

**О. В. Безмертний,**

Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра сексології та медичної психології,  
Харків, Україна.

**A. V. Bessmertniy,**

Kharkov Medical academy of postgraduate education, Department of sexology and medical psychology,  
Kharkov, Ukraine.

## ВИКОРИСТАННЯ АВТОБІОГРАФІЧНОЇ ПАМ'ЯТІ ЧОЛОВІКІВ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ, В ЇХ КОМПЛЕКСНОМУ ПСИХОСОЦІАЛЬНОМУ СУПРОВОДІ

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АВТОБИОГРАФИЧЕСКОЙ ПАМЯТИ МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ ПАРАНОИДНОЙ  
ШИЗОФРЕНИЕЙ, В ИХ КОМПЛЕКСНОМ ПСИХОСОЦИАЛЬНОМ СОПРОВОЖДЕНИИ**

**USING AUTOBIOGRAPHICAL MEMORY MEN, SUFFERING PARANOID SCHIZOPHRENIA,  
IN THEIR INTEGRATED PSYCHOSOCIAL SUPPORT**

УДК 159.9 – 008.46 – 06:616.895.8]:615.851

Статья поступила в редакцию 13.03.2015

### Резюме

Наведено вирішення завдання медичної психології, що полягає у створенні методики модального аналізу хроно-динамічних особливостей автобіографічної пам'яті (АБП) чоловіків хворих на параноїдну шизофренію (ПШ) і розробці системи психосоціального супроводу (ПС). Підкреслено, що особливе місце в автобіографічних спогадах пацієнтів займає інформація про пережите в психозі. Тому, на підґрунті оцінки феноменології відображення в свідомості значущих подій, що протікають в часі, і особливостей патоперсонології, запропоновано новий підхід до ПС хворих ПШ.

Запропоновані заходи спрямовані на оптимізацію психічного стану, ставлення до своєї хвороби, визначення індивідуальних та сімейних ресурсів, поліпшення пристосувальних можливостей хворої особи і її близького оточення. Запропоновану систему впроваджено в практику. Показано її ефективність на катамнестичному етапі в більшості клінічних випадків.

### Ключові слова

*хроно-динамічні особливості автобіографічної пам'яті, параноїдна шизофренія, катамнез, психологічний час, психодіагностика, нарративне інтерв'ю, психометодологія, психосоціальний супровід.*

### Резюме

Представлено решение актуальной задачи медицинской психологии, заключающаяся в создании методики модального анализа хроно-динамических особенностей автобиографической памяти (АБП) больных параноидной шизофренией (ПШ) и разработке на их основе системы психосоциального сопровождения (ПС). Особое место в АБП пациентов занимает информация о пережитом в психозе и возможности их самодескрипции.

На основе оценки феноменологии отражения в сознании значимых событий, протекающих во времени, и особенностей патоперсонологии создан подход в психореабилитации при ПШ, сочетающий комплексное психодиагностическое, психообразовательное, психокоррекционное влияние, основанное на возможностях АБП как адаптивных свойств социального функционирования личности.

---

Обобщение результатов позволило разработать ПС для оптимизации психического состояния, отношения к болезни, определения индивидуальных, семейных ресурсов, улучшения приспособительных возможностей пациента и его близкого окружения. Система показала эффективность в большинстве случаев.

**Ключевые слова**

*хроно-динамические особенности автобиографической памяти, параноидная шизофрения, катамнез, психологическое время, психодиагностика, нарративное интервью, психометодология, психосоциальное сопровождение.*

**Resume**

In the rationale and solution of the problem of medical psychology, which is to provide a method of modal analysis chrono-dynamic features of autobiographical memory (ABM) in patients with paranoid schizophrenia and development on their basis of psychosocial support (PS). Pointed out that a special place in his ABM of these patients takes information about their experiences in psychosis. Based on the evaluation of phenomenology reflected in the minds of significant events occurring in time, especially pathopersonology first created a new approach to psychorehabilitation.

On the basis of summarizing the results justified and developed an integrated PS for patients with paranoid schizophrenia. The proposed measures are aimed at optimizing the mental state, attitude to his illness, the definition of individual and family resources; improve the adaptive capacity of the patient and his inner circle. This system has been put into practice, has shown efficacy in the follow-up stage in most clinical cases.

**Keywords**

*chrono-dynamic features of autobiographical memory, paranoid schizophrenia, catamnesis, psychological time, psychological testing, narrative interviews psychometodology, psychosocial support.*

---

У сучасному суспільстві гостро стоїть питання захворюваності на шизофренію, зважаючи на розповсюдженість, хронізацію та високий відсоток інвалідізації, в тому числі у молодому віці [1 – 4]. Зниження рівня якості життя, соціальна і сімейна дезадаптація, неспроможність адекватного самосприйняття, вказують на неповноцінність пристосованості пацієнтів [5 – 7]. Невід’ємною частиною функціонуючої особистості та джерелом для допомоги є адаптивний потенціал [8, 9].

Традиційна поміч часто зводиться до біологічної (нейролептичної) терапії після виписки зі стаціонару [10, 11]. В останній час спостерігається тенденція щодо розширення протокольних інтервенцій за рахунок психосоціального супроводу (ПС) хворих на параноїдну шизофренію (ПШ) [12 – 14]. Такі практики включають в себе облігатну апеляцію до психотерапії, супортивної психокорекції, психоосвіти [15 – 17].

Моделювання поведінки хворих на ПШ на етапі катамнезу – першочергове завдання спеціаліста [18, 19]. На сьогодні є велика кількість інтегрованих корекційних підходів з широким арсеналом методів / методик / практик [20 – 22]. Але серед їх різноманіття є й ті, що недостатньо реалізовані.

