

АЗЕРБАЙДЖАНСКАЯ РЕСПУБЛИКА

на правах рукописи

**ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И СОЦИАЛЬНОГО
ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЯМИ**

Специальность: 3211.01 – Психиатрия

Отрасль науки: Медицина

Соискатель: **Самира Октай кызы Касимова**

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
доктора философии

Баку – 2021

Диссертационная работа выполнена на кафедре психиатрии
Азербайджанского медицинского университета.

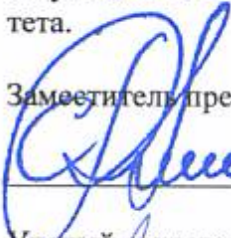
Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Герай Чингиз оглы Герайбейли


Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Фуад Надир оглы Исмаилов

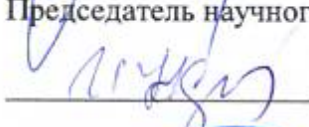
доктор медицинских наук, профессор
Билал Мирзоалиевич Асадов

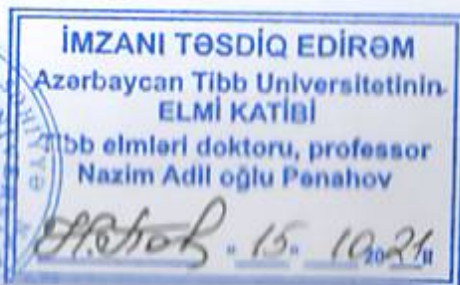
доктор философии по медицине
Турал Зюльфю оглы Рзаев

Диссертационный совет ED 2.05 Высшей Аттестационной Комиссии при Президенте Азербайджанской Республики, действующий на базе Азербайджанского медицинского университета.


Заместитель председателя диссертационного совета:
доктор медицинских наук, профессор
Чингиз Рагим оглы Рагимов


Ученый секретарь диссертационного совета:
доктор медицинских наук, профессор
Ага Чингиз оглы Пашаев


Председатель научного семинара:
доктор медицинских наук, профессор
Надир Ведан оглы Исмаилов



ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Согласно исследованию глобального бремени болезней депрессия занимает второе место по частоте лет жизни потерянных вследствие инвалидности (DLY) и входит в первую четверку заболеваний связанных с экономическими потерями в каждом регионе мира¹. Эти высокие показатели обусловлены не только широкой распространенностью депрессивных расстройств, но и частотой депрессивных эпизодов и тенденцией к хроническому течению во многих случаях этого заболевания². Не является секретом тот факт, что лишь незначительная часть больных депрессией получает необходимое лечение, тогда как отсутствие доступного лечения существенно ухудшает показатели здоровья и качества жизни пациентов³.

Вместе с тем, своевременная диагностика депрессивных расстройств и лечение с помощью современных антидепрессантов и психологических вмешательств способны значительно облегчить страдания больных и существенно снизить риск негативных последствий депрессии, таких как суициды, распад семьи, потеря работы, употребление психоактивных веществ⁴.

На сегодняшний день психотерапевтические вмешательства завоевывают все большую популярность в качестве оптимального метода лечения депрессивных расстройств. При этом пси-

¹ Haro, J.M. Patient-reported depression severity and cognitive symptoms as determinants of functioning in patients with major depressive disorder: a secondary analysis of the 2-year prospective PERFORM study / J.M.Haro, L.Hammer-Helmich, D.Saragoussi [et al.] // *Neuropsychiatr Dis Treat*, – 2019. №15, – p. 2313–2323.-p. 17

² Van Loo, H.M. Data-driven subtypes of major depressive disorder: a systematic review / H.M.Van Loo, J.W.Romeijn, R.C.Kessler [et al.] // *BMC Med*, – 2012. №10 (156), – p. 1-12. - p.7-8

³ Ferrari, A.J. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010 / A.J.Ferrari, F.J.Charlson, R.E.Norman [et al.] // *PLoS Med*, – 2013. №10 (11), – p. 1-12.-p.8-9

⁴ World Health Organization mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-Specialized Health Settings: Mental Health Gap Action Programme (mhGAP). WHO, – 2010. – 170 p.-p.79

хотерапия является едва ли не единственным видом помощи, способствующим выздоровлению при рецидивирующих, хронических или резистентных к фармакотерапии типах депрессии. Одним из двух видов психотерапии, включенных в современные клинические рекомендации по лечению депрессии, является интерперсональная психотерапия. Популярности ИПТ способствует ее краткосрочность, структурированность, а так же эффективность, доказанная в многочисленных научных исследованиях⁵.

В последние годы применение ИПТ постепенно входит в практику оказания помощи больным депрессией в нашей стране. В то же время научный анализ ИПТ не получил достаточного освещения в отечественных публикациях. В целом можно констатировать, что до настоящего момента в Азербайджане не проводилось научных исследований посвященных психотерапии. До сих пор отсутствует четкое понимание значения факторов, влияющих на результативность психотерапевтических вмешательств. Кроме того, отсутствует достаточная доказательная база о влиянии ИПТ на показатели социальной адаптации и качества жизни больных депрессиями.

ИПТ не получил достаточного освещения в отечественных публикациях. В целом можно констатировать, что до настоящего момента в Азербайджане не проводилось научных исследований, посвященных психотерапии. До сих пор отсутствует четкое понимание значения факторов, влияющих на результативность психотерапевтических вмешательств.

