

УДК: 616.89 – 008.46 – 06:616.895.8]:615.851

Хроно-динамічні особливості автобіографічної пам'яті як маркери внутрішньої картини хвороби у хворих на розлади шизофренного кола

Безсмертний О. В.

Стаття присвячена проблемі вивчення мнестичної сфери хворих на параноїдну шизофренію (Ш), а саме – автобіографічній пам'яті (АБП) як ресурсу інформації про визначальні події у житті та їх ролі у катамнезі внутрішньої картини хвороби (ВКХ). На підґрунті вивчення хроно-динамічних особливостей АБП та патоперсоналогії хворих на Ш створено сучасну модифіковану методику психодіагностики «Я та пам'ять про хворобу» та принципи психокорекції ВКХ орієнтовані на мнестологію пацієнтів. Дана методика містить в собі чотири рівні відображення ВКХ, які можуть бути враховані при плануванні психокорекції.

Ключові слова: пам'ять, автобіографічні спогади, внутрішня картина хвороби, шизофренія, психометодологія, психодіагностика, психокорекція.

Статья посвящена проблеме изучения мнестической сферы больных параноидной шизофренией (Ш), а именно – автобиографической памяти (АБП) как ресурса информации об определяющих событиях в жизни и их роли в катанезе внутренней картины болезни (ВКБ). На основе изучения хроно-динамических особенностей АБП и патоперсоналогии больных Ш создана современная модифицированная методика психодиагностики «Я и память о болезни» и принципы психокоррекции ВКБ ориентированные на мнестологию пациентов. Данная методика включает в себя четыре уровня отображения ВКБ, которые могут быть учтены при планировании психокоррекции.

Ключевые слова: память, автобиографические воспоминания, внутренняя картина болезни, шизофрения, психометодология, психодиагностика, психокоррекция

The article is devoted to the study of the scope mnesic paranoid schizophrenia (SCH) patients – namely, autobiographical memory (ABM) as a resource for information, the events in the life and their role in catamnesis internal picture of the disease (IPD). Through the study of chrono-dynamic features of patients with SCH and pathopersonology SCH a modern modification of the psychodiagnostic «I and the memory of the disease» and the principles of psychocorrection IPD oriented mnestology patients. This methodology includes four levels of display IPD, which may be considered in the planning data psychocorrection.

Key words: memory, autobiographical memory, internal picture of the disease, schizophrenia, psychomethodology, psychodiagnostic, psychocorrection.

У психо[нейро]дисциплінах, в тому числі у медичній (клінічній) психології під сферою пам'яті (П) розуміють одну з психічних функцій, що характеризується збереженням, накопиченням й відтворенням одиниць інформації. П здатна довго зберігати інформацію про події зовнішнього світу та реакції організму, і багаторазово використовувати її в свідомості для організації подальшої діяльності [2, 7, 9].

П має об'єм, обмежений кількістю стабільних процесів, які є опорними при створенні асоціацій, взаємно спливаючих відносин між всіма психічними сферами. Психологічні дослідження мнестичних якостей представляють особливо важливу роль для поглибленого розуміння вже відомих особливостей П та розкриття сутності їх змін під впливом хвороб, зовнішніх факторів різного походження [13].

Відомо, що певні патопсихологічні зміни мнестичної й асоціативної продукції є маркерами того або іншого психічного розладу. Клініко-психологічна змістовність характеристик П обумовлена проведенням заходів спрямованими на психіку людини так яку. Без ресурсів П також не можливо провести психотерапію, психопрофілактику й навіть наративного клінічного інтерв'ювання, дослідження психоанмнезу, які опираються на автобіографічні спогади пацієнтів [8, 11, 17].

Так, під автобіографічною пам'яттю (АБП) у загальній та медичній (клінічній) психології розуміють підсистему декларативної довгострокової П, що використовує спогади про визначальні події, стани особистості [3, 14]. Людина суб'єктивно відображує минулий життєвий шлях, який складається з фіксації, зберігання, інтерпретації, актуалізації автобіографічно визначального; відтворює самоідентичність особистості як унікального феномену психічного [5, 6].

