

МНЕСТОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ПСИХОСОЦИАЛЬНЫМ ИНТЕРВЕНЦИЯМ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ НА ЭТАПЕ КАТАМНЕЗА

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Представлена ретроспектива научного исследования хронодинамических особенностей автобиографической памяти у пациентов с параноидной шизофренией. Описана актуальность психосоциальной помощи им на этапе катамнеза. Выделены альтернативные концепции, а также разработан методологический базис. На основании обозначенных «мишеней» коррекции создан комплекс психосоциальной поддержки, показавший свою эффективность и клиническую перспективность.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, катамнез, психосоциальная поддержка, автобиографическая память, психологическое время личности, психометодология, психодиагностика, психокоррекция, психообразование.

Расстройства шизофренного круга сохраняют свою актуальность ввиду частой заболеваемости. Хронизация этой группы патологий приводит к инвалидизации в молодом возрасте. Традиционная помощь сводится к биологической, подразумевая продолжительный прием нейрелептиков после стационара [1, 2].

В последнее время результативной зарекомендовала себя психосоциальная помощь на основе биопсихосоциального подхода, направленная на облегчение клинико-функциональных исходов шизофрении, смягчение ее негативных последствий для больного и его близких, общества в целом [3]. Биопсихосоциальный подход включает в себя облигатную апелляцию к психотерапии, сопроводительной психокоррекции [4, 5].

Эволюция практик психосоциального сопровождения больных шизофренией началась в XVIII в., когда произошла трансформация дисциплинарно-педагогических мер стеснения в меры медицинского и душепопечительного характера [6]. С тех пор клиники психиатрии и психотерапии феноменологически и de facto неразрывны [7]. С пациентами стали все больше говорить, сочетая поучительные беседы с традициями лечебниц, психиатрических клиник [8].

Катамнестический этап (этап после выхода из психоза и дальнейшего наблюдения у врача-психиатра) для пациентов с шизофренией нуждается в оптимизации и решении многих организационных вопросов. В последние годы перед психиатрической сетью в Украине поставлены задачи создания условий для оказания внегоспитальной помощи. Однако это не снимает груза ответственности с близкого окружения больных, которое порой не способно предоставить им этой поддержки из-за дефицита психообразования или дезадаптивного состояния психики [1, 4].

Пациенты с шизофренией нуждаются после выхода их из психоза в новых поддерживающих психическое благополучие программах. Одним из перспективных направлений, на которых может строиться подобная помощь, — мнестологическое. В клинике психотерапии оно представлено симультанно-мнестической психотерапией (психометодологией), базирующейся на многообразии функции памяти и переживании чувства времени [7]. Психометодология использует психосоциальное понятие «истории жизни», что делает ее наиболее близкой к общепсихологической концепции автобиографической памяти (АБП) [9]. При этом воспоминания пациентов о пережитом в психозе также являются неотъемлемой частью АБП в условиях линейного восприятия времени [10], что подтверждается ранее проведенными исследованиями Н. П. Татаренко относительно «катамнеза внутренней картины болезни при шизофрении» [11]. Подобное заключение позволяет разработать структуру комплексного сопровождения пациентов с параноидной шизофренией и провести ее апробацию.

Цель нашего исследования — на основании комплексного психодиагностического исследования хронодинамической организации АБП и патоперсонологии больных шизофренией выявить их адаптационные ресурсы и разработать систему психосоциальной поддержки на катамнестическом этапе.

В ходе исследования использовались методы: психодиагностический, клинико-психологический, нарративного интервью, включенного наблюдения, этнологической диагностики, социально-демографический, математической статистики.

В Харьковской областной клинической психиатрической больнице № 3 в течение 2011–2013 гг. проведено обследование 150 пациентов, страдающих параноидной шизофренией, на этапе

катамнеза. Из них 100 были обследованы по шести психодиагностическим и клинико-психологическим методикам, а 50 больных приняли участие в программе психосоциальной поддержки, составив основную клиническую группу (ОКГ), результаты интервенций по которой сопоставлялись с данными 50 пациентов, не участвовавших в данной программе (контрольная группа — КГ).

Средний возраст пациентов — 29 лет. По социально-демографическим показателям преобладали лица со средне-специальным (53%) и высшим неоконченным (29%) образованием, 18% пациентов имели полное высшее образование. В браке состояли 37% обследованных, в разводе — 15%, не женаты были 52%. Непрерывный и мерцающий трудовой стаж имели 67% обследованных, никогда не работали 33% пациентов.