Кроме того, отсутствует достаточная доказательная база о влиянии ИПТ на показатели социальной адаптации и качества жизни больных депрессиями. Многие теоретические концепции, получившие широкое распространение в странах Европы и Северной Америки, включая теорию привязанности и теорию коммуникации, мало знакомы нашим специалистам. В этой связи исследование, посвященное интерперсональным аспектам

⁵ Cuijpers, P. Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis / P.Cuijpers, A.S.Geraedts, P.van Oppen [et al.] // American Journal of Psychiatry, – 2011, 168 (6), – p. 581-592.-p.58

депрессии, представляет значительный интерес и актуальность.

По мнению ведущих специалистов, в нашей стране, так же, как и в других странах, отмечается тенденция к увеличению депрессивной патологии, что вызывает повышенный интерес к психосоциальным аспектам данной проблематики⁶. Специфичным для Азербайджана является тот факт, что вопросы диагностики и лечения депрессивных больных сталкиваются со сложностями в связи с недостаточной обращаемостью этих лиц в систему психиатрической помощи. В силу культурных особенностей, депрессивные расстройства в массовом сознании не ассоциируются с психическими заболеваниями, а воспринимаются скорее как нормальной эмоциональной реакцией на жизненные проблемы⁷. Данный феномен, получивший в литературе название «нормализация», с одной стороны, защищает больных депрессией от негативного влияния стигмы сопутствующим психическим болезням. С другой, данный феномен препятствует своевременному обращению к специалистам и получению необходимой помощи.

До недавнего времени исследования психосоциальной адаптации при депрессии носили ограниченный характер в нашей стране, поскольку было принято считать, что параметры функционирования, качества жизни, удовлетворения потребностей относятся к более тяжелым психическим расстройствам.

В тоже время, как показывает практика, экономические и материальные потери при депрессии превосходят аналогичные показатели при других психических расстройствах, что делает актуальным их изучение в Азербайджане. За последние годы мы являемся свидетелями формирования современных подходов к оказанию услуг в области психического здоровья в нашей

⁶ Ismayilov, F.N. Training on the management of depression in primary care in Azerbaijan // International Psychiatry, – 2011. May; 2. №8, – p. 43-46.-p.45

⁷ Исмаилов Ф.Н. Качественное исследование культуральных особенностей депрессивных расстройств с помощью метода глубокого группового интервью (Фокус-группа) // Азербайджанский психиатрический журнал, – 2004. № 9, – с. 53-66.-с.57

стране. Важным этапом явилось принятие в 2011 году Национальной Стратегии в области психического здоровья, в которой большое значение уделено вопросам профилактики психических расстройств, раннему вмешательству, а также созданию новых форм помощи⁸. Следует особо подчеркнуть, что наряду с традиционными показателями, особое внимание в Стратегии уделено конечным результатам помощи, к которым относятся улучшение психосоциальной адаптации и качества жизни.

Принятие Закона Азербайджанской Республики о «Психологической Помощи» в 2019 г., а также разработка соответствующих нормативных правительственных документов способствовало развитию психотерапевтической помощи, включая интерперсональную терапию (ИПТ).

Начало ИПТ в нашей стране было положено в 2002 г., когда Азербайджанской Психиатрической Ассоциацией при содействии Ассоциации Европейских Психиатров был проведен образовательный курс ИПТ. Более 40 психиатров приняли участие на этом курсе, который был прочитан ведущим специалистом в области ИПТ профессором Torsten Grutert из Университета Кристиана-Альбрехта г. Киль, Германия.

Объект исследования: Лица, страдающие депрессией, находящиеся на разных стадиях социального функционирования.

Целью исследования является изучение показателей, влияющих на качество жизни, межличностное взаимодействие, формирование привязанности у больных депрессией в процессе прохождения ими интерперсональной терапии.

Задачи данного исследования включали:

1. Проведение анализа социальных и межличностных факторов, обуславливающих возникновение проблемных зон у больных депрессиями.

2. Установление корреляции между типом привязанности, стилем коммуникации, степенью выраженности симптомов и качеством жизни при депрессивных расстройствах

⁸ Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi. Psixi Sağlamlıq Sahəsində Milli Stratejiya. – Bakı, – 2011. – 67 s. – 12 s.

3. Определение эффективности ИПТ в плане редукции психопатологических симптомов и улучшения социального функционирования в процессе лечения депрессивных больных.

4. Выработка рекомендаций по эффективному проведению интерперсональной терапии у лиц, страдающих депрессией.

Методы исследования: В работе использовался кросс-секционный метод исследования

Основные положения, выносимые на защиту:

- Предрасположенность к депрессии, степень ее тяжести и качество жизни депрессивных больных определяется характером социального функционирования, наличием конкретной интерперсональной проблемной области и совокупным влиянием количества проблемных областей.

- Клинические проявления, течение и прогноз депрессивного расстройства обусловлены конкретным типом привязанности, формирующимся задолго до возникновения первого депрессивного эпизода

- Избегающий, амбивалентно-тревожный и амбивалентно-поглощающий типы привязанности ассоциируются с неэффективными стилями коммуникации, что в свою очередь ухудшает социальное функционирование депрессивных больных и ограничивает их доступ к ресурсам социальной поддержки.

- Уменьшение симптомов депрессии и повышение качества жизни при проведении интерперсональной психотерапии во многом зависят конкретной проблемной области, а так же развития межличностных отношений и коммуникационных навыков у пациента.

Научная новизна работы. Данное исследование является первой работой связанной с изучением интерперсональных аспектов депрессии в нашей стране.

