

Психологическая оценка качества жизни больных шизофренией

*И. Д. Даренский, доктор медицинских наук, Первый МГМУ им. И.М.Сеченова,
doctor@post.ru*

В. Г. Ерофеева, медицинский психолог, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения психиатрическая больница № 13, г. Москва, vora@yandex.ru

Исследование динамики качества жизни больных шизофренией и шизоаффективными расстройствами в ходе лекарственной и групповой психотерапии является одним из важных показателей эффективности лечения и свидетельством реабилитационного потенциала. Получение социальных, бытовых и субъективно-психологических показателей качества жизни и обеспечение их объективности представляет определенные трудности. Данная работа посвящена оценке возможности применения экспериментально-психологических методик для оценки качества жизни больных шизофренией, определению их сопоставимости, рассмотрению достоинств и недостатков методов, а также оценке влияния психотерапии на изменение показателей качества жизни пациентов. В результате обнаружено, что экспериментально-психологическое исследование позволяет верифицировать положительную динамику таких косвенных показателей качества жизни, как самооценка, уровень притязаний, социализация, критичность и эмоциональная зрелость. Чувствительными к психотерапевтическому воздействию оказались такие личностные факторы, как самооценка, эмоциональная зрелость, критичность и уровень социализации. В значительной мере редуцировался уровень психологической защиты в рамках тревожно-депрессивных расстройств. Отмечено осознание собственной роли в формировании и течении заболевания, изменение внутренней картины болезни.

Ключевые слова: качество жизни, больные шизофренией и шизоаффективными расстройствами, методика «самооценка», модифицированный тест межличностных отношений Т.Лири, рисуночный тест «человек под дождём», ММРІ.

Введение

Понятие качество жизни включает в себя все аспекты функционирования психически больного человека. В настоящее время отмечается недостаток теоретических и методологических исследований по психологическим аспектам качества жизни. Поэтому существует проблема его измерения в клинических условиях [3]. Проведение такого исследования имеет практическую направленность и связано с запросами клиники.

Прежде всего, необходимо различать субъективную и объективную составляющие качества жизни. Важно отметить, что оценки уровня качества жизни

самим больным, его близкими и врачом достаточно часто расходятся. Тем не менее именно сам пациент может определить, что хорошо, а что плохо для него. В современных исследованиях распространено представление о качестве жизни как о степени удовлетворенности своим физическим, психологическим, социальным и духовным состоянием (благополучием). В связи с этим принципиальным является положение, что оценка качества жизни отражает именно степень удовлетворенности связанным со здоровьем уровнем жизни, а не сам связанный со здоровьем уровень жизни. Качество жизни – это субъективная оценка степени удовлетворенности жизнью, самооценка, самоотчет, которые дает сам человек, страдающий тем или иным заболеванием [1]. Таким образом, качество жизни является объективным показателем субъективности.

Сложности оценки качества жизни привели к созданию большого количества шкал и опросников [9]. Большинство из них, как правило, сосредотачиваются на отдельных аспектах выделяемых в настоящее время трех компонентов качества жизни: ощущение субъективного благополучия и удовлетворенность различными сторонами жизни; социальное функционирование; социальное положение (условия жизни) [5].

Но основное внимание уделяется вопросам субъективной оценки больными своего благополучия и функционирования [7]. В этих случаях данные, как правило, собираются путем заполнения соответствующих опросников самими обследуемыми, на основе чего делаются выводы, в частности, об уровне их социальной компетентности. При этом некоторые авторы рассматривают суждения самих пациентов как объективные показатели [8]. Однако встает вопрос о достоверности получаемых таким образом результатов, их соответствии реально существующей ситуации. Особенно важным это оказывается при обследовании хронически психически больных, которые нередко высказывают искаженные суждения. Восприятие своей жизни хронически психически больными может отличаться от общепринятого [10]. В частности, показано различие позиций по данному вопросу самих пациентов, их родственников и врачей-психиатров [10].

Цель и задачи данного исследования состояли в изучении возможности применения экспериментально-психологических методик для оценки качества жизни психически больных шизофренией и шизоаффективными расстройствами, рассмотрение их достоинств и недостатков, подбор методического инструментария, адекватного данной проблеме, а также экспериментально-психологическая оценка эффективности психотерапевтической работы для косвенной оценки изменения качества жизни пациентов.