Недостатня вивченість мнестичної сфери хворих на шизофренію (Ш), особливо хроно-динамічної й семантичної складової П підкреслює минулі хрестоматійні уявлення про інтактність П на тлі психопатології ендогенно-процесуального регістру. Більшість авторів вказують на те, що П при Ш активно не порушується. Такі уявлення свідчать про неглибоку й формалізовану вивченість П в залежності від рівнів активності свідомості [15].

Крім того, внутрішня картина хвороби (ВКХ), дослідження якої при різних нервово-психічних розладах є одними з самих перспективних й важливіших, пов'язана на етапі катамнезу при Ш із спогадами й відчуттями про хворобливий стан [16]. Автобіографічні спогади про спектр переживань продуктивної психотичної симптоматики дає суб'єктивне відображення пройденого людиною відрізка життя по відношенню до об'єктивно існуючої хвороби [4].

Феноменологія ВКХ вказує на виражений взаємозв'язок П хворого із самосвідомістю та є відображенням не просто типології ставлення до хвороби, а й змін образу життя, актуальної діяльності пацієнта [10]. Однак по сьогодні не проведено поглибленого аналізу й розробки методик психодіагностики АБП у хворих на Ш, що не дає можливостей для доповнення диференційних патопсихологічних критеріїв та спеціальних програм психотерапії, психокорекції, психосоціальної реабілітації для контингентів [1, 12].

Таким чином, відсутність систематичності наукових уявлень про особливості хроно-динамічної організації АБП та недостатня розробленість підходів до їх психодіагностики серед хворих на Ш й обу-

мовили актуальність теми та необхідність проведення даного дослідження з медичної (клінічної) психології.

Мета – за результатами спеціального клініко-психологічного вивчення хроно-динамічних особливостей АБП та її функцій, патоперсоналогії й феноменології ВКХ розробити модифіковану методику психодіагностики АБП й рівнів ВКХ у хворих на параноїдну Ш та сформулювати принципи психокорекції їх ВКХ.

Зазначена мета передбачала реалізацію наступних завдань:

1. Зробити аналіз проблеми та відокремити спектр психодіагностичної компетенції у дослідженні хроно-динамічних особливостей АБП, патоперсоналогії й феноменології ВКХ у хворих на параноїдну Ш.

2. Вивчити хроно-динамічні особливості АБП та її функцій у хворих на параноїдну Ш.

3. Дослідити особливості патоперсоналогії й феноменології ВКХ в катамнезі серед контингентів хворих на параноїдну Ш.

4. На підґрунті отриманих результатів розробити модифіковану методику психодіагностики хроно-динамічних особливостей АБП й рівнів ВКХ у хворих на параноїдну Ш.

5. Апробувати розроблену методику психодіагностики АБП у хворих на параноїдну Ш й сформулювати рівні відображення ВКХ у контингентів.

6. Розробити сучасного рівня принципи психокорекції засновані на хроно-динамічних особливостях АБП й рівнях ВКХ задля формування критичності та нормалізації ставлення до свого захворювання.

Об'єкт дослідження – пам'ять хворих на шизофренію.

Предмет дослідження – хроно-динамічні особливості АБП, її функцій та феноменологія у хворих на параноїдну шизофренію.

Задля вирішення поставлених в дисертаційній роботі завдань у психіатричних відділеннях Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні №3 (Сабурова дача), Запорізької обласної клінічної психіатричної лікарні, Центральної клінічної лікарні «Укрзалізниці» (м. Харків), кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету, а також кафедр психотерапії; кафедри сексології та медичної психології Харківської медичної академії післядипломної освіти в період 2009 – 2012 років нами проведено спеціалізоване клініко-психологічне дослідження 150 пацієнтів (110 чоловіків і 40 жінок) хворих на параноїдну Ш. Середній вік обстежених – 29 ± 7 років (у чоловіків – 39 ± 4 років; у жінок – 26 ± 3 років).

Клінічний психіатричний діагноз було встановлено фахівцями психіатрами вказаних закладів згідно діагностичних критеріїв МКХ-10, рубрик психічних та поведінкових розладів. Середній стаж психічної хвороби склав приблизно 1,5 роки. Пацієнти проходили лікування не більше 3-х разів з початку первинної госпіталізації, дебюту захворювання. Дослідження проводилось за умов інформованої згоди базуючись на принципах біоетики.