Впервые в Азербайджане проведено исследование, посвященное современным подходам в психотерапии.

Важной новизной данного исследования явилось рассмотрение таких показателей социального функционирования, как тип привязанности и стиль коммуникации у больных депрессией.

Новым подходом, примененным в данном исследовании, является изучение тяжести депрессии и качества жизни у пациентов с одной и несколькими интерперсональными проблемными зонами. В ходе выполнения исследования получены новые данные об особенностях проведения ИПТ у пациентов с различным уровнем функциональной адаптации и факторах способствующих или препятствующих ее эффективности.

Впервые в данном исследовании использованы современные инструменты по оценке межличностного функционирования - Шкала измерения качества привязанности (MAQ) и Опросник межличностного стиля общения (ISQ).

Практическая значимость результатов исследования. Данная работа связана с рассмотрением одного из методов психотерапии, применяемого для лечения лиц, страдающих депрессией.

Результаты, полученные в ходе выполнения данной работы, позволяют лучше уяснить значение межличностных факторов в возникновении и развитии депрессивных расстройств.

В процессе исследования были определены специфические особенности клиники и течения депрессии у пациентов с различными проблемными зонами, а так же у больных с множественными проблемными зонами. В тексте диссертации даны подробные описания примеров больных депрессиями с нарушенным типом привязанности и установлено влияние типа привязанности на эффективность коммуникации пациентов с окружающими людьми.

В работе затронуты практические аспекты проведения ИПТ, рассмотрена результативность многих психотерапевтических техник при работе с разными пациентами в контексте профилактики повторных эпизодов депрессии и улучшения социальной адаптации и качества жизни.

Даны практические рекомендации, направленные на повышение эффективности ИПТ и ее широкому внедрению в практику оказания помощи при депрессии.

Апробация результатов исследования. Материалы диссертационной работы были доложены и обсуждены на 20 Европейском Конгрессе по психиатрии (3-6 марта 2012, Прага, Чехия),

на научно-практической конференции «Актуальные Проблемы Медицины», посвященной 25-летию восстановления азербайджанской государственности (2017, Баку), а так же на международном научно-практическом конгрессе «Актуальные проблемы медицины-2021» посвященного 100-летию со дня рождения заслуженного деятеля науки, профессора Тамерлан Азиз оглы Алиева (6-8 октября 2021 года, Баку)

Материалы диссертации обсуждены на совместном заседании с участием сотрудников кафедры психиатрии и кафедры неврологии (Протокол № 4 от 27.04.2021) Обсуждение диссертации было проведено на научном семинаре Диссертационного Совета ED 2.05 при Азербайджанском Медицинском Университете (Протокол № 1 от 17.06.2021)

Внедрение в практику. Научные и практические результаты, полученные в ходе настоящего исследования, были внедрены в практическую деятельность Клинической Психиатрической Больницы № 2 г. Баку, а так же Центра Психического Здоровья МЗ АР. Материалы диссертации вошли в учебную программу резидентуры по специальности «Психиатрия».

Место выполнения работы. Работа выполнена на кафедре психиатрии АМУ, в Центре Психического Здоровья МЗ АР, в Психиатрической больнице №1 МЗ АР, в Клинической Психиатрической больнице №2 МЗ АР.

Публикации.

По теме диссертации опубликованы 11 научных работ, в том числе 7 статей (4 зарубежом), 4 тезиса и 1 научный отчет.

Объем и структура диссертации. Работа изложена на 143 страницах компьютерного текста (203968 знаков) и состоит из введения (5 стр., 8249 знаков), обзора литературы (22 стр., 42083 знаков), главы материалов и методов исследования (7 стр., 9945 знаков), трех глав с изложением результатов собственных исследований (76 стр., 133246 знаков), главы обсуждения полученных результатов (15 стр., 24609 знаков), выводов и практических рекомендаций (3 стр., 3718 знаков). Список литературных источников содержит 21 стр. и включает 202 источника. Работа иллюстрирована 9 таблицами и 13 рисунками.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Отбор пациентов для настоящего исследования осуществлялся из числа лиц, страдающих депрессией, обратившихся за психиатрической помощью в Центр Психического Здоровья МЗ АР (ЦПЗ) и Клиническую Психиатрическую Больницу №2 города Баку (КПБ №2).

Основная группа формировалась методом случайной выборки из числа пациентов, обратившихся в указанные учреждения в период с 2011 по 2015 гг. Критериями для включения пациентов в исследование являлись возраст пациента от 16 до 60 лет; наличие текущего диагноза депрессии, установленного в соответствии с диагностическими критериями депрессивного эпизода МКБ-10; наличие показаний для проведения интерперсональной психотерапии; а так же предоставление информированного согласия на участие в данном исследовании.

Таким образом, в основную группу вошли 100 пациентов с различными формами депрессии. Из них, 36 человек были лицами мужского пола, а 64 – лицами женского пола. Преобладание женщин среди исследованных субъектов отражает общую статистику по заболеваемости депрессией, где соотношение женщин и мужчин 2:1. Средний возраст пациентов составил 33 года (95% ДИ = 30,8-35,3). Наибольшее число пациентов составили лица, относящиеся к возрастной группе от 16 до 35 лет.

Контрольная группа была сформирована из 100 лиц, отобранных методом случайным образом среди здоровых лиц. Главным критерием отбора являлось отсутствие психических заболеваний, в частности депрессивных эпизодов, в анамнезе.