Одним з таких підходів є мнестологічна парадигма психотерапії і її дериват – симультанно-мнестична терапія. Вона пояснює особистість як адаптивну функцію – варіативну динаміку спогадів та визначувальних модулів реагування [23, 24]. Мнемотерапія використовує феноменологію пам’яті, відчуття психологічного часу й персональну історію, поєднуючи їх у систему хроно-динамічних стосунків між подіями [25 – 29].

Вищевказані інтерпсихічні співвідносини перекликаються та ґрунтуються на концепті автобіографічної пам’яті (АБП), що містить сукупність довгострокових спогадів пацієнта про себе [30]. АБП враховує можливість рівня активності свідомості та ступінь відреагування асоціативної матриці пам’яті на важливі події, в тому числі пов’язані зі станом соматичного або психічного здоров’я [31 – 33].

Дослідження останніх років вказують, що у пам’яті хворих на ПШ існують нозоспецифічні викривлення [34, 35]. Однак ці дані не систематизовано. Відсутні інформативні методики, спрямовані на вивчення потенціалу АБП як ресурсу для подальшого ПС.

Висока медико-соціальна значущість та практична потреба сучасної реабілітації хворих на ПШ зумовили вибір теми дослідження.

**Мета дослідження** – на підставі вивчення хроно-динамічних особливостей АБП та патоперсонології хворих на ПШ розробити модальний аналіз їх спогадів і систему ПС.

Для досягнення поставленої мети використовувались теоретичні (аналіз фахової літератури), емпіричні (анамнестичний, спостереження, етологічна діагностика, нарративне інтерв'ю, контент-аналіз, психодіагностичний), соціально-демографічний і математико-статистичні методи.

Статистичну обробку проведено за допомогою пакетів: Microsoft® Office Excel® 2010 та SSPS 16.0 for Windows.

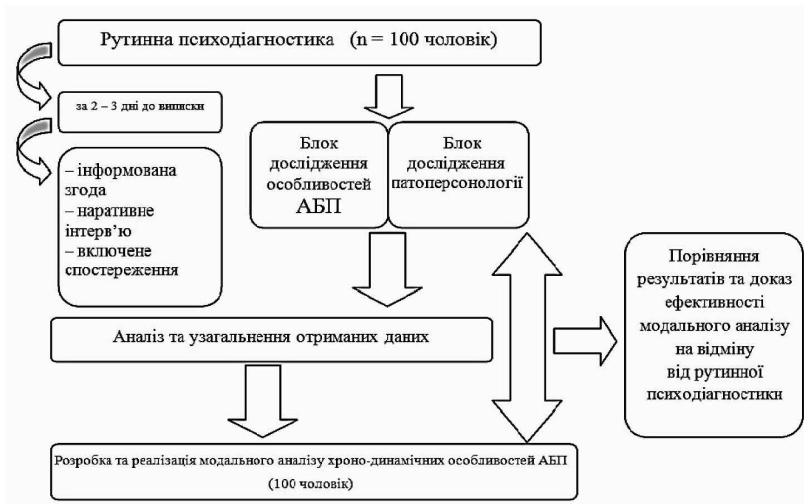
Дослідження проводилося впродовж 2010 – 2014 років на базі КЗОЗ «Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня №3». З дотриманням біоетики обстежено 100 чоловіків, хворих на ПШ. Обстеження тривали впродовж 1,5 років, після виписки з психіатричного стаціонару.

Для реалізації мети і завдань роботи проводилось комплексне психодіагностичне й клініко-психологічне дослідження. На принципах анонімності й добровільності в дослідженні взяли участь чоловіки, які перебували на лікуванні у психіатричному закладі. Обстежено 100 осіб (основна клінічна група – ОКГ), які розподілено для оцінки розроблених інтервенцій на групи корекції (КГ) і порівняння (ГП). Середній вік склав – 29 років (від 25 до 38 років).

Клінічний діагноз: «Шизофренія, параноїдна форма, безперервний тип перебігу» встановлено фахівцями-психіатрами згідно МКХ–10. Пацієнти отримували терапію згідно існуючих клінічних протоколів. Проходили психодіагностику, корекцію на початковому етапі сформованої ремісії, за 2 – 3 дні перед випискою з відділення (початок катамнезу). Період спостереження включав 1,5 роки амбулаторного ПС.

Робота складалася з 2-х частин – психодіагностичної (рис. 1) і психокорекційної (рис. 2), що були розділені на послідовні етапи. Перша проводилась в період 2 – 3-х останніх днів перебування у стаціонарі. На фоні засобів включеного спостереження, нарративного інтерв'ю, реалізовано комплекс психодіагностичних й клініко-психологічних вимірів (рутинна психодіагностика) у всіх пацієнтів ОКГ. Наступного дня зустріч із пацієнтами включала використання психоосвіти і розробленого модального аналізу хроно-динамічних якостей АБП.

Після порівняння й узагальнення отриманих результатів рутинної психодіагностики та модального аналізу послідовно виокремлено мішені впливу. Дані показники враховувались у співвідношенні діагностичних корелятів АБП, патоперсонології з тлумаченням репрезентативних методів корекції.



**Рис. 1.** Розподіл обстежених в рамках психодіагностичного сегменту роботи



**Рис. 2.** Розподіл обстежених в рамках корекційного сегменту роботи



**Рис. 3.** Загальний дизайн проведеного дослідження

Друга – психокорекційна – реалізовувалась через тиждень після виписки. На тлі проведення модального аналізу хроно-динамічних особливостей АБП, як адаптивних якостей пацієнтів, проводилася розробка індивідуалізованого ПС з відповідним психо-корекційним, реабілітаційним й профілактичним ранжуванням.

Клініко-психологічні процедури (рис. 3) виконано у створеному терапевтичному середовищі. Перед початком ПС учасники КГ (50 осіб) і ГП (50 осіб) діагностувалися за допомогою шкал виміру особливостей СФ, комплаєнсу та оцінки знань про хворобу. Протягом 1,5 років пацієнти КГ отримали ПС на відміну від осіб ГП. Наприкінці ПС в обох групах повторно проведено вимір психосоціальних характеристик із відповідним їх порівняльним аналізом.