Всі хворі отримували психіатричну допомогу, психотерапевтичну терапію за існуючими клінічними протоколами. Проходили психодіагностику й психологічні консультації на етапі початку ремісії, перед випискою, у катамнестичному періоді. Стан ремісії представлено типом «В». Контингенти було розподілено на групи – основну клінічну (100 обстежених) та апробаційну (50 обстежених).

Групи обстежених та їх основні характеристики представлено на рис. 1.

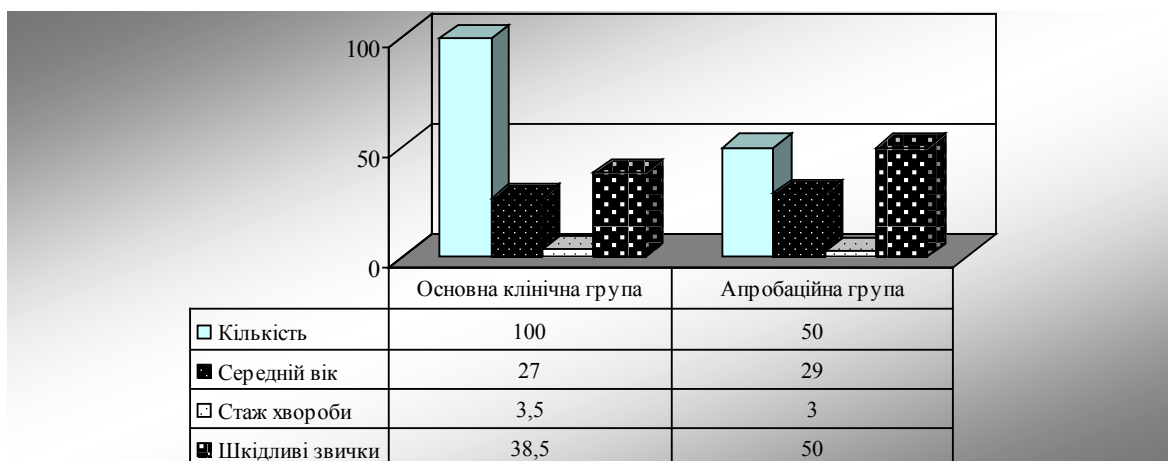


Рисунок 1. – Характеристика контингентів обстежених

Основну клінічну групу склали хворі, які проходили психодіагностичні обстеження за методиками, спрямованими на дослідження феноменів психологічної автобіографії, хроно-динамічних особливостей АБП та її основних функцій, а також поглиблене патоперсоналогічне обстеження із визначенням типології ставлення до хвороби, особливостей асоціативного компоненту П, відчуття психологічного часу особистості та катамнезу ВКХ при параноїдній Ш.

Апробаційну групу склали хворі, які проходили обстеження за розробленою нами в результаті попередніх досліджень модифікованою методикою психодіагностики хроно-динамічних особливостей

АБП та рівнів ВКХ хворих на параноїдну Ш «Я та пам'ять про хворобу», проведено оцінку ефективності її застосування.

Комплекс клініко-психологічних заходів (табл. 1) складався з поетапної реалізації досліджень в умовах психіатричного стаціонару.

Нами було реалізовано анамнестичний метод, метод спостереження, нарративного інтерв'ю, психодіагностичний, соціально-демографічний, контент-аналіз, метод теоретичного моделювання, методи описової математичної статистики.

