

Румянцевой и другие, помогающие больному объективизировать и понять собственные переживания, а врачу – оценить феноменологически страдания пациента.

Необходимо подчеркнуть, что любая психотерапевтическая работа с больными шизофренией невозможна в отсутствие параллельно проводимой биологической терапии. Психофармакотерапия облегчает общение с больным, а зачастую является единственным условием установления психотерапевтического контакта. Регулирование лекарственными режимами способствует удержанию пациента в психотерапевтическом процессе. Психофармакотерапия и психотерапия реципрокно повышают у больных комплайенс к обоим лечебным подходам. С помощью психотерапии удастся привлечь больных к приему лекарств, она позволяет закрепить успехи, достигнутые психофармакотерапией.

УДК 616.895.8:614.1:314

Ковальский Л.А.

САМОАКТУАЛИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА С РАЗЛИЧНЫМИ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ

Республиканская клиническая психиатрическая больница, г.Донецк

По мере того как личностно-ориентированные подходы к оказанию психиатрической помощи начинают вызывать все больший интерес со стороны клиницистов, занятых терапией расстройств, условно относящихся к «большой психиатрии», возрастает необходимость более точного определения особенностей, специфики изменения личности у этой группы пациентов. Развитие глубоких, деструктивных изменений личности у людей, страдающих шизофренией, шизотипическим, бредовыми и другими расстройствами, относящимися к группе шизофреноподобных, не вызывают сомнений и регулярно наблюдаются в клинической практике. Но более точное определение характера таких изменений, наиболее уязвимых сфер жизнедеятельности личности, равно как и их поливариантность у разных больных представляется затруднительным, и в лучшем случае расценивается на синдромальном уровне. В тоже время именно взаимодействие больных с окружающим миром вне клиники в наибольшей мере влияет на качество жизни, сохранение которого является важнейшей задачей психиатрии.

В основу настоящего исследования была положена гипотеза о том, что изменения характера взаимодействия личности больного с окружающим миром могут быть предопределены не только свойствами заболевания, но и рядом других факторов. Целью исследования являлось выявление факторов, в наибольшей мере связанных с альтерацией личности, а также выявление сфер жизнедеятельности личности, в которых эти факторы имеют наибольшую значимость.

Материал и методы исследования. В исследовании участвовали 48 больных шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра (17 женщин и 31 мужчина) с различными социально-демографическими (возраст, образование, социальный статус, материальные условия жизни, состав семьи) характеристиками и различной давностью заболевания. Для исследования статуса личности использовался самоактуализационный тест (САТ) Э.Шострома, оценивающий суждения ценностного и поведенческого характера. Метод математической обработки результатов включал использование статистических методов анализа с использованием лицензионного пакета статистического анализа «Statistica 5.5» (StatSoft) на IBM PC/AT. В ходе обработки данных использовался однофакторный дисперсионный анализ с применением HSD критерия Тьюки. Во всех случаях отличия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение.

Среднее значение по шкале поддержки у больных, воспитывавшихся в неполной родительской семье ($47,41 \pm 1,1$) статистически достоверно выше ($p < 0,05$), чем у воспитывавшихся в полной семье ($43,8 \pm 1,1$). Гармоничность (гибкости) поведения больных, воспитывавшихся в неполной родительской семье ($12,5 \pm 0,63$) статистически достоверно выше ($p < 0,05$), чем у воспитывавшихся в полной