В настоящей диссертационной работе были использованы два принципиально различных исследовательских дизайна: наблюдательное исследование по типу случай-контроль (case-control study) и натуралистическое экспериментальное исследование (naturalistic experimental study). Первый дизайн использовался для определения влияния преморбидных характеристик в возникновении и проявлении депрессии. При его организации из популяции отбираются лица, исходя из того, имеется или не

имеется у них депрессивная патология. Основная группа (случаи) включает лиц, у которых выявлена депрессия, а контрольная группа (группа сравнения) включает лиц, у которых депрессия никогда не наблюдалась. Важным преимуществом этого дизайна является возможность исследовать одновременно множество факторов для изучения одного исхода.

Второй исследовательский дизайн подразумевает сравнение основных клинических и социальных показателей у одних и тех же пациентов до начала лечения и после его завершения. Таким образом, обеспечивалась возможность определить влияние терапевтического вмешательства на динамику депрессивных симптомов и параметров качества жизни у наших пациентов.

Само исследование состояло из четырех этапов. На первом этапе был составлен протокол исследования, отобраны и переведены шкалы (включая обратный перевод), определены критерии включения и исключения для основной и контрольной группы, и произведен отбор пациентов.

На втором этапе были отобраны участники контрольной группы и осуществлено сравнительное изучение социально-демографических характеристик, клинических параметров у пациентов, а также проведено тестирование по шкалам привязанности и коммуникации.

Третий этап работы представлял собой проведение интерперсональной терапии и оценки ее результатов. Кроме регистрации итогов каждой сессии, у пациентов трижды – вначале лечения, на промежуточном этапе и при завершении лечения осуществлялось изучение динамики симптомов депрессии и параметров качества жизни.

На четвертом этапе была проведена систематизация, статистическая обработка и анализ полученных данных, сформулированы выводы и практические рекомендации, а также написаны разделы исследования в форме диссертационной работы для проведения ее апробации и защиты.

Для сбора данных обо всех участниках исследования была разработана специальная анкета, в которую вносились основные

демографические сведения (пол, возраст, социальный статус, семейное положение, образование и пр.), клинические сведения (диагноз, количество депрессивных эпизодов, длительность эпизодов, их тяжесть, продолжительность ремиссии и пр.), а также дополнительные сведения, полученные в ходе обследования психотерапевтической работы. В последующем, данный формат обеспечивал удобство для введения данных в SPSS. В процессе отбора инструментов для исследования, мы опирались на готовые опросники и шкалы, которые успешно применялись при проведении схожих исследований. Таким образом, в работе использовались следующие шкалы:

1. Шкала оценки проблемной области ИПТ (Interpersonal Problem Area Rating Scale - IPARS): она состоит из двух секций, первая из которой детально описывает межличностную проблемную область, включая: переживания горя, ролевой конфликт, ролевой переход, интерперсональный дефицит⁹.

2. Шкала Гамильтона для оценки депрессии (Hamilton Depression Rating Scale - HDRS-17): применялся классический вариант шкалы, состоящий из 17 пунктов, которая позволяет определить практически все симптомы, встречающиеся при депрессии и устанавливающая степень ее тяжести¹⁰.

3. Шкала качества жизни (Quality of Life Scale - QoLS), которая содержит 16 пунктов, относящихся к условиям жизни, межличностным отношениям, социальной деятельности и индивидуальным предпочтениям¹¹.

4. Шкала измерения качества привязанности (MAQ): данный опросник состоит из 14 пунктов, который характеризует тип привязанности. На основании данного инструмента, можно определить различные виды привязанности (безопасная привязанность).

⁹ De Andrade, A.C.F. An adaptation of the Interpersonal Problem Areas Rating Scale: pilot and interrater agreement study / A.C.De Andrade, E.Frank, F.L.Neto [et al.] // Revista Brasileira De Psiquiatria, – 2008, 30 (4), – p. 353-357.- p.354

¹⁰ Hamilton, M. Development of a rating scale for primary depressive illness // Br J Soc Clin Psychol, – 1967. №6, – p. 278-296.-p.282

¹¹ Burckhardt, C.S., Anderson, K.L. The Quality of Life Scale (QOLS): Reliability, Validity and Utilization // Health and Quality of Life Outcomes, – 2003. Oct; 23, №60, – p. 1-7. – p.5

занность; избегание; амбивалентно-тревожная привязанность; амбивалентно-поглощающая привязанность)¹².

5. Опросник межличностного стиля общения (Interpersonal Style Questionnaire – ISQ) он состоит из 18 утверждений, которые представлены в парах. Задачей респондента является выбор, который наиболее характерен для его типа общения. В зависимости от баллов набранных участником исследования, можно определить степень выраженности по осям открытость – дистанцирование, доминирование – подчинение¹³.

6. Шкала достижения цели ИПТ: заполняется в процессе завершения курса ИПТ, в которой указывается степень улучшения той или иной проблемной области, которая являлась фокусом терапии¹⁴.

В настоящем исследовании использовались имеющиеся версии шкал IPARS, HDRS и шкалы достижения целей ИПТ, которые доступны на азербайджанском и русском языках. Остальные шкалы были переведены специалистом имеющим опыт перевода психологических инструментов. Затем независимым переводчиком был осуществлен обратный перевод на язык оригинала для сравнительного анализа. После этого азербайджанская и русская версия переводов шкал прошли соответствующую экспертизу с целью внесения необходимых поправок в переведенные варианты шкал.