Клиническая характеристика испытуемых

Исследование проводилось на базе психиатрической больницы № 13. На момент исследования все больные находились на стационарном лечении. Основными условиями включения испытуемых в экспериментальную группу являлись согласие больного на участие в эксперименте и отсутствие острой

психотической симптоматики. Всего в ходе работы было обследовано 16 человек, все женщины в возрасте от 22 до 67. Первая экспериментальная группа включала больных шизофренией и шизоаффективными расстройствами, проходивших курс групповой психотерапии (наряду со стандартным курсом фармакотерапии), всего 8 человек в возрасте от 22 до 67 лет, со средним образованием – 2 человека, с незаконченным высшим – 3 человека, с высшим образованием – 3 человека. Вторая контрольная группа состояла из больных шизофренией и шизоаффективными расстройствами, проходивших стандартный курс фармакотерапии, всего 8 человек в возрасте от 25 до 66 лет, со средним образованием – 4 человека, с незаконченным высшим – 2 человека, с высшим образованием – 2 человека (табл. 1).

Таблица 1.

Общая характеристика обследованных

№	Характеристика	Экспериментальная группа	Контрольная группа
1	2	3	4
1	Количество	8	8
2	Возраст	22 – 67 лет	25 – 66 лет
3	Пол	Женский	Женский
4	Образование		
	а) среднее	2 человека	4 человека
	б) незаконченное высшее	3 человека	2 человека
	в) высшее	3 человека	2 человека
5	Длительность заболевания	От 1 до 17 лет	от 1 до 17 лет
6	Ведущий синдром	Депрессивно-параноидный, депрессивный	Депрессивно-параноидный, депрессивный

Диагноз и форма шизофрении и шизоаффективных расстройств определялись согласно МКБ-10. Для всех больных, проходивших курс психотерапевтической коррекции, было характерно наличие нарушений мышления по диссоциативному типу с нецеленаправленностью мыслительного процесса, непоследовательностью суждений, искажениями процесса обобщения с разноплановым подходом к выделению существенных признаков, фрагментарностью восприятия. Эти нарушения мышления наряду с достаточно глубокими регрессивными процессами, характерными для психотических и постпсихотических состояний, существенно затрудняли работу.

Главными задачами, решавшимися в ходе психотерапевтической работы в рамках исследования, являлись: 1) коррекция внутренней картины болезни с целью формирования более реалистического отношения к ней; 2) научение навыкам

управления своим эмоциональным состоянием с целью предотвращения рецидивов болезни; 3) социальная активация больных и смягчение их реакций на отношение общества к психической болезни; 4) коррекция деформированных коммуникативных структур с целью предотвращения общественной и межличностной изоляции и аутизации.

Методической основой психотерапии были схемы ведения психотерапевтических групп для психически больных, предложенных рядом авторов [2]; [4]. Ведущей составляющей работы психотерапевтической группы являлась психообразовательная программа, включающая формирование правильного представления о психическом заболевании, об управлении медикаментозной терапией, о преодолении стигматизации, нормализации социального функционирования в условиях болезни, а также научение навыкам совладания с болезнью.

В цели психотерапевта входило создание коммуникативной системы, направление тематики встреч, при этом ведущая роль отводилась больным, так как часто суждения других больных оказывались для них более убедительными, чем аналогичные высказывания врача. Основными направлениями были обсуждения способов жизни с болезнью, жизни до болезни и с болезнью, увлечений и хобби, помогающих бороться с болезнью, отношений с родственниками и друзьями, проблемы распространения информации о своей болезни среди знакомых. Пациентам было предложено активное включение в групповую работу с самостоятельным выбором тем для обсуждения и самостоятельной подготовкой ими материалов.

Курс групповых занятий составлял 12 сессий продолжительностью 90 минут каждая, численность пациентов в группе – 8 человек. В проведении психотерапевтических занятий принимали участие клинический психолог и психиатр, лечащие врачи отделения. Поощрялось участие в работе группы родственников больных.

Методы исследования

Оценку состояния эмоционально-личностных нарушений производили с помощью экспериментально-психологических методик. На основании анализа литературных данных, в соответствии с традиционными клинико-психологическими исследованиями, а также в соответствии с целями, задачами и гипотезой данного исследования был сформирован экспериментально-психологический комплекс, состоящий из 4 методик: «Самооценка» (С. Я. Рубинштейн), «Модифицированный тест межличностных отношений Т.Лири» (модификация Л. Н. Собчик), рисуночный тест «Человек под дождём», СМЛ (Л. Н. Собчик, модифицированный вариант ММРІ) [6]. Порядок предъявления методик не был жестко задан. Все больные активно и с желанием участвовали в исследовании.