Все психодиагностические, клинико-психологические мероприятия проводились за несколько дней до выписки из стационара, а коррекционно-обучающие интервенции — на протяжении последующего года после выписки (табл. 1).

Психодиагностическая часть работы заключалась в распознавании наиболее присущих больным параноидной шизофренией психосоциальных маркеров, различимых через концепты АБП, ее функций, а также патоперсонологии как содержания внутренней картины болезни, после пережитого в психозе, мнестико-ассоциативной продукции (табл. 2).

Таблица 1

Дизайн проводимых мероприятий в зависимости от этапов и целей работы

150 человек (общая выборка обследованных пациентов)	
100 человек (контрольная группа)	50 человек (основная клиническая группа)
<i>Первичная психодиагностика</i>	<i>Первичная психодиагностика не проводилась</i>
50 человек из контрольной группы	50 человек (основная клиническая группа)
<i>Проведение психодиагностики разработанной модифицированной экспресс-методикой «Я и память о болезни» с целью определения исходного адаптационного потенциала</i>	
<i>Отсутствие психосоциальной поддержки</i>	<i>Реализация психосоциальной поддержки</i>
<i>Повторная психодиагностика модифицированной экспресс-методикой «Я и память о болезни» с целью получения среза данных по динамике адаптивных психосоциальных ресурсов</i>	
<i>Проведение шкал оценки качества жизни; определения типов и уровня комплаенса; сопоставление данных с результатами психодиагностики по методике «Я и память о болезни»</i>	

После реализации первичной психодиагностики батареей из шести методик полученные данные анализировались и обобщались в аспектах представлений о том, какие наиболее значимые автобиографические воспоминания определяют психосоциальные адаптивные возможности после психоза. Рассмотрение данных воспоминаний происходило с учетом временного континуума с эмоциональной и когнитивно-прогностической аранжировкой. Пациенты зачастую разделяли свою автобиографию на кластеры: «до болезни», «в период переживания психоза» и «актуальное состояние после выхода из психоза». Каждое воспоминание при этом поддавалось субъективной оценке в режиме «позитивное — негативное». А период «после психоза» ставил для больных шизофренией задачу антиципации — прогнозирования дальнейшего своего психосоциального функционирования.

В результате анализа нами была предложена авторская модификация психодиагностической методики В. В. Нурковой «Линия жизни» [10], адаптированная для целей исследования под названием «Я и память о болезни» [12]. Отличие от уже существующей заключается в комбинировании возможностей исследования временных представлений о значимых жизненных событиях через призму болезни. Одновременно данная методика позволяет увидеть «слабые» и «сильные» стороны психики через воспоминания, которые по факту представляют феномены непрерывно функционирующей личности. Наблюдая снижение тех или иных проявлений личностной организации, специалист может увидеть ресурсы, используемые для редукции дисгармоничных, искаженных болезнью адаптивных возможностей пациента.

Психодиагностика с помощью модифицированной методики «Я и память о болезни» впервые проводилась у 50 обследованных КГ и 50 пациентов ОКГ за 1–2 дн после выписки из психиатрического стационара. На протяжении последующего года пациенты ОКГ и их родственники стали участниками разработанной программы психосоциальной поддержки. Спустя год лица КГ и ОКГ проходили повторное психодиагностическое обследование, направленное на исследование динамики их адаптивных ресурсов.

Наибольшее значение при разработке программы психосоциальной поддержки страдающих параноидной шизофренией приобрели следующие показатели их нестабильного психосоциального функционирования: снижение социальной активности и трудоспособности; снижение способности прогноза дальнейшей деятельности; деформация внутрисемейных отношений; повышенная конфликтность в межличностном общении; безразличие к своему состоянию здоровья и его