До обстежених груп включено пацієнтів за наступними критеріями:

- період психодіагностичного ретестування з моменту останнього перебування у психіатричному стаціонарі не менше, аніж 3 місяці;
- взаємодія в режимі «лікар – пацієнт – психолог – медичний персонал – близькі / родичі» задля формування інформативного терапевтичного середовища;
- максимальна адекватність поведінки й психічного статусу за рекомендацією психіатра, яка б не перешкождала втручанням медико-психологічного спектру;
- відсутність виражених побічних дій з боку психофармакотерапії;
- замалий вплив сформованого дефекту внаслідок психічної вади;
- добровільна згода пацієнтів або їх опікунів при інвалідизації.

Аналіз соціально-демографічних характеристик виявив однорідність основних показників, що стало підґрунтям для висновку про гомогенність обстежених груп і репрезентативність отриманих даних. Соціокультурних відмінностей не виявлено, всі пацієнти були громадянами України.

Перед першою зустріччю з пацієнтом проводилось поглиблене вивчення його психобіографії із залученням медичної документації (контент-аналіз), зустрічей із лікарями, завідувачами відділень, медичним персоналом, родичами пацієнтів. Під час зустрічей реалізовувалось клінічне нарративне інтерв'ю з акцентом на встановлення міжособистісного контакту, включене спостереження за поведінкою й емпатико-інтонаційними особливостями (елементи етологічної діагностики). Особлива увага приділялася комунікативним здібностям й здатності мовного відображення спогадів та свого стану.

Вивчення феноменології АБП виконувалось за допомогою: експресивної проективної методики «Психологічна автобіографія» (Л. Ф. Бурлачук, О. Ю. Коржова, 1998); модифікованої графічної методики «Лінія життя» (В. В. Нуркова, 2000); опитувальника «Функції автобіографічної пам'яті» (К. М. Василевська, В. В. Нуркова, 2008). Індивідуально-психологічні особливості хворих вивчались за допомогою методик: «Піктограма» (О. Р. Лурія, 1962 у модифікації Б. Г. Херсонського, 2003); особистісний опитувальник «ТОБОЛ» (Л. І. Васерман, Б. В. Іовлев, О. Б. Карпова, 2005); схема-інтерв'ю «Катамнез внутрішньої картини хвороби при шизофренії» (Н. П. Татаренко, 1969).

Вимір особливостей СФ проведено за допомогою: шкали «Quality of Life Scale» (QLS) (G. Fervaha, G. Remington, 2012); заходів оцінки рівня й типів комплаєнсу (Л. Ф. Шестопалова та ін., 2012); карти оцінки рівня знань про психічну хворобу та ефективність ПС (Л. І. Сальнікова та ін., 2002).

Наративне інтерв'ю (В. Ф. Журавльов, 1993) реалізовано в 3 фази – початку інтерв'ю, основної розповіді; наративних розпитувань; теоретичного резюме. Аналіз проводився в 6 кроків. Результати інтерв'ю стандартизовано для проведення статистичного аналізу.

Узагальнення результатів вивчення особливостей АБП хворих на ПШ (оцінка тем спогадів, структури, функцій) дозволило проаналізувати стан їх мнестології.

Продуктивність відтворення загальних образів життєвого шляху насичено специфічною різноманітністю (73%) та менш вираженою легкістю актуалізації спогадів (47%). Пацієнти давали суб'єктивну оцінку життєвих подій за значущістю – у 82% випадків; за бажаністю – у 8%. Небажаність знаходила прояв у 92%. Ступінь впливу подій спостерігався у 67%. Середній час антиципації –  $25 \pm 1,5$  років; середній час ретроспекції –  $14 \pm 0,9$  років.

Змістовну характеристику відображено радісними (16%), сумними (72%), минулими (91%), майбутніми (9%) подіями. За типологічними якість зустрічалися біологічні (26%), особистісно-психологічні (42%), асоційовані із змінами фізичного середовища (13%), соціального середовища (58%). За видом події пов'язані з батьками (21%), сімейними відносинами (6%), народженням або долею дітей (9%), місцем проживання (13%), станом здоров'я (52%), особистим «Я» (17%), спільнотою (12%), міжособистісними відносинами (38%), матеріальним станом (15%), навчанням й освітою (7%), роботою (23%), спонтанними подіями життя (19%). Частота спогадів за критерієм «оригінальність» – 6%, за критерієм «популярність» – 18%, «сила» – 18%, «слабкість» – 61%.

Пацієнтам ОКГ притаманна важкість актуалізації спогадів; небажаність суб'єктивної оцінки подій; знижений середній час антиципації і ретроспекції, що обмежено спогадами про хворобу і постхворобливі зміни. Змістовність насичено монотонним минулим та сумним теперішнім.

Параметри структурного аналізу АБП підтверджують вираженість спогадів, до яких хворі ставляться негативно (72%). Елемент датування подій за роками знаходив прояв у 67%, іншим хворим складно

відображувати хронологію за роками (32%) й вони використовували послідовність за типом «до та після хвороби». Присутність свого народження у спогадах притаманна 5%. Загальна щільність розташування подій була нерівномірною. Щільність у різні періоди має середнє значення – 4,47. Об'єм «оперативного минулого» –  $6 \pm 3,21$ . Тематика дитинства спостерігалася у 7%. Характеристики дискретності були більш вираженими (88%), ніж характеристики пов'язаності (36%). Середня кількість життєвих тем сягала  $3,4 \pm 0,6$ . Спостерігалась низька пропрацьованість й повнота (4%), оригінальність (6%) спогадів. Актант історії життя насичено пасивністю (89%). Події внутрішнього життя (6%) недостатньо розкрито, включаючи реакційні (11%) та історичні (9%).