Сравнивая показатели тех и других методик, мы оценивали адекватность их использования. Также сравнивались изменения иных косвенных показателей качества жизни больных шизофренией и шизоаффективными расстройствами (эмоционально-личностных нарушений) при прохождении больными курса восстановительной терапии (групповой психотерапии).

Анализ результатов исследования был произведен качественно и количественно. Качественный анализ представлен описательно, а количественный производился при помощи векторного анализа, а также процентных изменений. Анализ проводился по всем методикам отдельно следующим образом.

Для каждого испытуемого вычислялось относительное изменение параметра методики (Δa), например «аутистические признаки» в методике «Человек под дождем» по формуле:

$$\Delta a = (a_1 - a) / a; \text{ где}$$

a – результат первичного обследования испытуемого,

a_1 – результат повторного обследования испытуемого.

Вычисляется среднее относительное изменение по группе ($\bar{\Delta} a$)

$$\bar{\Delta} a = \sum \Delta a_i / 8; \text{ где}$$

8 – количество испытуемых в группе.

Вычисляется \vec{S} сила изменений по методике в целом $(|S|) |S| = \sqrt{\bar{\Delta} a_1^2 + \bar{\Delta} a_2^2 + \dots + \bar{\Delta} a_n^2}$

Результаты вычислений приводятся в таблицах результатов исследования. Далее следует качественный анализ результатов исследования.

Результаты исследования и обсуждение

Рисуночный тест «Человек под дождем»

С помощью теста мы пытались косвенно оценить качество жизни психически больных через использование характеристик социализации и уровня активности. Социализация оценивалась по количеству аутистических признаков (стереотипия, схематизм, измененная символизация) в рисунке «Человек под дождем», а также по проработанности психологических защит (подсчитывалось количество использованных в рисунке защитных средств). Уровень активности оценивался по размеру рисунка, по общему количеству деталей и времени рисования. Средние показатели групп, обследованных до и после прохождения курса фармакотерапии и комплексной терапии (фармакотерапия + групповая психотерапия), представлены в табл. 2.

Таблица 2.

Данные рисуночного теста «Человек под дождем»

№	Шкалы		Экспериментальная группа				Контрольная группа			
			Первичн. обслед.	Изменение %	Ср. изменение	Повторн. обслед.	Первичн. обслед.	Изменен %	Ср. изменен	Повторн. обслед.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Уровень социализации	Аутистические признаки	0,25	↓ 100	0,68	0,00	0,37	↓ 32	0,19	0,25
2		Количество защитных средств	2,00	↑ 57	0,32	3,13	2,38	↑ 26	0,41	3,00
3	Уровень активности	Размер рисунка	14,38	↑ 7	- 0,13	15,38	15,13	↓ 3	- 0,13	14,62
4		Количество деталей	4,50	↑ 31	0,11	5,88	3,63	0	0,01	3,63
5		Время рисования	1,11	↑ 12	0,29	1,24	0,50	↑ 178	0,50	1,39
6	Сила изменений		0,82				0,69			

В группе больных, проходящих курс психотерапии, аутистические признаки (человек нарисован боком, спиной) на первом этапе обследования присутствовали в меньшем количестве (0,25 аутистических признака на рисунок) в сравнении с контрольной группой (0,37 аутистических признака на рисунок), что отражает большую готовность больных экспериментальной группы к межличностным взаимодействиям, завязыванию контактов. Однако среднее количество защитных средств (в среднем 2 в экспериментальной группе и 2,38 в контрольной группе признака на рисунок) свидетельствовало о нехватке адекватных навыков общения и разрешения межличностных противоречий. Такое противоречивое сочетание в реальной жизни больных может приводить к разочарованиям, снижению самооценки и, в конечном итоге, к депрессивным переживаниям.

На втором этапе обследования отмечалось улучшение показателей уровня социализации в обеих группах, но со значительным перевесом в группе, проходившей курс групповой психотерапии. Так, если в контрольной группе количество аутистических признаков уменьшилось на 32%, то в экспериментальной

группе они исчезли вовсе. А количество защитных средств, которое возросло в контрольной группе на 26%, в экспериментальной группе возросло на 57%, что, в свою очередь, говорит об общем улучшении показателей уровня социализации, отражает рост готовности больных обеих групп к межличностным взаимодействиям, нарастанию навыков взаимодействия и завязывания контактов.