Статистический анализ осуществлялся с использованием пакета статистических программ SPSS 17 версия. Размер выборки определяется на уровне мощности в 80% со значением α равное 0,05 и значением β равное 0,2, эффект выборки определяется на уровне 5%. Таким образом, количество пациентов в основной

¹² Carver, C. S. Adult attachment and personality: Converging evidence and a new measure // Personality and Social Psychology Bulletin, – 1997, 23, – p. 865-883. – p. 870

¹³ Robbins, S.P., Hunsaker, P.L. Training in interpersonal skills: TIPS For Managing People At Work. 2nd ed. Upper Saddle River, – NJ.:Prentice-Hall. –1996. – 371 p. – p.34-39

¹⁴ Gəraybəyli, G., Sultanov, M., Qəmərinski, R. İnterpersonal psixoterapiya. Dərs vəsaiti. – Bakı, – 2010, – s.15-70. – 64 s.

группе не должно было быть меньше 80 человек, то же самое следует сказать о контрольной группе. Для сравнения различий и возможных ассоциаций между номинальными переменными использовался критерий χ^2 . Для установления корреляции между количественными переменными использовался коэффициент Пирсона r , а для корреляции между порядковыми переменными – коэффициент Спирмена r_s . Тест Стьюдента t использовался для анализа независимых и зависимых количественных переменных, а тест Манна-Уитни – для анализа порядковых данных.

В крупнейшем международном исследовании «STAR-D», проводимом среди 2307 лиц, страдающих депрессиями, был использован опросник качества жизни, состоящий из 16 пунктов. Анализ полученных данных подтвердил результаты ряда других исследований о выраженном снижении качества жизни при депрессиях. При этом было показано, что качество жизни депрессивных больных связано с рядом социо-демографических факторов, таких как национальность, месячный заработок, семейное положение, образование и профессиональная занятость. Важным фактором, влияющим на качество жизни, является возраст начала депрессивного расстройства, который оказывает влияние вне зависимости от клинических показателей. В данном исследовании подчеркивается, что любое лечение должно рассматривать не только динамику депрессивных симптомов, но и изменение показателей, связанных с качеством жизни. В частности, рекомендуется, наряду с фармакотерапевтическим лечением, производить оценку психосоциальных вмешательств, позволяющих существенно повысить качество жизни больных депрессией.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сравнение демографических и клинических показателей у пациентов с различными проблемными зонами выявило различие по возрасту, который был старше у лиц с отягощенным переживанием горя, а наиболее молодой возраст был у лиц с межличностной уязвимостью ($F=2.79$; $p = 0.045$). Говоря о значении

возраста пациентов следует отметить наличие сильной корреляции между возрастом пациента и возрастом начала болезни ($r=0.944$). Длительность болезни коррелирует с числом депрессивных эпизодов ($r=0.893$), а число эпизодов обнаруживает слабую корреляцию с уровнем выраженности депрессивных симптомов ($r=0.204$). Сравнение выраженности симптомов депрессии у пациентов имеющих только одну проблемную область и лицами имеющими сопутствующие проблемы в других областях выявило статистически значимые различия ($t= -2.205$; $df=98$; $p=0.03$), так же у лиц с проблемами в разных областях отмечалась статистически значимо большая продолжительность депрессивного эпизода ($t= -2.257$; $df=98$; $p=0.026$).

Оценка показателей по типам привязанности выявила статистически значимые различия в основной и контрольной группах. Так количество баллов по шкале безопасной привязанности у пациентов с депрессией было ниже, чем у здоровых лиц (пациенты $M=8.82$; $SD= 2.21$, у здоровых лиц $M=9.8$; $SD=1.9$; $t= -3.43$; $df = 209$; $p<0.001$). В свою очередь значения по небезопасным типам привязанности: избегающий (пациенты $M=12.1$; $SD= 2.74$, у здоровых лиц $M=10.8$; $SD=3.2$; $t= 2.95$; $df = 209$; $p=0.004$), амбивалентно-тревожный (пациенты $M=8.2$; $SD= 2.7$, у здоровых лиц $M=5.8$; $SD=2.2$; $t= 6.82$; $df = 209$; $p<0.001$) и амбивалентно-поглощающий (пациенты $M=7.6$; $SD= 2.3$, у здоровых лиц $M=5.4$; $SD=2.02$; $t=7.18$; $df = 209$; $p<0.001$) были выше в основной группе.

Результаты нашего исследования согласуются с интерперсональной теорией депрессии, поскольку люди с недостаточной безопасной привязанностью склонны фиксироваться на негативных жизненных обстоятельствах и не имеют достаточно навыков для использования ресурсов внешней поддержки, что повышает их предрасположенность к депрессии.

Другим аспектом нашего исследования явилось изучение стиля коммуникации у больных депрессией и здоровых респондентов, который выявил статистически значимые различия по показателям открытости (пациенты $M=12.5$; $SD= 4.8$, у здоровых лиц $M=14.8$; $SD=4.9$; $t= - 3.341$; $df=209$; $p<0.001$) и дистанциро-

вания (пациенты $M=14.4$; $SD= 4.84$, у здоровых лиц $M=12.1$; $SD= 4.9$; $t=3.423$; $df=209$; $p<0.001$). Таким образом, для больных депрессией были характерны большее дистанцирование и меньшая открытость, что подтверждает установленный факт избегания больными тесных социальных контактов с окружающими в период депрессивного эпизода. Более того, частые жалобы пациентов на беспомощность, отсутствие интереса к общению, низкую самооценку в определенном смысле согласуются со стремлением к отстранению от общения или сохранению существенной дистанции.