У співставленні результатів ми дісталися даних про виражене зниження емоційного балансу (12%); проробки, гармонізації спогадів у суб'єктивному відчутті часу (22%); оперативне теперішнє, майбутнє (7%); недостатню повноту, оригінальність; пасивність, а також виснаження спогадів про внутрішнє життя.

Результати аналізу функцій АБП показали значні зниження фактично всіх функцій автобіографічного відтворення. Прагматична (директивна) функція – 8% кількісних характеристик, саморегуляції – 34%, комунікативна (соціальна) функція – 22%, екзистенційна (поліфункційна) функція, що відповідає за усвідомлення сенсу життя й призначення – 7%. Зрілість функцій АБП спостерігалась у 11% хворих.

Патоперсоналогію окреслено певною типологією нозогнозії, катамнезу ВКХ, асоціативної продукції АБП, афективно-особистісної сфери (табл. 1).

**Таб. 1.** Аналіз загального стану патоперсоналогічних показників хворих на параноїдну шизофренію (рутинна психодіагностика), %,  $p < 0,05$

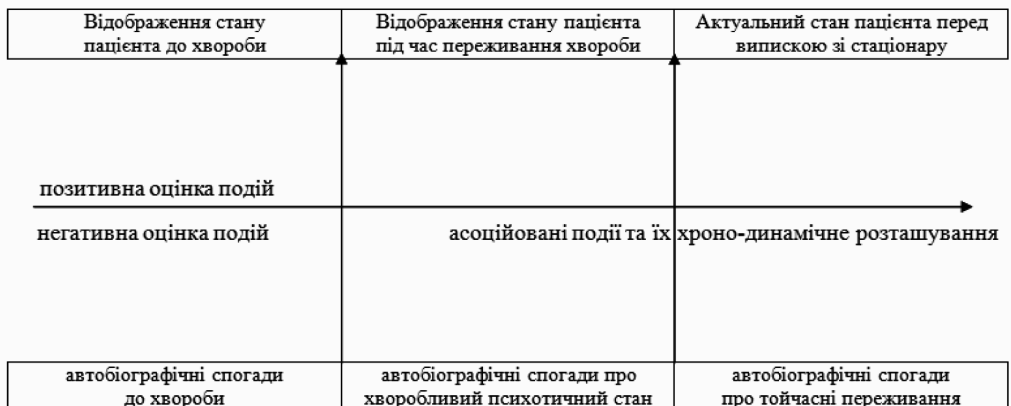
Показники	ОКГ (n = 100) абс.к.	сер. %	Показники	ОКГ (n = 100) абс.к.	сер. %
Психодіагностика типів ставлення до хвороби (опитувальник: «ТОБОЛ»):					
ейфоричний	4	4,0±2,0	неврастенічний	–	–
гармонійний	2	2,0±1,4	обсесивно-фобічний	6	6,0±2,4
апатичний	20	20,0±4,0	сенситивний	–	–
анозогнозичний	48	48,0±5,0	меланхолійний	6	6,0±2,4
ергопатичний	–	–	тривожний	4	4,0±2,0
параноїдний	8	8,0±2,7	іпохондричний	2	2,0±1,4
Психодіагностика катамнезу ВКХ при шизофренії (схема-інтерв'ю за Н. П. Татаренко):					
відчуття часу початку хвороби	73	73,0±4,4	повільний психологічний час	38	38,0±4,9
преморбідні зміни особистості	90	90,0±3,0	переживання часу відсутнє	10	10,0±3,0
осмислення реального	84	84,0±3,7	«нерівномірна» тривалість часу	29	29,0±4,5
осмислення хворобливого відчуття зміни особистості	38	38,0±4,9	без уваги у відчутті часу	12	12,0±3,2
	92	92,0±2,7	«змішаний» психологічний час	73	73,0±4,4
швидкий психологічний час	19	19,0±3,9			
Психодіагностика асоціативної мнестичної продукції та афективно-особистісної сфери:					
поліабстрактність	74	74,0±4,4	неконгруентні емоційні зв'язки	88	88,0±3,2
не відображує реальної змісту	62	62,0±4,9	афективна насиченість	54	54,0±5,0
неадекватність образів	47	47,0±5,0	опосередковане запам'ятовування	17	17,0±3,8
конкретність	14	14,0±3,5	незбереженість відтворення	83	83,0±3,8
чуттєве сприйняття	20	20,0±4,0	об'єм запам'ятовування	8±0,4	
паралогічність асоціювання	78	78,0±4,1	узагальнена символізація	76	76,0±4,3

Для реалізації модального аналізу хроно-динамічних особливостей АБП, пацієнтови надавався стимульний матеріал, що представляє модифікований варіант методики «Лінія життя» (В. В. Нуркова). Він поділений на 3 умовні блоки, до яких належать відповідні автобіографічні спогади – «до хвороби», «про переживання у хворобі» (в психотичному стані) і «актуальний час катамнезу» (під час обстеження). Основна (горизонтальна) лінія надана для хроно-динамічного розташування асоційованих подій, вертикальні лінії дозволяють встановити позитивну або негативну їх оцінку. Респондентам пропонувалось шляхом вільних асоціацій звернути на відповідних полях відкласти події, які відображують їх стан до хвороби; під час переживання психозу та їх стан зараз із можливостями антиципації. Пацієнти розташовували їх з урахуванням хронології, віку й років, в які вони відбулися, та емоційної оцінки ситуацій. Дані модального аналізу показали більшу ефективність, ніж психодіагностика з використанням 6-ти методик.