Таблиця 1

Етапи проведених клініко-психологічних досліджень та їх зміст

№	Назва етапу дослідження	Зміст етапу	Застосовані засоби
1.	<i>Анамнестичний заочний</i>	Поглиблене вивчення медичної документації, попередня індивідуальна зустріч з лікарем хворого, завідувачем відділення, медичним персоналом, близькими / родичами пацієнтів.	медична документація, засоби контент-аналізу, клінічна бесіда, включене спостереження
2.	<i>Первинної зустрічі (консультативний)</i>	Встановлення первинного контакту з хворими. Спостереження за етологічними патернами й особливостями сентенційної продукції. Оцінка комунікативних здібностей й здатності мовного відображення спогадів та свого стану. Інформована згода хворих.	клінічне нарративне інтерв'ю, спостереження
3.	<i>Автобіографічний</i>	Психодіагностичне дослідження феноменів психологічної автобіографії, хроно-динамічних особливостей АБП та її основних функцій. Аналіз спогадів хворих про визначальні моменти їх життя, емоційне ставлення до них.	психологічні методики, опитувальники для дослідження автобіографічних спогадів та хроно-динамічних особливостей АБП
4.	<i>Патоперсоналогічний</i>	Патоперсоналогічне дослідження типу ставлення до хвороби, катамнезу ВКХ при шизофренії, феномену «психологічного часу» та асоціативних особливостей особистості.	психодіагностичні методики, опитувальники, схеми інтерв'ю
5.	<i>Апробаційний (катамнестичний)</i>	Клініко-психологічне дослідження за допомогою розробленої модифікованої методики «Я та пам'ять про хворобу» та поглиблений аналіз хроно-динамічних характеристик АБП, оцінка ефективності розробленої методики.	модифікована методика «Я та пам'ять про хворобу», нарративне інтерв'ю, спостереження

Процедури психодіагностичного та консультативно-психологічного плану виконувались у створеному терапевтичному середовищі в тісному зв'язку із лікарями-психіатрами, завідувачами відділень, а також науковими консультантами клінічних кафедр, які займалися курацією пацієнтів в умовах клініки.

Психодіагностичний метод реалізовано за допомогою наступних методик: експресивна проективна методика «Психологічна автобіографія» (Л.Ф. Бурлачук, О.Ю. Коржова, 1998); модифікована графічна методика «Лінія життя» (В.В. Нуркова, 2000); опитувальник вивчення базових функцій АБП «Функції автобіографічної пам'яті» (К.М. Василевська, В.В. Нуркова, 2008); опитувальник вивчення типу ставлення до власного хворобливого стану «Тип відношення до хвороби» (Л.І. Вассерман, Б.В. Іовлев, 2005); схема інтерв'ю «Катамнез внутрішньої картини хвороби при шизофренії» (Н. П. Татаренко, 1947, 2001); методика «Піктограма» (О.Р. Лурія, 1962; Б.Г. Херсонський, 2003).

Наративне клінічне інтерв'ю (В.Ф. Журавльов, 1993), яке займало чимале місце у дослідженні, стратегічно реалізовано в три основні фази – початку інтерв'ю та основної розповіді; фази нарративних розпитувань; теоретичного резюме. Аналіз інтерв'ю проводився в шість основних кроків. Результати стандартизувалися для можливості проведення статистичного аналізу.

Математико-статистичну обробку результатів дослідження проводили з використанням пакетів статистичного аналізу даних Microsoft® Office Excel® 2010.

Тепер звернемось саме до отриманих результатів проведених досліджень.

Результати за методикою «Психологічна автобіографія» виглядають так. Всі хворі виконували завдання у стані ремісії, в умовах психіатричного стаціонару. Соціокультурних відмінностей не було, всі хворі були громадянами України.

Продуктивність відтворення образів життєвого шляху була насичена специфічною різноманітністю (73%) та менш вираженою легкістю актуалізації спогадів (23%). Обстежені давали суб'єктивну оцінку своїх життєвих подій: значущість у 82% випадків; бажаність подій – у 11%; небажаність – у 92%; ступінь впливу подій – 67%; середній час антиципації склав – 31,12±1,5 років; середній час ретроспекції

склав – 14,55±0,9 років.

Змістовна характеристика продукції подій відображена радісними (16%) та сумними (72%), минулими (91%) й майбутніми (9%) подіями. За типологічними якостями зустрічалися біологічні (26%), особистісно-психологічні (42%), асоційовані із змінами фізичного середовища (13%), асоційовані із змінами соціального середовища (58%). За видом події були пов'язаними із батьківською родиною (21%), шлюбними відносинами (6%), народженням або долею дітей (9%), місцем проживання (13%), станом здоров'я (52%), особистим «Я» (17%), оточуючою спільнотою (12%), міжособистісними відносинами (38%), матеріальним положенням (15%), освітою (7%), роботою (23%), спонтанними подіями життя (19%). За частотою зустрічі за критерієм «оригінальність» мали місце 6% спогадів про життєві події, за критеріями «популярність» (18%), «сила» (18%), «слабкість» (61%).