По свидетельству самих пациентов и членов их семей, формирование дистанционного стиля коммуникации происходит задолго до первого эпизода депрессии. В этой связи, особое значение может иметь тип привязанности, который во многом определяет стиль коммуникации депрессивных больных (Таблица 1).

Безопасный тип привязанности выявляет умеренную положительную корреляцию с открытостью, что вполне естественно, поскольку лица, сформировавшие этот тип привязанности, способны выстраивать доверительные отношения и открыто обсуждать различные вопросы. Так же слабая положительная корреляция была выявлена между безопасным типом привязанности и доминированием, что так же может объясняться большей уверенностью в себе у пациентов с этим типом привязанности.

В свою очередь дистанцирование и подчинение обнаруживают соответственно отрицательную умеренную и слабую корреляции с безопасным типом привязанности.

Как и следовало ожидать избегающий тип привязанности достаточно сильно коррелирует с открытостью (негативная корреляция) и с дистанцированием (положительная корреляция). Это обстоятельство связано с тем, что лица с избегающим типом стремятся отгородиться коммуникации окружающими. Амбивалентно-тревожный тип привязанности не выявил статистически значимой корреляции ни с одним из стилей коммуникации.

Вопреки ожиданиям амбивалентно поглощающий стиль обнаружил отрицательную корреляцию с доминированием и соот-

ветственно положительную корреляцию с подчинением. Этот факт показался нам интересным, поскольку плохо согласуется с навязчивыми требованиями получения внимания и поддержки со стороны окружающих у пациентов с поглощающей привязанностью. Вместе с тем следует отметить, что лица с данным типом привязанности нередко демонстрируют подчиненной стиль коммуникации для вовлечения в более близкие и интенсивные отношения.

Таблица 1.

**Корреляция между типами привязанности
и стилями коммуникации**

| Тип привязанности | Открытость | Дистанцирование | Доминирование | Подчинение |
|--------------------------|------------|-----------------|---------------|------------|
| Безопасный | 0.478** | -0.488** | 0.227* | -0.243* |
| Избегающий | -0.525** | 0.521** | -0.315** | 0.340** |
| Амбивалентно-тревожный | -0.032 | 0.011 | -0.064 | 0.067 |
| Амбивалентно-поглощающий | -0.196 | 0.177 | -0.208* | 0.229* |

** $p < 0.01$; * $p < 0.05$

Из 100 пациентов, отобранных для настоящего исследования, 95 человек прошли полный курс ИПТ, включавший от 8 до 20 недель сессий, 5 человек, по разным причинам не смогли участвовать в терапии и выбыли из исследования. В целом, в процессе лечения, мы могли констатировать значительное снижение выраженности депрессивных симптомов. В частности, средний показатель HDRS до лечения составляли 16.4(SD=5.78), а после лечения он равнялся 6.4(SD=5.29). Различие между первым и вторым показателями было статистически значимым ($t=15.07$; $df=94$; $p < 0,001$).

Сравнительный анализ результатов лечения у мужчин и женщин не выявили статистически значимых различий ($t=1.19$; $df=93$; $p=0.236$). Также не было выявлено особых отличий у пациентов молодого и зрелого возрастов ($t=0.313$; $df=93$; $p=0.755$).

В то же время, результаты лечения отличались в зависимости от образования. Так, у больных, имеющих среднее образование, снижение баллов по HDRS было менее выраженным, чем у лиц, имеющих неполное высшее или высшее образование ($F=6.99$; $df=2$; $p=0.001$). Уместно предположить, что люди с более высоким образовательным цензом, имеют больше возможностей понимания психотерапевтического процесса и сотрудничества, а также установления терапевтического альянса, что является важными фактами для эффективности ИПТ.

Вопреки нашим ожиданиям, такой фактор, как семейное положение, не влиял на результаты лечения. Хотя, изначально, у лиц, не состоящих в браке, уровень депрессии был выше, после лечения баллы по HDRS у них были одинаковые с пациентами, состоящими в браке ($t=0.884$; $df=93$; $p=0.379$). То же самое можно сказать и в отношении занятости больных.

Изначальные показатели депрессии у неработающих были выше, однако, после окончания ИПТ, конечные баллы HDRS не отличались от работающих ($t=1.19$; $df=93$; $p=0.236$).

Важно отметить, что результаты лечения пациентов с более высоким социальным статусом, были лучше, чем у пациентов, обозначивших себя как имеющих средний социальный статус ($t=2.84$; $df=93$; $p=0.006$). По-видимому, лица со средним социальным статусом имеют больше материальных и связанных с ними межличностных проблем, что отражается на результатах их лечения.

По нашим наблюдениям, нередко межличностные проблемы между супругами или родителями и детьми были связаны с неудовлетворенностями доходов в семье или материальными трудностями в реализации каких-либо планов.

Важно отметить, что результаты лечения не выявили статистически значимых различий в зависимости от диагноза ($F=0.176$; $df=2$; $p=0.912$). Пациенты, страдающие рекуррентными депрессиями и прочими депрессиями, обнаруживали такие же результаты, как и при проведении ИПТ больным с однократным депрессивным эпизодом.

Важно отметить, что целью любого лечения является улучшение качества жизни. По нашим данным, у пациентов, участвовавших в ИПТ, отмечалось статистически значимое улучшение показателей качества жизни до лечения ($M = 59.02$; $SD 14.13$) и после лечения ($M = 75.1$; $SD 11.32$) ($t = -21.14$; $df 94$; $p < 0.001$).