У спогадах визначено й підкреслено взаємовплив зазначених чинників, що допомогло встановити найбільш проблемні психосоціальні запити-проблеми. Серед таких найбільш виражені: нещасливе дитинство ( $17,0 \pm 3,8$ ); шкільні проблеми ( $21,0 \pm 4,1$ ); недостатній рівень освіти ( $32,0 \pm 4,7$ ); проблеми на колишній роботі ( $8,0 \pm 2,7$ ) або місці навчання ( $14,0 \pm 3,5$ ); безробіття ( $42,0 \pm 4,9$ ); проблеми з житлом ( $17,0 \pm 3,8$ ); незадовільне матеріальне становище ( $78,0 \pm 4,1$ ); фінансові труднощі ( $39,0 \pm 4,9$ ); складна чи атипова батьківська ситуація ( $56,0 \pm 5,0$ ); проживання на самоті ( $7,0 \pm 2,6$ ); нездатність пристосовуватися до середовища ( $77,0 \pm 4,2$ ); труднощі засвоєння нових норм та правил ( $43,0 \pm 5,0$ ); відчуття ізоляції серед оточуючих ( $23,0 \pm 4,2$ ); непорозуміння у стосунках із власними дітьми ( $4,0 \pm 2,0$ ); партнером ( $18,0 \pm 3,8$ ); батьками ( $39,0 \pm 4,9$ ); друзями ( $6,0 \pm 2,4$ ); погіршення дружніх стосунків ( $51,0 \pm 5,0$ ); погіршення взаєморозуміння ( $89,0 \pm 3,1$ ); погіршення сексуального життя ( $18,0 \pm 3,8$ ); «нервові» обставини ( $33,0 \pm 4,7$ ); дезорганізація проведення часу ( $64,0 \pm 4,8$ ); зменшення навантаження по господарству ( $67,0 \pm 4,7$ ); погіршення дозвілля ( $25,0 \pm 4,3$ ); зменшення кількості спілкування за межами дому ( $62,0 \pm 4,9$ ); погіршення якості харчування ( $12,0 \pm 3,2$ ); проблеми із здоров'ям членів сім'ї ( $20,0 \pm 4,0$ ); погіршення стосунків на роботі із керівництвом ( $11,0 \pm 3,1$ ); колегами ( $11,0 \pm 3,1$ ); товаришами ( $7,0 \pm 2,6$ ); сусідами ( $5,0 \pm 2,2$ ); зменшення кола друзів ( $43,0 \pm 5,0$ ); їх зрада ( $2,0 \pm 1,4$ ); емоційні ( $57,0 \pm 5,0$ ) та поведінкові проблеми ( $23,0 \pm 4,2$ ); проблеми у стосунках із батьком ( $5,0 \pm 2,2$ ); матір'ю ( $7,0 \pm 2,6$ ); братами / сестрами ( $1,0 \pm 1,0$ ); опікунами ( $8,0 \pm 2,7$ ); смерть близьких ( $15,0 \pm 3,6$ ); відчуття ізоляції ( $74,0 \pm 4,4$ ).

Результати втілення модального аналізу показали, що твердження та інструкції, які увійшли до складової модального аналізу хроно-динамічних автобіографічних відтворень, мають оптимальні індекси ефективності ( $0,28 - 0,75$ ), дискримінативності ( $r_s = 0,20 - 0,84$ ,  $p \leq 0,05$ ).

Показники змістовної, за результатами експертних оцінок ( $\max - 5$ ) –  $4,25 - 4,72$  ( $\alpha$ -Кронбаха =  $0,59 - 0,80$ ), та критеріальної ( $R = 0,61 - 0,69$ ,  $p \leq 0,05$ ) валідності; внутрішньої узгодженості ( $\alpha$ -Кронбаха =  $0,64 - 0,90$ ) досить високі.



**Рис. 4.** Модальний аналіз автобіографічних спогадів при параноїдній шизофренії

Розроблений аналітичний комплекс психометрично обґрунтовано, що підкреслює статус можливо-стей його використання у прикладній медико-психологічній діяльності.

На підставі отриманих даних модального аналізу, розроблено і впроваджено катамнестичний ПС пацієнтів з ПШ, спрямований на психологічне потенціювання підтримуючої терапії, гармонізацію знань про хворобу, можливості своєчасної самопомоги, нівелювання несприятливого типу ставлення до хвороби, редукцію соціальної ізоляції, конфліктної поведінки; гармонізацію міжособистісного спілкування, реактивацію власної соціальної ролі та компенсацію сімейного функціонування. Розроблені заходи включали тривалу роботу з реконструкції життя із формуванням самостійних прогностичних здібностей, самоменеджменту, розвитку пошукової активності.

Всі заходи проводились у спеціально організованих приміщеннях клініки. ПС чоловіків та їх близького оточення базувався на засадах нормативних документів. Середня тривалість індивідуального заняття складала – 1 годину; групового / сімейного – 2 години.

Перед реалізацією 3-модульного ПС (рис. 5) проводився ретельний підбір методів / методик / практик корекції. Підібрані методики були спрямовані на:

- 1) прийом підтримуючої терапії;
- 2) моніторинг та аналіз власного психічного стану;
- 3) адаптацію до наслідків перенесеного в психозі;
- 4) реактивацію власної соціальної ролі;
- 5) стабілізацію сімейної функції;
- 6) покращення міжособистісного спілкування;
- 7) подолання соціальної ізоляції;
- 8) редукцію конфліктної поведінки;
- 9) пошук покращення якості життя;
- 10) самоменеджмент.