Таблиця 2

Сегменты патопсихологической диагностики психосоциальных маркеров

Наименование сегмента	Название методик/практик	Цель использования
Наблюдения и интервью	Включенное наблюдение Нарративное интервью	Первичное формирование задач исследования. Знакомство с пациентами и их образом жизни. Заключение комплаентных отношений. Разъяснение мероприятий
Мнестико-автобиографический	Методика изучения переживаний, связанных с наиболее значимыми сферами жизни « <i>Психологическая автобиография</i> » (Л. Ф. Бурлачук, Е. Ю. Коржова, 1998) Модифицированная графическая методика « <i>Линия жизни</i> » (В. В. Нуркова, 2000) Опросник изучения базовых функций автобиографической памяти « <i>Функции автобиографической памяти</i> » (К. Н. Василевская, В. В. Нуркова, 2008)	Использование методик, посвященных общим автобиографическим воспоминаниям. Оценка АБП с учетом линейного восприятия времени. Выделение воспоминаний по коммуникативной, саморегуляционной, прагматической функциям, полифункциональности и зрелости воспоминаний
Патоперсоналогический	Опросник изучения типологии отношения к собственному болезненному отношению « <i>Тип отношения к болезни</i> » (Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Е. Б. Карпова, 2005) Схема интервью « <i>Катамнез внутренней картины болезни при шизофрении</i> » (Н. П. Татаренко, 1947) Методика « <i>Пиктограмма</i> » для исследования сферы мышления, особенностей опосредованного запоминания и аффективно-личностной сферы (А. Р. Лурия, 1962)	Использование методик, ориентированных на личностное функционирование исходя из реакции на болезнь. Определение типа отношения к болезни, критичности к постпсихотическим феноменам и сферным качествам психической организации
Апробационно-катамнестический	Авторская методика « <i>Я и память о болезни</i> » (модификация)	Первичное использование модификации авторской методики для определения мнестически опосредованных психосоциальных ресурсов личности. Определение «мишеней» интервенции
Оценки результатов помощи	Авторская методика « <i>Я и память о болезни</i> » (модификация) Шкала оценки качества жизни « <i>Quality of Life Scale</i> » (QLS) Мероприятия по оценке уровней и типов комплаенса (Н. А. Марута, Л. Ф. Шестопалова и др., 2011)	Повторная психодиагностика с целью определения хроно-динамической организации памяти пациентов и сопоставления данных со шкалами оценки комплаенса и качества жизни пациентов

последствиям; трудности психоэмоционального контроля.

Кроме того, программа позволила определить алгоритм выбора/исключения психокоррекционных, психообразовательных методик/практик для каждого индивидуально. Интервенции включали способы научения социальным навыкам, самостоятельному совладанию с проявлениями болезни.

В структуре психосоциального сопровождения выделены шесть кластеров:

— клинично-психологического интервью (на основе нарративного интервью, клинично-психопатологического, клинично-психологического анализа интерсубъективных переживаний пациентов);

— психообразования (пронизывает последующие мероприятия, обучая пациентов и их род-

ственников знаниям о болезни, изменениях в жизни, трудоспособности, межличностном общении, совладании с трудностями, стрессами);

— психокоррекции (обозначение индивидуализированных «мишеней» психокоррекции, выявленных при анализе автобиографических воспоминаний пациентов; психокоррекция в условиях клиники);

— психореабилитации (осуществляется амбулаторно с целью социализации, расширения спектра адаптивных навыков через их поведенческий и мнестологический ресурсы);

— психопрофилактики (проводится на завершающих встречах, состоит из трех тематических частей: «медикаментозный режим и контроль своего самочувствия»; «конфликтотенность и межличностное общение»; «самообучение и будущее»);

Подсистемы разработанной психосоциальной поддержки

Наименование подсистемы	Описание интервенций	Формы проведения и акценты
Психокоррекционная	Создание условий, атмосферы для обсуждения с пациентами их заболевания, ухода от реальности. Рациональное обращение к здоровой части личности с последующей обратной связью. Через призму автобиографического опыта личности учитывались содержание психоза, воспоминания о перенесенном и степень конструктивности изложенного. Особую роль играли записи переживаний в письменной речи, дневниках	Индивидуальная форма проведения, 3 раза перед выпиской из стационара. Приемы, акцентирующие внимание на перестройке системы ценностей личности, преодолении трудностей адаптации с учетом дефицита антиципационных способностей. Техники симультанно-мнестической психотерапии как вспомогательный арсенал для улучшения качества воспоминаний, предшествующих психозу
Психореабилитационная	Психореабилитация подразумевала создание терапевтической среды, благоприятной для формирования групп (клубов) общения. Это длительный, регулярный период научения навыкам и умениям, направленным на восстановление социальных функций, изменение образа жизни. Особое значение придавалось воспоминаниям, ощущению времени и охранительному режиму. Основной принцип работы в психореабилитационных группах по 5–6 человек выражался в вербализации научения. Вместе со словом осваивался новый способ действия. Общение как орудие мышления, способствующее организации и регуляции психических процессов, в том числе и АБП	Индивидуальная и групповая формы проведения в условиях дневного стационара. Частота — 2 раза в неделю на протяжении 10 мес. Занятия проводились в поведенческой групповой форме и в виде индивидуальных уроков. Тренинг социальных навыков определялся техниками восстановления вербальных и невербальных форм коммуникации, формированием стратегий совладания с эмоционально-волевыми и когнитивно-мнестическими трудностями. Симультанно-мнестические техники коррекции использовались для систематизации автобиографических данных и приспособления к новым особенностям дефекта
Психопрофилактическая	Психопрофилактические мероприятия учитывали такие свойства, как особенности самопомощи пациентов, их чувствительность к доверию в близком окружении (семья, родные, круг общения). Учитывались возможности восстановления психосоциальных функций и личного социального статуса. Пациент обучался стереотипам поведения и самонаблюдения, способствующим снижению риска повтора психотических эпизодов. Родственники и близкие пациента получали информацию, связанную со снижением конфликтности при общении с ним, а также о способах поддержки его психического состояния	Индивидуальная и групповая формы проведения в условиях дневного стационара. Частота — 2 раза в неделю на протяжении 5 мес. В процессе психопрофилактики использовались феномены внутрисемейного функционирования: внутрисемейной поддержки; взаимопомощи; сотрудничества; диапазона действий; способов переработки конфликта; дела в будущем. Психообразовательный аспект подразумевал использование специализированной литературы, вкладок об образе жизни, образовательных бесед