Говоря об изменении показателей качества жизни после лечения, следует отметить статистически значимую динамику во всех социально демографических группах.

При этом, качество жизни после лечения у мужчин и женщин практически не различались ($t = -0.610$; $df = 93$; $p = 0.543$).

Рассматривая изменения по шкале качества жизни, в зависимости от возраста, можно отметить меньшее количество баллов у пациентов младше 30 лет, однако, эти различия не были статистически значимыми ($t = 1.787$; $df = 93$; $p = 0.077$).

Как и следовало ожидать, качество жизни у лиц, получивших высшее образование, было выше, чем у больных со средним или не полным высшем образованием ($F = 6.47$; $df = 2$; $p = 0.002$).

Важно отметить, что лица, состоявшие в браке, выявляли более высокое качество жизни, чем пациенты, не имевшие своей семьи ($t = 2.39$; $df = 93$; $p = 0.019$).

Люди, состоявшие в браке, имели больше возможностей для реализации своих социальных потребностей и больше возможности для получения поддержки родных и близких в период болезни и лечения.

Касаясь занятости пациентов, нами было установлено, что лица, имеющие постоянную работу, обнаруживали более высокий показатель качества жизни после лечения ($t = 2.71$; $df = 93$; $p = 0.008$), что также объясняется наличием дополнительного стимула для выздоровления.

Тоже самое можно сказать в отношении социального статуса. Лица с более высоким социальным статусом, обнаруживали лучшую динамику показателей качества жизни ($t = -2.48$; $df = 93$; $p = 0.015$). Вопреки нашим ожиданиям, качество жизни после лечения у больных единичными и рекуррентными депрессиями не различались ($F = 2.02$; $df = 2$; $p = 0.116$).

Рассматривая результаты применения ИПТ в зависимости от типа проблемной области, мы могли выявить существенные различия в изменении выраженности симптомов депрессии и параметров качества жизни (таблица 2).

Таблица 2.

Корреляция между выраженностью депрессивных симптомов, качеством жизни после ИПТ и проблемной областью

| Проблемная область | B | SEB | Error df | p | 95% CI |
|---|--------|-------|----------|--------------|----------------|
| Выраженность депрессии после лечения | | | | | |
| Переживание горя | 7.46 | 1.69 | 93 | 0.001 | 4.09; 10.82 |
| Роловой конфликт | -2.71 | 1.150 | 93 | 0.021 | -4.99; -0.427 |
| Роловой переход | -0.425 | 1.495 | 93 | 0.777 | -3.39; 2.54 |
| Межличностный дефицит | -0.167 | 2.44 | 93 | 0.946 | -5.02; 4.68 |
| Качество жизни после лечения | | | | | |
| Переживание горя | -7.75 | 3.91 | 93 | 0.05 | -15.51; 0.008 |
| Роловой конфликт | 2.32 | 2.52 | 93 | 0.361 | -2.7; 7.33 |
| Роловой переход | 5.15 | 3.16 | 93 | 0.106 | -1.12; 11.42 |
| Межличностный дефицит | -10.27 | 5.12 | 93 | 0.048 | -20.43; -0.098 |

B – нестандартизированный коэффициент регрессии; SEB - стандартная ошибка B; df – степень свободы

В случае, когда проблемной областью является переживание отягощенного горя, мы можем наблюдать улучшение реакции на проблему, но не ее полное разрешение, и это представляется естественным. Гораздо больше случаев полного разрешения проблемы мы имеем при фокусировании ИПТ на ролевом конфликте. В то же время, препятствием для полного устранения проблемы является участие в ролевом конфликте других людей, которые находятся за рамками терапевтического процесса. Еще

более высоким показателем разрешения интерперсональной проблемы является ролевой переход. В данном случае ИПТ способствует развитию адаптивных навыков, особенно связанных с межличностным функционированием, что в свою очередь обеспечивает разрешение проблемы. Однако, самый высокий показатель полного устранения проблем мы могли обнаружить у депрессивных больных с дефицитом межличностных отношений. В ходе ИПТ, пациент, обучаясь коммуникационным навыкам, расширяет свой круг общения и получает доступ к ресурсам социальной поддержки.

ВЫВОДЫ

1. Большое количество проблемных зон у больных с более тяжелыми депрессивными симптомами, подтверждает правомерность модели генерирования стресса, в соответствии с которой предрасположенность к депрессии ассоциируется с накоплением стрессовых ситуаций в межличностных отношениях. [4]

2. Больные депрессией обнаруживают статистически значимое снижение уровня безопасной привязанности, в то время как показатели по другим типам привязанности (привязанность избегающего, амбивалентно-тревожного и амбивалентно-поглощающего типа) значительно выше, чем у здоровых лиц. Наличие у пациентов небезопасных типов привязанности, формирующихся еще до возникновения депрессии, приводит к неэффективным способам взаимодействия с окружающими, включая неспособность выстраивания доверительных отношений, решения спорных вопросов, обращения за помощью. [7, 10]

3. Амбивалентно-тревожный и амбивалентно-поглощающий типы привязанности выявляют сильную положительную корреляцию с выраженностью депрессивных симптомов и числом предшествующих депрессивных эпизодов, а так же умеренную отрицательную корреляцию с показателями качества жизни до начала лечения. Таким образом, лица с указанными типами привязанности подвержены более частым и более качеству их тяже-