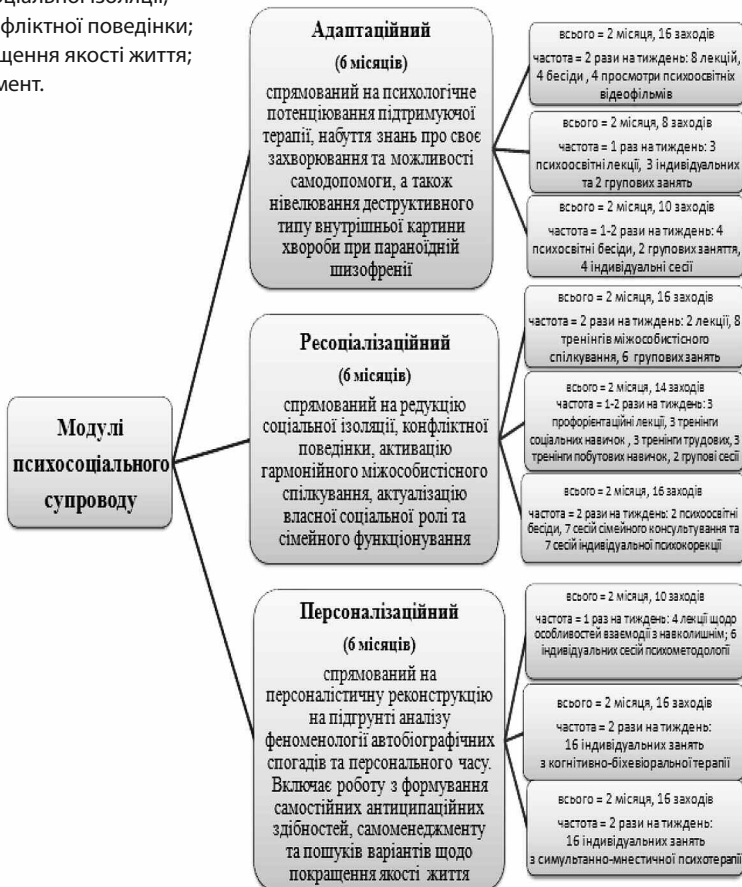


Рис. 5. Структура і зміст модулів психосоціального супроводу пацієнтів



*Адаптаційний модуль* підкріплено заходами психоосвіти, раціональної, індивідуальної і групової терапії; ресоціалізаційний – тренінгово-навчальною роботою, сімейним консультуванням; персоналізаційний – симультантно-мнестичною корекцією зі застосуванням технік когнітивно-біхевіоральної терапії. Останній модуль насичено роботою з відчуттям персонального часу і організацією власного розпорядку життя, який є найбільш сприятливим за умов існування хвороби.

Аналіз ефективності розробленого ПС хворих на ПШ показав:

- а) підвищення рівня знань щодо власної хвороби ( $84,0 \pm 3,7$ ) та ефективності психоосвіти ( $74,0 \pm 4,4$ );
- б) у соціально-функціональному контексті: покращення сімейних стосунків ( $68,0 \pm 4,7$ ); підвищення рівня ( $38,0 \pm 4,9$ ), кола ( $48,0 \pm 5,0$ ), ініціативи спілкування ( $68,0 \pm 4,7$ ); стабілізацію професійно-рольових функцій ( $34,0 \pm 4,7$ ) й неповної зайнятості ( $42,0 \pm 4,9$ ); оцінку відчуття мети ( $30,0 \pm 4,6$ ), мотивації ( $74,0 \pm 4,4$ ), допитливості ( $28,0 \pm 4,5$ ); плідне використання часу ( $78,0 \pm 4,1$ ); володіння загальними речами ( $70,0 \pm 4,6$ ), звичайними заняттями ( $48,0 \pm 5,0$ ); поява здібностей до співчуття ( $14,0 \pm 3,5$ ); покращення контакту з фахівцем ( $54,0 \pm 5,0$ );
- в) за комплаєнтними відносинами: повний ( $48,0 \pm 5,0$ ), частковий ( $34,0 \pm 4,7$ ), низький ( $18 \pm 3,8$ ) види співпраці у конструктивному ( $48,0 \pm 5,0$ ), формальному ( $14,0 \pm 3,5$ ), пасивному ( $4,0 \pm 2,0$ ), симбіотичному ( $16,0 \pm 3,7$ ), нестабільному ( $6,0 \pm 2,4$ ), негативістичному ( $4,0 \pm 2,0$ ), дефіцитарному ( $8,0 \pm 2,7$ ) типах комплаєнсу. Серед маркерів особливе місце займають: критичність до симптомів й наслідків хвороби ( $68,0 \pm 4,7$ ), довіра до фахівця ( $56,0 \pm 4,9$ ), підвищення інформативності про терапію ( $94,0 \pm 2,4$ ), задоволеність її результатами ( $78,0 \pm 4,1$ ), готовність до подальшої зміни життєвого стилю ( $72,0 \pm 4,5$ ), підтримка з боку сім'ї ( $58,0 \pm 4,9$ ).

## **ВИСНОВКИ:**

**1.** Встановлено особливості автобіографічної пам'яті та її функцій у чоловіків хворих на параноїдну шизофренію.

**1.1.** Змістова характеристика автобіографічної пам'яті відображена у більшості сумними (72%) і минулими (91%) подіями. За типологічними якість насичено особистісно-психологічними подіями (42%) і подіями соціального середовища (58%); за видом пов'язаними з батьківською родиною (21%), місцем проживання (13%), станом здоров'я (52%), особистим «Я» (17%), міжособистісними відносинами (38%), роботою (23%), спонтанними подіями життя (19%). Частота зустрічі подій насичено критерієм «слабкості» (61%) та незначними проявами за критерієм «оригінальності» 6%, «популярності» – 18%, «сили» спогадів – 18%.

**1.2.** Параметри структурного аналізу автобіографії підтверджують вираженість спогадів, до яких хворі ставляться негативно (72%). Елемент датування подій життя за роками знаходив прояв у 67%, іншим хворим складно відображати хронологію за роками (32%) й вони використовували послідовність за типом «до та після хвороби». Підтверджено зниження емоційного балансу, зниження 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.

**1.3.** Доведено значне зниження фактично всіх функцій (прагматичної, саморегуляції, комунікативної, екзистенційної) автобіографічної пам'яті та їх зрілості. Для хворих характерні негативні спогади, недостатність саморегуляції психічних станів, специфічна мрійливість, дефіцитарність соціальних контактів, загального спілкування, зменшена кількість спогадів з вузьким репертуаром тем.