На первом этапе обследования средний размер рисунка составил 14,38 см в экспериментальной группе, что примерно на 20% меньше нормативных показателей, и 15,13 см в контрольной группе, что примерно на 16% меньше нормативных показателей. Это отражает недостаточную активность больных, сниженный фон настроения и самооценки. Среднее количество деталей в рисунке – 4,5 в экспериментальной группе и 3,63 в контрольной группе, что свидетельствует об отстраненности и недостаточной заинтересованности. В некоторых рисунках преобладает высокая степень нажима линии, что свидетельствует о тревожности больных. Время рисования 1 мин. 11 секунд в экспериментальной группе и 50 секунд – в контрольной.

На втором этапе обследования в экспериментальной группе на 7% увеличился размер рисунка, а в контрольной группе, напротив, уменьшился на 3%, что указывает, соответственно, на незначительное повышение в первом случае и снижение во втором случае активности, общего фона настроения и самооценки. Количество деталей рисунка в экспериментальной группе возросло на 30%, что указывает на увеличение заинтересованности процессом обследования, в контрольной же группе оно осталось прежним. Время рисования в экспериментальной группе возросло на 11%, а в контрольной группе – на 178%; такой значительный рост времени, затраченный на рисование в контрольной группе при отсутствии разнообразия, тщательности проработки деталей свидетельствует о большей угнетенности и заторможенности больных, что подтверждается и данными других методик. Изменение времени рисования отражает редукцию энергетического потенциала в контрольной группе.

Можно отметить увеличение эмоциональной составляющей уровня активности, нарастания внимания к деталям, большую адекватность активности (количество деталей, время рисования). Однако однозначного роста энергетического потенциала не отмечается, размер рисунков остается приблизительно одинаковым, но следует отметить разнонаправленность динамики этого показателя: хоть и незначительный, но его рост в экспериментальной группе и уменьшение – в контрольной. Сила изменений в экспериментальной группе 0,82, а в контрольной группе – 0,69, что тоже указывает на перевес положительной динамики уровня социализации и активности экспериментальной группы.

Таким образом, можно констатировать динамику косвенных показателей качества жизни, таких как уровень социализации в части субъективных ее составляющих, например, взаимоотношения с родственниками, положение в семье, широта круга общения и т.д.

Многофакторный метод исследования личности (ММПИ)

С помощью этого метода косвенно оценивалось качество жизни больных по следующим параметрам: уровень социализации (8, 0, К шкалы), уровень активности (4, 9 шкалы), уровень критичности (9 шкала), степень выраженности клинических расстройств (F, 2, 6, 7 и 8 шкалы) [6]. Повышенный бал по восьмой шкале, ее доминирование в профиле личности выявляют эмоциональную холодность, неадекватность и своеобразие мышления, затрудняющие контакты с окружающими людьми и заставляющие человека ограничивать свои взаимоотношения с окружающими, защищаться от неприятных эмоций, от контактов с помощью дистанцирования и аутизации. Нулевая шкала прямо оценивает затруднения при осуществлении межличностных контактов, обуславливающие замкнутость, необщительность, аутистические черты [6].

Шкала «К» отражает озабоченность своим социальным статусом, стремление к соблюдению социальных норм и учета мнения окружающих людей, способность человека контролировать свои эмоции и поведение, а также корректировать их в зависимости от мнения окружающих с помощью интеллектуальной переработки информации (то есть с помощью интеллектуальных защитных механизмов). «F» – шкала достоверности, также дающая возможность оценить уровень эмоциональной устойчивости, степень психической дезинтеграции. С помощью сочетания четвертой и девятой шкал можно оценить уровень поведенческой и личностной активности, эмоциональную и поведенческую экспрессивность; часто при описании методики их называют шкалами стенического регистра. Сочетание шкал второй, шестой, седьмой и восьмой оценивают степень выраженности клинических расстройств, таких как депрессия, тревога, наличие бредовых переживаний и неадекватность, вычурность поведения [6].

Таблица 3.

Данные многофакторного метода исследования личности ММПИ

№	Шкалы	Экспериментальная группа				Контрольная группа			
		Первичное обследование	Изменения		Повторное обследование	Первичное обследование	Изменения		Повторное обследование
			%	Ср. изменения			%	Ср. изменения	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	L	2,38	↑ 53	0,69	3,63	3,75	↑ 7	0,2	4,00
2	F	9,50	↑ 8	0,13	10,25	10,00	↓ 18	-0,05	8,25
3	K	9,50	↑ 13	0,81	10,75	11,38	↓ 14	-0,13	9,75
4	1	15,88	↓ 16	-0,15	13,38	17,88	↓ 15	-0,11	15,13
5	2	25,88	↓ 15	-0,13	22,00	27,75	↓ 3	-0,02	26,88