Результати за методикою «Лінія життя» підтверджують виражене існування спогадів, до яких хворі ставлять за негативну (72%). Елемент датування подій життя за роками знаходив прояв у 67% випадків, іншим хворим було складно відображувати хронологію за роками (32%) й вони використовували послідовність за типом «до та після хвороби». Присутність свого народження на лінії була притаманна 5% пацієнтів. Щодо загальної щільності розташування подій, то вона знаходилася у співвідношенні 16:27, щільність у різні періоди має середнє значення – 4,47. Об'єм «оперативного минулого» склав – 6±3,21. Представленість тематики дитинства спостерігалася у 7%. Характеристики дискретності були більш вираженими (88%), а ніж характеристики пов'язаності (36%). Середня кількість життєвих тем сягала 3,4±0,6. Вдосталь низькі показники їх проробленості й повноти (4%) та оригінальності (7%). Актант історії життя характеризувався вираженою пасивністю (89%). Події внутрішнього життя (6%) недостатньо розкрито, рекреаційні (1%) та історичні (9%) події не були маркерами спогадів.

Показники середніх значень за функціями АБП у пацієнтів виглядають так: прагматична (директивна) функція відображена 8% кількісних характеристик, саморегуляції – 34%, комунікативна (соціальна) функція – 22%, екзистенційна функція, яка відповідає за завдання усвідомлення сенсу життя, призначення – 7%, зрілість функцій АБП представлено показниками 11%.

Аналізуючи отримані дані, слід підкреслити, що найбільш вираженими типами ставлення до хвороби у пацієнтів, які страждають на параноїдну Ш, були: анозогнозичний (48%) і апатичний (20%). Інші типи ставлення до хвороби мали менший прояв: параноїдний (8%), обсесивно-фобічний (6%), меланхолійний (6%), ейфорійний (4%), тривожний (4%), гармонійний (2%), іпохондричний (2%).

Тобто, найбільш притаманними для хворих на параноїдну Ш були патоперсоналогічні риси уникання думок про хворобу та її можливі наслідки, заперечення наявного у хворобливих проявах, посилення на випадковість, відмовлення від діагностичних й лікувальних процедур, а також байдужості до свого життя, прогнозу захворювання, результатів терапії, пасивної підлеглистості, втрати інтересів до всього того, що раніше турбувало.

У межах психологічної компетенції, нами було відокремлено наступні показники феноменології катанезу ВКХ при Ш (табл. 2). Суб'єктивне відчуття часу початку хвороби відображено нечіткими якостями щодо відчуття преморбідних змін своєї особистості у більшості (90%), але ж суб'єктивним відчуттям того, що вони захворіли зовсім недавно (34%) на відміну від інших (66%). Осмислення навколишнього реального світу представлено низькими показниками – 5%, як і хворобливих переживань – 15%. Відчуття зміни своєї особистості підкреслювали 82% пацієнтів. Переживання ходу психологічного часу швидким вважали 58% хворих, повільним – 28%. Відсутність переживання ходу часу підкреслювали 14%. Переживання тривалості всього захворювання пацієнти вважали як нерівномірний: вони або зовсім не звертали увагу на відчуття часу (35%), або ж знаходили його як «змішаний» – «інколи швидким, а інколи надто повільним» (65%).

Таблиця 2

Ракурси вивчення катанезу ВКХ при Ш у основній групі обстежених

Клініко-психопатологічні (компетенція лікаря-психіатра)	Клініко-психологічні (компетенція медичного психолога)
– розвиток хвороби	– суб'єктивне відчуття часу початку захворювання
– характер хворобливих переживань	– осмислення навколишнього реального світу і хворобливих переживань
– сприйняття оточуючого світу та його порушення	– відчуття зміни своєї особистості
– мислення та його порушення	– відчуття часу
– зміст патологічних феноменів	– переживання ходу часу і часу тривалості хвороби

Результати за методикою «Піктограма» представлено так. Пацієнти часто керувались: складом стимульного слова (67%); першими буквами (34%); зовнішніми чуттєвими факторами (55%); конкретними виборами з символічним поясненням (11%); конкретними виборами, заснованими на чуттєвому сприйнятті (21%) Надмірна символізація свідчила про паралогічність процесів мислення. Уникання хво-

рих від реальних обставин у специфічні схеми й абстракції (67%) відіграла роль у гіперкомпенсації з-за відсутності відповідних адекватних емоційних зв'язків з запам'ятованим раніше. Так, у основі виникнення кожного з активів вибору відображувався різний ступінь афективної насиченості спогадів в залежності від чуттєвого сприйняття пацієнтів.

