыт клинических исследований в психиатрии: Материалы международной научно-практической конференции психиатров и наркологов Сибири и Дальнего Востока / под ред. акад. РАМН В.Я. Семке. - Томск, 2004. – С. 180-183.