6	3	20,25	↑ 1	0,03	20,50	22,50	↓ 8	-0,06	20,75
7	4	24,75	↑ 9	0,07	26,88	23,38	↑ 3	0,08	24,00
8	5	31,75	↓ 4	-0,02	30,38	29,38	↑ 16	0,18	34,13
9	6	10,88	↑ 1	0,02	11,00	13,25	↓ 2	0,09	13,00
10	7	29,63	↓ 19	-0,18	24,00	33,25	↓ 5	-0,02	31,50
11	8	30,63	↓ 9	-0,08	28,00	34,25	↓ 2	0,003	33,63
12	9	22,75	↓ 7	-0,02	21,25	18,75	↑ 3	0,12	19,38
13	0	24,13	↓ 31	-0,29	16,75	32,75	↓ 23	-0,21	25,38
Сила изменени й	1,15					0,43			

При проведении методики ММРІ в группах больных получены следующие усредненные профили (табл. 3): на первом этапе исследования в экспериментальной группе – F-KL: 9428-56713/0.; в контрольной группе – F-LK: 826574-1039/; на втором этапе исследования в экспериментальной группе – F-KL: 459-86231/70.; в контрольной группе – F-LK: 86247-95310/. В группе больных, проходивших курс психотерапии, все показатели уровня социализации имели положительную динамику (снижение профиля по восьмой и нулевой шкалам, повышение по шкале «К»). В контрольной группе наибольшая положительная динамика отмечалась по нулевой шкале, результаты по восьмой шкале снизились незначительно, а по шкале «К» отмечалась негативная динамика, что отражает некоторую редукцию аутистической симптоматики под воздействием фармакотерапии, которая, однако, не повышает личностной устойчивости и не разнообразит арсенал личностных защит в сравнении с группой, подвергшейся психотерапевтическому воздействию.

Уровень активности в обеих группах изменился примерно в равных пропорциях (рост показателя по четвертой шкале). По девятой шкале отражается рост активности по экзальтированному типу. Изменения в разных группах носили разнонаправленный характер. Отмечалось снижение активности в экспериментальной группе и нарастание в контрольной группе. Снижение показателей профиля по девятой шкале наряду с повышением активности по четвертой шкале выявляет рост эмоциональной зрелости, критичности, большему вниманию к своим промахам и недостаткам. Из чего автоматически следует большая доступность этих недостатков самостоятельной критике и коррекции. Если учесть, что в усредненном профиле больных экспериментальной группы девятая шкала занимала ведущее положение, что отражало фактически анозогностическую настроенность больных, их недостаточную критичность и переоценку своих возможностей, то ее снижение можно считать положительной динамикой. А применение только фармакотерапии не способствует росту критичности и адекватному отношению к болезни (повышение показателей профиля по девятой шкале в контрольной группе), что подтверждается также результатами проведения теста «Самооценка» (см. пункт 5.5.).

Что касается степени выраженности клинических расстройств, по шкале «F» показатели экспериментальной группы на втором этапе исследования увеличились

на 8%, а показатели контрольной группы на втором этапе исследования, напротив, уменьшились на 18%. По второй шкале показатели экспериментальной группы на втором этапе исследования уменьшились на 15%, а показатели контрольной группы на втором этапе исследования уменьшились на 3%. По шестой шкале показатели экспериментальной группы на втором этапе исследования увеличились на 1%, а в контрольной группе уменьшились на 2%. Шестая шкала отражает уровень паранойяльных расстройств, в обеих группах результаты по данной шкале фактически не изменились, что указывает на относительную резистентность (устойчивость) бредовых нарушений, как к действию фармакотерапии, так и к действию психотерапии. Трудность психотерапевтического воздействия на бредовые расстройства неоднократно отмечалась в литературе [2]. Динамика восьмой шкалы описана выше. Наиболее отчетливые изменения среди клинических шкал в психотерапевтической группе отмечались по второй шкале (депрессии) и седьмой шкале (тревоги), при том что в контрольной группе эти шкалы практически остались без изменений.

Сила изменений в экспериментальной группе составляет 1,15, а в контрольной группе – 0,43, что указывает на более глубокие изменения, произошедшие в контрольной группе в процессе лечения по сравнению с контрольной группой.

Таким образом, отчетливо заметно влияние психотерапевтического воздействия на уровень социализации больных и на положительную динамику тревожно-депрессивных расстройств, а также на рост критичности и эмоциональной зрелости. В меньшей степени выражено влияние психотерапевтического воздействия на уровень активности, и практически отсутствует влияние на расстройства паранойяльного круга. Динамика социализации, критичности и эмоциональной зрелости апеллирует к косвенным показателям качества жизни.