**2.** Виявлено окремі патоперсональні особливості хворих на параноїдну шизофренію.

**2.1.** Найбільш вираженими типами ставлення до хвороби є: анозогнозичний (48%), апатичний (20%). Інші типи знаходили менший прояв: параноїдний (8%), обсесивно-фобічний (6%), меланхолійний (6%), ейфорічний (4%), тривожний (4%), гармонійний (2%), іпохондричний (2%). Не представлені неврастенічний, ергопатичний та сенситивний типи. Притаманні риси уникання думок про хворобу та її наслідки, заперечення наявного, посилання на випадковість, відмовлення від діагностичних й лікувальних процедур, байдужості до життя, прогнозу, результатів терапії, пасивної підлеглості, втрати інтересів до того, що раніше турбувало.

**2.2.** Відокремлено, що суб'єктивне відчуття часу початку хвороби відображено нечіткими якість відчуття преморбідних змін власної особистості у більшості випадків (90%), але ж суб'єктивним відчуттям того, що вони захворіли недавно (73%) на відміну від інших 27%. Осмислення навколишнього реального представлено неоднорідними показниками – 84%, як і хворобливих переживань 38%. Відчуття зміни осо-

бистості було у 92% пацієнтів. Переживання ходу психологічного часу швидким вважали 19%, повільним – 38%. Відсутність його переживання підкреслювали 10%. Переживання тривалості захворювання пацієнти вважали як «нерівномірний» (як під час переживання психозу, так і після виходу з нього): вони або зовсім не звертали увагу на відчуття часу (12%), або ж знаходили його як «змішаний» – «інколи швидким, інколи повільним або відсутнім» (73%).

**2.3.** Аналіз афективно-особистісних якостей підкреслив емоційне згасання, афективне спустошення. Продуктивність опосередкованого запам'ятовування підкреслено не збереженням відтворенням (майже у 80%). Об'єм запам'ятовування страждав у співставленні з механічним заучуванням у 19% випадків. Доступність узагальненої символізації утруднено у 76%. Асоціації у більшості неадекватні. Конкретно-ситуаційних образів було менше, ніж абстрактних.

**3.** Визначено й підкреслено взаємовплив автобіографічних феноменів на найбільш проблемні психосоціальні запити: недостатній рівень освіти; безробіття; незадовільне матеріальне становище; фінансові проблеми; складна або атипова батьківська ситуація; проживання на самоті; нездатність пристосовуватися до середовища; труднощі у засвоєнні нових норм та правил; відчуття ізоляції серед оточуючих; батьками; друзями; погіршення дружніх відносин; погіршення взаєморозуміння; «нервові» обставини вдома; дезорганізація проведення часу; зменшення навантаження по господарству; погіршення дозвілля; зменшення кількості спілкування за межами дому; проблеми із здоров'ям членів родини; зменшення кількості друзів; емоційні проблеми; поведінкові проблеми.

**4.** дентифіковано й позначено мішені психосоціального впливу й можливості особистих адаптаційних ресурсів, спрямованих на: прийом підтримуючої терапії, моніторинг і аналіз власного психічного стану, адаптацію до наслідків перенесеного в психозі, продовження власної соціальної ролі, стабілізацію сімейної функції, гармонізацію міжособистісного спілкування, подолання соціальної ізоляції, редукцію конфліктності, пошук покращення якості життя, самоменеджмент.

**5.** Науково обґрунтовано і розроблено психосоціальний супровід на етапі катамнезу, спрямований на психологічне потенціювання підтримуючої терапії, гармонізацію знань про хворобу, можливості самодопомоги, нівелювання несприятливого типу ставлення до хвороби, редукцію соціальної ізоляції, конфліктної поведінки; гармонізації міжособистісного спілкування, реактивації соціальної ролі, компенсації сімейного функціонування. Впроваджена система включає тривалу реконструкцію життя із формуванням самостійних прогностичних здібностей, самоменеджменту, розвитку пошукової активності. Складається з 3-х модулів, що апелюють до мнестології, і показали свою ефективність в більшості випадків, на відміну від групи пацієнтів без супроводу.

Подальші наші дослідження полягатимуть у пошуках нових якостей автобіографічних спогадів, які є можливим залучити до психореабілітації хворих з іншими психічними й поведінковими розладами. Також заплановано навчання психологів даному психодіагностичному й корекційному підходу.

#### СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Чабан О. С. Шизофрения: необычные люди среди странных людей. Книжница для пациентов и их родственников, а также для интересующихся большой психиатрией / О. С. Чабан, Е. А. Хаустова, Е. Ю. Жабенко [и др.]. – К.: МЗ Украины, 2012. – 192 с.
2. Шох М. Шизофрения: Методичний посібник / М. Шох, перекл. з німецьк. / Передм. проф. Н. О. Марута, проф. О. С. Чабан ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України». – Х.: Видавець Д. В. Строков, 2013. – 45 с.
3. Клинические разборы в психиатрической практике / Под ред. проф. А. Г. Гофмана. – 3-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 704 с.
4. Методичний комплекс оцінки екзистенційно-особистісного відновлення хворих з першим психотичним епізодом (методичні рекомендації) / Н. О. Марута, В. А. Абрамов, О. І. Осокіна [і співавт.]. – Донецьк; К.: МОЗ України, НАМН України, 2013. – 39 с.
5. Избранные научные труды профессора В. В. Кришталь / Под ред. проф. Е. В. Кришталь. – Х.: Талант Трейдинг, 2011. – 130 с.
6. Кришталь Є. В. Сексопатологія: підручник / Є. В. Кришталь, Б. М. Ворнік. – К.: «Медицина», 2014. – 544 с.
7. Маркова М. В. Сімейна психотерапія як базовий психотерапевтичний ресурс в комплексному лікуванні хворих на параноїдну шизофренію / М. В. Маркова, К. А. Горшкова // Психічне здоров'я. – 2012. – №2 (35). – С. 63 – 69.
8. Вид В. Д. Психотерапія шизофренії / В. Д. Вид. – 3-е изд. – СПб.: Питер, 2008. – 512 с.
9. Пшук Є. Я. Дослідження рівня соціального інтелекту референтних родичів пацієнтів з шизофренією в аспекті їх соціального функціонування / Є. Я. Пшук // Український вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22, Вип. 1 (78). – С. 132 – 136.