За результатами попередніх психодіагностичних досліджень нами було створено сучасну модифіковану психодіагностичну методику «Я та пам'ять про хворобу» та реалізовано її апробацію. Запропоновану методику рекомендовано проводити для психодіагностики специфіки АБП як маркерів ВКХ хворих на Ш з урахуванням їх вільної асоціативної продукції та суб'єктивного «відчуття часу».

Для реалізації на практиці методики «Я та пам'ять про хворобу» пацієнтам надавався стимульний матеріал (рис. 2), що представляє модифікований варіант методики «Лінія життя». Він поділений на три умовні блоки, до яких належать відповідні автобіографічні спогади – «до хвороби», «про хворобу» та «актуальний час катамнезу». Основна (горизонтальна) лінія надана для хроно-динамічного розташування асоційованих подій, вертикальні ж лінії дозволяють пацієнтам встановити позитивну або негативну оцінку даних подій.

Респондентам пропонували шляхом вільних асоціацій зверху на відповідних полях написати 10 слів, які відображують їх стан до хвороби; 10 слів, які відображують їх стан під час хвороби та 10 слів, які відображують їх стан зараз. Потім на кожне з 30 слів просять пригадати по ситуації з автобіографії життя. При цьому хворі розташовують їх на лініях з урахуванням хронології, віку й років, в які вони відбулися, та емоційної оцінки даних ситуацій.

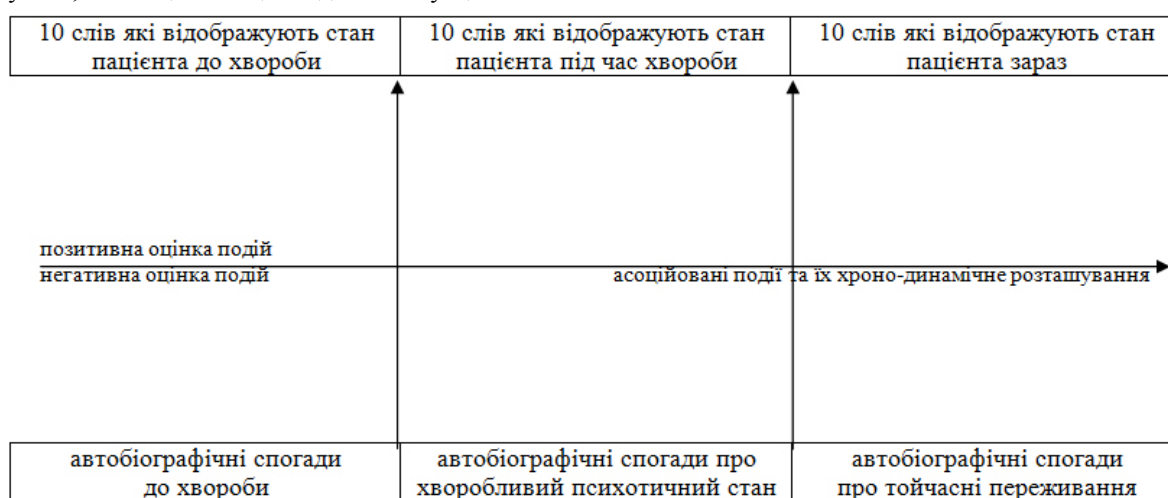


Рисунок 2. – Стимульний матеріал до методики «Я та пам'ять про хворобу»

На підґрунті поглибленого вивчення літературних джерел, синтезу й аналізу отриманих результатів первинного матеріалу 50 хворих на параноїдну Ш апробаційної групи, які виконували методику за день до виписки з психіатричного стаціонару, було виділено чотири основні рівні відображення ВКХ в катамнезі при параноїдній Ш, серед яких виділено четвертий рівень – мнестологічний (табл. 3).