Модифицированный тест межличностных отношений Т. Лири

С помощью этой методики косвенно оценивались субъективные составляющие качества жизни по следующим параметрам: «Я реальное», то есть представление о себе на момент исследования, «Я идеальное», то есть каким бы хотел видеть себя испытуемый, и «Я больной», то есть представление испытуемого о себе в момент болезни, субъективное ощущение того, каким образом болезнь меняет его личность.

Таблица 4.

Данные модифицированного теста межличностных отношений Т.Лири.

№	Шкалы	Экспериментальная группа	Контрольная группа
---	-------	--------------------------	--------------------

		Первичн обслед.	Изменен ия %	Средн. изменен ия	Повторн обслед.	Первичн обслед.	Изменен ия %	Средн. изменен ия	Повторн обслед.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	«Я реальное»	5,94	↑ 1%	2,12	6,00	7,25	↑ 3%	1,20	7,44
2	«Я идеальное»	6,02	↑ 0,17%	0,40	6,03	6,93	↑ 7%	0,64	7,38
3	«Я больной»	3,89	↑ 9%	2,65	4,24	6,33	↑ 25%	1,07	7,92
4	Сила изменений	5,17				2,91			

Пациенты обеих групп при первичном обследовании оценили себя примерно одинаково, как людей с преобладанием пассивно-зависимых черт, с повышенным уровнем чувствительности, тревожности, эмоциональной неустойчивости (табл. 4). В результате лечения у пациентов экспериментальной группы отмечалась небольшая редукция пассивно-зависимых черт и небольшой рост активности, в целом же пациенты этой группы стали воспринимать себя более конгруэнтными. Пациенты контрольной группы отметили существенное нарастание у себя пассивности, зависимости, тревожности, эмоциональной неустойчивости и в общем стали воспринимать себя еще менее конгруэнтными по сравнению с первичным обследованием.

Образ себя больного при первичном обследовании в экспериментальной группе был практически полностью интегрирован в образ «Я», то есть не воспринимался как чуждый. После лечения образ себя во время болезни несколько расширился за счет большего осознания роли собственной активности в развитии и течении своего заболевания, но образ «Я больной» не стал занимать в личностном пространстве большей площади, просто переструктурировался.

Пациенты контрольной группы при первичном обследовании показали аналогичные результаты, то есть образ «Я больной» был интегрирован в образ «Я реальное», не воспринимаясь как чуждый, но с той разницей, что «Я больной» занимал большую площадь в структуре личности. После лечения образ «Я больной» занял практически все личностное пространство, даже несколько перекрыв «Я реальное» по уровню агрессии, из чего можно заключить, что личность оказалась фактически поглощена болезнью.

Соотношение реального и идеального образов «Я» в экспериментальной группе до лечения отражало недовольство пациентов практически всеми чертами своей личности, в наибольшей степени недовольство своей пассивностью, зависимостью и агрессивностью. При повторном обследовании, после проведения лечения, образы идеального и реального «Я» существенно сблизились, в большей мере за счет изменения восприятия себя и в меньшей степени за счет изменений требований к себе (образа идеального «Я»). Такое сближение реального и идеального образов «Я» создает более успешные предпосылки для работы над собой, делает ее более реалистичной, что в целом можно оценить как положительную личностную динамику.

В контрольной группе расхождения образов идеального и реального «Я» при первичном обследовании отмечались по меньшему количеству шкал, но по объему приблизительно соответствовали экспериментальной группе. После лечения несоответствие «Я реального» и «Я идеального» увеличилось преимущественно за счет более выраженного недовольства своими пассивно-зависимыми чертами и недостатком активности и настойчивости. При этом претензии к себе выросли даже по тем шкалам, по которым их не было до лечения и которые не имели негативной динамики в процессе лечения. То есть в результате лечения выросло недовольство собой и усугубились требования к себе, несмотря на признание себя больным (смотри интерпретацию «Я больной»).

Можно резюмировать, что психотерапевтическое лечение оказывает положительное влияние на удовлетворенность пациентов собой, на правильную оценку роли болезни в структуре своей личности и жизни. Психотерапевтическое лечение позволяет более реалистично относиться к своим притязаниям, что, в конечном счете, существенно улучшает качество жизни в части «Удовлетворенности своим состоянием», то есть такие ее аспекты, как удовлетворенность своим психическим состоянием, физическим самочувствием, образованием, профессией и т.д.