10. Стан психічного здоров'я населення та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні / М. К. Хобзей, П. В. Волошин, Н. О. Марута [та ін.] // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, Вип. 3 (72). – С. 13 – 18.
11. Психіатрія. Національне керівництво для лікарів-психіатрів / Під ред. В. М. Козідубової, В. М. Кузнєцова [та ін.]. – Х.: Оберіг, 2013. – 1164 с.
12. Сухоіванова О. І. Оптимізація психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію: автореф. дис. ... к. мед. н.: 19.00.04 / Олена Ігорівна Сухоіванова. – Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України. – Х., 2013. – 20 с.
13. Мажбіц В. Б. Психосоціальна реабілітація хворих на параноїдну шизофренію в амбулаторних умовах: автореф. дис. ... к. мед. н.: 14.01.16 / Валентина Борисівна Мажбіц. – ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України». – Х., 2013. – 22 с.
14. Жизнь с шизофренией. Что делать? Краткое руководство для пациентов, страдающих шизофренией и их родственников / Н. А. Марута, А. М. Кожина, В. И. Коростий [и др.]. – Х.: ХНМУ МЗ Украины, 2011. – 28 с.
15. Клиническая психология и психотерапия. 3-е изд. / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. – СПб.: Питер, 2013. – 944 с.
16. Карвасарский Б. Д. Психотерапия: Учебник для ВУЗов. 4-ое изд. / Б. Д. Карвасарский, В. А. Абабков; Под ред. проф. Б. Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2014. – 672 с.
17. Психотерапевтическая клиника. Хрестоматия. Том 1 / В. А. Вербенко, Н. В. Вербенко, В. Н. Клинков [и др.]; Под ред. В. П. Самохвалова, О. С. Чабана. – Тернополь: ТГМУ, 2012. – 438 с.
18. 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.
19. Івашченко Н. Є. Внутрішня картина хвороби і реабілітація пацієнтів з параноїдною шизофренією: автореф. дис. ... к. мед. н.: 14.01.16 / Надія Євгенівна Івашченко. – Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології. – К., 2014. – 18 с.
20. Михайлов Б. В. Коллапс шизофренологии: теоретическая, клинико-диагностическая, герменевтическая мультипликация шизофрений и психофармакотерапевтическая стагнация / Б. В. Михайлов, В. В. Чугунов // Таврический журнал психиатрии. – 2008. – В. 12, 1 (42). – С. 80 – 85.
21. Абрамов В. А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова. – Донецк: «Каштан», 2009. – 584 с.
22. Чугунов В. В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии. – 2-е изд. стер. / В. В. Чугунов. – К.: Здоров'я; Х.: Око – Наука, 2008. – 768 с.
23. Чугунов В. В. Диагностика в психотерапии и психотерапевтический диагноз: [Учебное пособие]. – Х.: Наука, 2010. – 304 с.
24. Чугунов В. В. Психотерапевтический диагноз. – 3-е изд., расширен. / В. В. Чугунов. – Х.: Наука, 2014 / 2015. – 536 с.
25. Бурлачук Л. Ф. Психология жизненных ситуаций: уч. пос. / Л. Ф. Бурлачук, Е. Ю. Коржова. – М.: Российское педагогическое агентство, 1998. – 263 с.
26. Абульханова К. А. Время личности и время жизни / К. А. Абульханова, Т. Н. Березина. – СПб.: Алетей, 2001. – 304 с.
27. Головаха Е. И. Психологическое время личности. 2-е изд., испр. и доп. / Е. И. Головаха, А. А. Кроник. – М.: Смысл, 2008. – 267 с.
28. Нуркова В. В. Вариативный репертуар самоопределяющих воспоминаний как ресурс развития самоидентичности / В. В. Нуркова, Д. А. Василенко // Вестник РГГУ. – 2013. – №18. – С. 11 – 30.
29. Nourkova V. V. Why Historical becomes Personal? Spontaneous Historical Content of Individual Autobiographical Memory. Psychology in Russia: State of the Art. Scientific Yearbook / V. V. Nourkova, Yu. P. Zinchenko, V. F. Petrenko. – М.: Lomonosov Moscow State University; Russian Psychological Society, 2010. – P. 257 – 277.
30. Василевская К. Н. Индивидуально-типологические особенности автобиографической памяти: автореф. дис. ... к. психол. н.: 19.00.01 / Ксения Николаевна Василевская. – Экологический институт Российской академии образования. – М., 2008. – 26 с.
31. Бехтерева Н. П. Магия мозга и лабиринты жизни / Н. П. Бехтерева. – доп. изд. – М.: АСТ; СПб.: Сова, 2007. – 383 с.
32. Русланов Д. В. Психология / Д. В. Русланов. – Донецк: Издатель А. Ю. Заславский, 2011. – 416 с.
33. Хомуленко Т. Б. Теоретико-методологические основы психологии здоровья / Т. Б. Хомуленко // Здоровье. Личность. Общество: сб. науч. трудов / Сост. А. В. Алёшичева. – Х.: Финарт, 2014. – С. 88 – 115.
34. Особенности мнестической деятельности у больных шизофренией и их родственников первой степени родства / Т. Д. Савина, В. А. Орлова, Н. П. Щербаква [и соавт.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2008. – №10. – С. 55 – 60.
35. Heck A. Converging genetic and functional brain imaging evidence links neuronal excitability to working memory, psychiatric disease, and brain activity / A. Heck, M. Fastenrath, S. Ackermann [et al.] // Neuron. – 2014. – Vol. 81, Is. 5. – P. 1203 – 1213.