Таблиця 3

Рівні ВКХ в катамнезі при параноїдній шизофренії

Рівні ВКХ	Змістовність рівнів ВКХ
<i>Чуттєвий</i>	Сукупність відчуттів, що викликані психічним захворюванням. У пацієнтів з параноїдною формою шизофренії крім викликаних у період продуктивної психотичної симптоматики специфічних переживань зміни реального, в період формування ремісії існують певні афективні відчуття (нічні жахи, страх, тривожність), які пов'язані частіше за все з очікуванням повернення маячно-галюцинаторних переживань тощо.
<i>Когнітивний</i>	Особливості сприйняття хвороби, оцінка її характеру, причин й наслідків, зміна самооцінки, обумовлені усвідомленням хвороби, існування або відсутність корекції планів на майбутнє з урахуванням факту захворювання. Включає <i>перцептивний компонент</i> (характер сприйняття хвороби) та <i>мотиваційний компонент</i> (зміни у мотиваційній сфері викликані усвідомленням хвороби).
<i>Емоційний</i>	Емоційні переживання, обумовлені усвідомленням хворобливого характеру свого стану. У якості змістовної характеристики даного рівня є його адекватність, яка знаходить свій прояв у відношенні пацієнта до свого захворювання.

<i>Мнестологічний</i>	Автобіографічні спогади, які перетинаються з темою хвороби у житті пацієнта. Змістовність полягає в хроно-динамічній організації асоційованих з хворобою спогадів, їх кількості та особливостях переживання психологічного часу в період відтворення.
-----------------------	---

Дані рівні відображено у цілком ефективному експрес-застосуванні та підкреслено 89% якістю вивчення П хворих на параноїдну Ш, а також спеціалізованим феноменологічним доповненням психодіагностичного й корекційного рівня втручань у дослідженнях ВКХ, які опосередковані через П хворих.

На подальших, заключних етапах нашого дослідження було розроблено сучасного рівня принципи психокорекції хворих на параноїдну Ш, які засновані за результатами вивчення хроно-динамічних особливостей АБП й рівнів ВКХ: врахування залежності автобіографічних спогадів із спогадами про хворобу; поєднання феноменології П, спогадів про хворобу з методиками / техніками психокорекції передбаченими психометодологією; використання суб'єктивного переживання «відчуття часу» у реконструкції майбутнього пацієнтів; міжособистісне спілкування з пацієнтом й інтервенції повинні апелювати понад усе до мнестологічного, когнітивного, чуттєвого, емоційного рівнів відображення ВКХ.

Висновки:

1. Вивчено особливості АБП та її функцій у хворих на параноїдну Ш, які свідчать про утруднення спогадів про життя, небажаність суб'єктивної оцінки подій, підвищений середній час антиципації й знижений час ретроспекції. Психологічна автобіографія була обмежена сумними спогадами з притаманними особистісно-психологічними, міжособистісними та соціальними темами.

2. Підтверджено зниження емоційного балансу, проробки й гармонізації спогадів на суб'єктивному відчутті часу оперативного теперішнього і майбутнього, недостатню повноту й оригінальність, пасивність, виснажливість спогадів щодо внутрішнього життя, рекреаційних та історичних подій. Доведено зниження функцій АБП (прагматичної, саморегуляції, комунікативної, екзистенційної).

3. Досліджено особливості патоперсонології й феноменології ВКХ при Ш в катамнезі. Найбільш притаманними були риси – уникання думок про хворобу та її можливі наслідки, заперечення наявного у хворобливих проявах, посилення на випадковість, відмовлення від діагностики та лікування, байдужість до життя, прогнозу захворювання, результатів лікування, пасивна підлеглисть, втрата інтересів. Відчуття часу характеризувалося нечітким суб'єктивним баченням початку хвороби, преморбиду особистості, відчуттям недавності хвороби. Недостатнім є осмислення навколишнього світу і своїх хворобливих переживань на підґрунті відчуття зміни своєї особистості.