Сила изменений в экспериментальной группе составила 5,17, а в контрольной группе 2,91, что отражает гораздо более адекватную оценку роли болезни в структуре своей личности, более реалистичную оценку своих притязаний и большую удовлетворенность собой больных экспериментальной группы в сравнении с контрольной группой.

Методика самооценки

С помощью данной методики оценивались субъективные представления больных о своем здоровье, уме, характере, счастье, работоспособности, общительности (табл. 5).

Таблица 5.

Данные методики самооценки

№	Шкалы	Экспериментальная		Изменения %	Средн. относит. изменения	Контрольная		Изменения %	Средн. относит. изменения
		Первичн. обслед.	Повторн. обслед.			Первичн. обслед.	Повторн. обслед.		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Здоровье	5,20	5,53	↑	0,13	5,00	7,74	↑ 5,48	1,16

				6,34					
2	Ум	6,50	7,11	↑ 9,38	0,09	4,48	6,34	↑ 41,52	0,91
3	Характер	7,18	7,55	↑ 5,15	0,22	4,30	7,14	↑ 66,05	1,36
4	Счастье	5,81	6,56	↑ 12,91	0,93	4,00	5,44	↑ 36,00	1,66
5	Работоспос обность	6,55	7,13	↑ 8,85	0,17	3,10	6,05	↑ 95,16	2,04
6	Общительн ость	7,31	9,24	↑ 26,40	0,81	4,98	8,41	↑ 68,88	2,30
7	Сила изменения	1,27				4,03			

В экспериментальной группе средние оценки по шкалам либо соответствовали норме, либо были несколько завышены (по шкалам «Характер» и «Общительность»). В контрольной же группе практически все оценки были занижены. В результате лечебного воздействия (фармако- и комбинированной терапии) мы ожидали умеренную позитивную динамику шкальных оценок. Такая динамика отмечалась в экспериментальной группе. В контрольной же группе динамика была столь существенной, что практически половина оценок, а именно по шкалам «Здоровье», «Характер», «Общительность», превысили нормативные показатели, что обычно трактуется как неадекватность, завышенность самооценки, описывается в литературе как специфический защитный механизм, помогающий личности сохранить самоуважение и позитивное отношение к себе в условиях завышенных притязаний и частых ситуаций неуспеха.

Таким образом, можно фактически констатировать, что психотерапевтическое воздействие формирует адекватную самооценку и обеспечивает ее мягкую позитивную динамику. В то время как отсутствие психотерапевтической коррекции активизирует невротические виды защит, что не способствует дальнейшей адаптации, а, напротив, прогнозирует более высокую вероятность дезадаптации пациентов после окончания лечения.

Положительная динамика в адекватности самооценки косвенно влияет на качество жизни больных и апеллирует к субъективной оценке больными качества своей жизни, например, удовлетворенности жизнью в целом, своим психическим состоянием, физическим самочувствием и т.д.

Сила изменений в экспериментальной группе составила 1,27, а в контрольной группе 4,03, что отражает неадекватно завышенную самооценку у больных контрольной группы по сравнению с экспериментальной.

Заключение

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что для оценки косвенных показателей качества жизни больных вполне адекватно использование экспериментально-психологических методик. Результаты, полученные с помощью экспериментально-психологических методик, дифференцированы, чувствительны к динамике показателей, составляющих качество жизни, что подтверждается данными математического анализа. Экспериментально-психологические методики дают возможность более структурированно оценить произошедшие изменения.

Комплексный подход к лечению больных шизофренией и шизоаффективными расстройствами (лекарственная терапия и групповая психотерапия) влияет на положительную динамику таких косвенных показателей качества жизни, как самооценка, уровень притязаний, социализация, критичность, эмоциональная зрелость. Наиболее чувствительными к психотерапевтическому воздействию оказались личностные факторы: самооценка, эмоциональная зрелость, критичность и уровень социализации. В большей мере редуцировался уровень психологических защит в рамках клинической картины тревожно-депрессивного расстройства. Отмечено осознание собственной роли в формировании и течении заболевания, изменение внутренней картины болезни.