лым эпизодам депрессии, оказывающим отрицательное влияние на качество их жизни. [2, 9]

4. Стиль коммуникации лиц, страдающих депрессивными расстройствами характеризуется меньшей степенью открытости, и соответственно, большим дистанцированием от окружающих. При этом открытость и доминирование ассоциируются безопасным типом привязанности, тогда как дистанцирование и подчиняемость связаны с негативными типами привязанности. [6]

5. Применение ИПТ отдельно или в сочетании с медикаментозным лечением позволяет эффективно устранять симптомы депрессии и повысить качество жизни больных депрессией. Степень и скорость редукции депрессивной симптоматики зависит от конкретной проблемной области, на которой фокусируется ИПТ. В отличие от изменений выраженности депрессивных проявлений, динамика улучшения показателей качества жизни в ходе терапевтического процесса зависит от уровня развития интерперсональных навыков у больных с депрессией до болезни. [7]

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При оказании помощи больным с различными депрессивными расстройствами рекомендуется проведение ИПТ в качестве самостоятельного или дополнительного, наряду с медикаментозной терапией, метода лечения.

2. При проведении ИПТ одновременно со стандартными методами обследования, включающими использование шкалы проблемной области ИПТ, шкалы депрессии Гамильтона и шкалы достижения цели ИПТ, целесообразно производить измерение качества привязанности, что позволяет установить характерные особенности межличностного функционирования и возможные препятствия при проведении психотерапии.

3. В процессе терапии необходимо учитывать стиль коммуникации депрессивных больных, который в случае своей неэффективности может создавать проблемы при взаимодействии с окружающими и ограничивать возможность доступа к ресурсам

социальной поддержки. В этой связи рекомендуется более широкое использование интерперсонального анализа и ролевых игр, направленных на развитие коммуникативных навыков, улучшающих показатели открытости и самостоятельности в общении.

4. В связи с внедрением в стране системы обязательного медицинского страхования рекомендуется включение краткосрочного курса ИПТ (12-15 сессий) в пакет услуг, покрываемых медицинской страховкой

5. В связи с необходимостью применения терапевтических вмешательств с доказанной эффективностью рекомендуется провести аккредитацию краткосрочного тематического курса по ИПТ, предназначенного для врачей психиатров и клинических психологов и организовать супервизию их последующей работы.

СПИСОК НАУЧНЫХ РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Касимова С.О. Социальное функционирование и качество жизни при депрессии: обзор современных исследований // Касимова С.О., Герайбейли Г.Ч. // *Azərbaycan Psixiatriya Jurnalı* № 1(24) - 2013, s.31-47.
2. Касимова С.О. Исследование типов привязанности у больных депрессией // *Azərbaycan Psixiatriya Jurnalı* № 2(25)-2013, s.88-99/ISSN 2027-43-06
3. Касимова С.О. Изучение коммуникации у больных с депрессией // Касимова С.О., Герайбейли Г.Ч. // *Журнал имени П.Б.Ганнушкина психиатрия и психофармакология* 2015, том 17. №5-6, стр.59-62.
4. Касимова С.О. Интерперсональные проблемные зоны // *Sağlamlıq* 2016. стр. 132-142/ISBN-5-8035-0168-9
5. Касимова С.О. Изучение качества жизни и социального функционирования больных депрессией в контексте интерперсональной психотерапии // *Azərbaycan Dövlət Müstəqilliyinin bərpasının 25-ci ildönümünə həsr olunmuş Təbabətin aktual problemləri 2017 (elmi-praktik konfransın materialları)* s.94.
6. Касимова С.О. Изучение особенностей типа привязанности и стиля социальной коммуникации больных депрессиями в контексте интерперсональной психотерапии // *Российский Психологический Журнал* 2019, том 16 №2, стр. 80-25.
7. Касимова С.О. Изучение стиля коммуникации у больных с депрессией // *Tibb fakultəsinin yaradılmasının 100 illik yubileyinə həsr olunmuş Beynəlxalq Elmi-Praktik konfrans* 2019. 18-19 aprel. s.140
8. Касимова С.О. Сравнительное исследование особенностей привязанности у больных депрессией в контексте интерперсональной психотерапии // *Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri*. 2019; №3, səh.279-283.
9. Касимова С.О. Изучение привязанности в контексте интерперсональной психотерапии // *X International Scientific Conference 25.12.2019 Global Science. Development and novelty* 2019 (10) Мюнхен, Германия.

10. Касимова С.О Сравнительное исследование особенностей привязанности у больных депрессией в контексте интерперсональной психотерапии // Sağlamlıq, 2020, №2, стр. 79-84.
11. Касимова С.О Проблемная зона: межличностный ролевой переход. // «Актуальные проблемы медицины-2021» материалы международного научно-практического конгресса 6-8 октября 2021, Tamerlan Əliyev 100, стр. 221

Защита диссертации состоится «14» ноября 2021 года в 14.00 на заседании Диссертационного совета ED 2.05, действующего на базе Азербайджанского медицинского университета.

Адрес: AZ 1022 г. Баку, ул. А.Гасымзаде, 14 (конференцзал).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Азербайджанского медицинского университета.

Электронная версия диссертации и автореферата размещена на официальном сайте Азербайджанского медицинского университета (www.amu.edu.az).

Автореферат разослан по соответствующим адресам «15» октября 2021 года

Подписано в печать: 12.10.2021

Формат бумаги: 60x84 1/16

Объем: 37047 символов

Тираж: 70