4. Розроблено й апробовано ефективну модифіковану методику психодіагностики АБП й рівнів ВКХ у хворих на параноїдну Ш «Я та пам'ять про хворобу». Виділено рівні відображення ВКХ при Ш в катамнезі, на етапі формування ремісії. Підкреслено зміни особливостей хроно-динамічної організації АБП у пацієнтів, що дає змогу стверджувати про існування певних патопластичних характеристик П, які можуть бути враховані у шизофренічній патопсихологічній реєстр-синдромології. Сформульовано принципи психокорекції задля формування критичності пацієнтів у стані ремісії та нормалізації типу ставлення до свого захворювання й майбутнього.

Надалі ми плануємо доповнити принципи психокорекції та розробити нові методики психосоціальних й психоосвітніх втручань у межах психометодології.

Література:

1. Абрамов В. А. Комплаєнс-терапія при шизофренії / В. А. Абрамов, І. В. Жигуліна, Т. Л. Ряполова. – Донецьк, 2007. – 13 с.
2. Бочарова С. П. Психология и память. Теория и практика обучения и работы / С. П. Бочарова. – Х. : Издательство «Гуманитарный центр», 2007. – 384 с.
3. Василевская К. Н. Перспективы исследования автобиографической памяти в рамках дифференциальной психологии / К. Н. Василевская // Ежегодник Российского психологического общества. – М. : Эслан, 2004. – С. 175 – 178.
4. Головаха Е. И. Психологическое время личности / Е. И. Головаха, А. А. Кроник. – К. : Наукова думка, 1984. – 207 с.
5. Гринвальд С. Г. Клинические психотерапевтические эффект-синдромы : клинко-теоретическое моделирование / С. Г. Гринвальд. – Х. : Око, 2009. – 171 с.
6. Гуссерль Э. Идея феноменологии. Пять лекций / Э. Гуссерль / Пер. с нем. Н. А. Артёменко. – СПб. : ИЦ «Гуманитарная Академия», 2008. – 225 с.
7. Карпентер У. Б. Основания физиологии ума с их применениями к воспитанию и образованию ума и изучению его болезненных состояний / У. Б. Карпентер // том II, С.-Петербург : Типография В. В. Комарова, 1887. – 362 с.
8. Клиническая психология и психотерапия. 3-е изд. / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. – СПб. : Питер, 2012. – 944 с.
9. Лурия А. Р. Память и строение психических процессов / А. Р. Лурия // Вопросы психологии. – 1960. – № 1. – С. 145 – 155.
10. Луцик В. Л. Свободные ассоциации и уровень тревоги при параноидной шизофрении / В. Л. Луцик, Ю. Ю. Чайка // Вісник Харківського університету. Сер. «Психологія». – 2003. – № 559. – С. 206 – 207.

11. Любовский П. М. Краткое руководство к опытному душесловию, Сочиненное Петром Люб-ским Императорского Харьковского университета философии магистром и учителем в Слободско-Украинской гимназии / П. М. Любовский. – Х. : Университетская типография, 1815. – 140 с.
12. Михайлов Б. В. Психотерапия : учебник для врачей-интернов высш. мед. учеб. заведений III – IV уровней аккредитации / Б. В. Михайлов, С. И. Табачников, И. С. Витенко, В. В. Чугунов. – Х. : Око, 2002. – 768 с.
13. Нифантов Г. Д. Память, её недостатки и меры к их устранению / Г. Д. Нифантов / Под. ред. и с предисл. проф. Е. А. Шевалёва. – Одесса : Издание автора, 1929. – 238 с.
14. Нуркова В. В. Автобиографическая память : «сгущения» в субъективной картине прошлого / В. В. Нуркова, О. В. Митиной, Е. В. Янченко // Психологический журнал. – 2005. – Т. 26, № 2. – С. 22 – 32.
15. Рид Дж. Модели безумия : психологические, социальные и биологические подходы к пониманию шизофрении / Дж. Рид, Л. Р. Мошер, Р. П. Бенталл. – Ставрополь, 2008. – 411 с.
16. Татаренко Н. П. «Внутренняя картина болезни» при шизофрении и её значение для клиники / Н. П. Татаренко // Медицинские исследования. – 2001. – Т. 1, Вып. 1. – С. 140 – 143.
17. Чугунов В. В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии. – 2-е изд. стереотипн. – К. : Здоров'я ; Х. : Око – Наука, 2008. – 768 с.