Литература

1. Бурковский Г.В., Кабанов М.М. и др. Использование опросника качества жизни (Версия ВОЗ) в психиатрической практике. Пособие для врачей и психологов. Спб, 1998.
2. Вид А.В. Психотерапия шизофрении. Спб, 2001.
3. Даренский И.Д. и др. Методологические подходы к оценке качества жизни наркологических пациентов / Материалы общероссийской конференции психиатров. М., 2008.
4. Даренский И.Д. Методы психотерапии наркологических больных. М., 2007.
5. Митрофанова О.И. Качество жизни больных шизофренией в разных группах населения (клинико-социальный и гендерный аспекты) / автореферат дис. к.м.н. М., 2008.
6. Собчик Л.Н. СМЛ (ММРІ) Стандартизированный многофакторный метод исследования личности. Практикум по психодиагностике. Спб., 2003.
7. Gill T.M., Feinstein A.R. A critical appraisal of the quality of life instruments // JAMA. 1994.Vol.272, N 8.
8. Lehman A.F., Postrado L.T., Rachuba L.T. Convergent validation of quality of life for persons with severe mental illnesses // Quality of Life Research.1993.Vol.2, N 5.

9. *O'Connor F.W., Eggert L.L.* Psychosocial assessment for treatment planning and evaluation // J. Psychosoc. Nurs. 1994. Vol.32, N 5.
10. *Sainfort F., Becker M., Diamond R.* Judgments of quality of life of individuals with severe mental disorders // Amer. J. Psychiat. 1996. Vol.153.

Psychological evaluation of the quality of life of patients with schizophrenia

I. D. Darensky, Doctor of Medicine, First Moscow State Medical University named after I.M.Sechenov, doctor@post.ru

V. H. Erofeeva, psychologist, psychiatric hospital № 13, Moscow, voraa@yandex.ru

The research of dynamics of the quality of life of patients with schizophrenia and schizoaffective disorders during medical and group psychotherapy is one of the important parameters of efficiency of treatment and a sign of rehabilitation potential. Acquiring the social, household and subjective - psychological parameters of the quality of life and securing their objectivity is related to certain difficulties. This contribution is dedicated to the evaluation of possibility of application of experimental-psychological techniques for an evaluation of the quality of life of patients with schizophrenia, definition of their comparability, consideration of advantages and disadvantages of various methods, as well as evaluation of the influence of psychotherapy on the changing of parameters of the quality of life of the patients. As a result of the research it is revealed that experimental - psychological research allows to verify the positive dynamics of such indirect parameters of quality of life as self-evaluation, level of claims, socialization, criticism and emotional maturity. Such personal factors, as a self-estimation, emotional maturity, criticism and level socialization are sensitive to psychotherapeutical influence. The level of psychological protection in anxiety-depressive disorders was significantly reduced. The comprehension of one's own role in the development and course of the disease, changes of the internal picture of disease are noted.

Keywords: quality of life, patients with schizophrenia and schizoaffective disorders, "self-evaluation" technique, T. Leary's modified test of interpersonal relations, picture test «a man under rain», MMPI.

Literature

1. *Burkovskii G.V., Kabanov M.M. i dr. Ispol'zovanie oprosnika kachestva jizni (Versiya VOZ) v psihiatricheskoi praktike. Posobie dlya vrachei i psihologov. Spb, 1998.*
2. *Vid A.V. Psihoterapiya shizofrenii. Spb, 2001.*

3. *Darenskii I.D.* i dr. Metodologicheskie podhody k ocenke kachestva jizni narkologicheskikh pacientov / Materialy obscherossiiskoi konferencii psihiatrov. M., 2008.
4. *Darenskii I.D.* Metody psihoterapii narkologicheskikh bol'nyh. M., 2007.
5. *Mitrofanova O.I.* Kachestvo jizni bol'nyh shizofreniei v raznyh gruppah naseleniya (kliniko-social'nyi i gendernyi aspekty) / avtoreferat dis. k.m.n. M., 2008.
6. *Sobchik L.N.* SMIL (MMPI) Standartizirovannyi mnogofaktornyi metod issledovaniya lichnosti. Praktikum po psihodiagnostike. Spb., 2003.
7. *Gill T.M., Feinstein A.R.* A critical appraisal of the quality of life instruments // JAMA. 1994.Vol.272, N 8.
8. *Lehman A.F., Postrado L.T., Rachuba L.T.* Convergent validation of quality of life for persons with severe mental illnesses // Quality of Life Research.1993.Vol.2, N 5.
9. *O'Connor F.W., Eggert L.L.* Psychosocial assessment for treatment planning and evaluation // J. Psychosoc. Nurs. 1994. Vol.32, N 5.
10. *Sainfort F., Becker M., Diamond R.* Judgments of quality of life of individuals with severe mental disorders // Amer. J. Psychiat. 1996. Vol.153.