www.mps.kh.ua

— оценки комплайенса и качества жизни пациентов (мониторинг возможных регоспитализаций, контакта с пациентами, описание степени их психосоциальной включенности, занятости).

Каждый из указанных кластеров в той или иной степени был задействован в подсистемах организованной амбулаторной помощи пациентам. Их краткое описание, формы проведения и акценты представлены в табл. 3.

После применения шкалы оценки качества жизни, а также мероприятий по оценке уровней и типов комплайенса была получена характеристика эффективности разработанных интервенций, среднее значение которой выразилось в 77% случаев улучшения и укрепления отношений с близкими, родственниками, а также в системе отношений «врач-психиатр — пациент — психолог».

Сформированы алгоритмы применения психосоциальных мероприятий для пациентов, страдающих шизофренией, которые рекомендованы к применению в **острых и хронических психиатрических отделениях**. Основная их суть заключалась в многомерной оптимизации подхода и **облигатного использования: клинико-психологического интервью; психодиагностической методики «Я и память о болезни» на различных этапах помощи (для определения степени сглаживания психосоциальных трудностей); трех блоков вмешательств — психокоррекции, психореабилитации, психопрофилактики.**

В результате проведенного исследования были сформулированы следующие выводы.

1. АБП является одним из важных видов проявления адаптационного потенциала у **больных параноидной шизофренией**, поскольку неразрывно связана с **опытом переживания значимых психосоциальных событий их жизни**, в том числе психической болезни. Наибольшие ресурсные феномены личностной памяти у пациентов проявлялись в **преобладании социальных событий**, в которых они принимают участие (учеба, работа, семья, хобби, увлечения и т. п.) до психоза. В данном случае яркие и значимые воспоминания о социальном функционировании, способность к их **воспроизведению и дальнейшему использованию** играют важнейшую роль в сопровождении.

2. Система психосоциальной поддержки больных шизофренией, основанная на концепте АБП, особенно продуктивна при совмещении хорошо зарекомендовавших себя клинико-психологических мероприятий — клинико-психологического интервью, психодиагностики, психообразования, психокоррекции, психореабилитации и психопрофилактики.

3. Созданная система помощи позволила: повысить уровень критики; помочь осознать переживания в состоянии болезни путем методики самодискрипции (принятия) болезненных переживаний с **последующим их анализом. При сохранении ресурса аффективного реагирования** пациентов удавалось менять их отношение к перенесенному в болезни, укрепить комплайентность, снизить риск регоспитализаций, повысить психосоциальную включенность на микросоциальном уровне функционирования.

Дальнейшие исследования будут направлены на адаптацию разработанной системы помощи для пациентов с различными формами расстройств шизофренного круга. Это позволит разработать индивидуализированные подходы для их реабилитации и реадaptации.

Список литературы

1. *Михайлов Б. В.* Коллапс шизофрениологии: теоретическая, клинико-диагностическая, герменевтическая мультипликация шизофрений и психофармакотерапевтическая стагнация / **Б. В. Михайлов, В. В. Чугунов** // Таврический журн. психиатрии.— 2008.— Т. 12, № 1 (42).— С. 80–85.
2. *Херсонский Б. Г.* Кладезь безумия: Записки психиатра / **Б. Г. Херсонский**.— К.: Спадщина, 2012.— 392 с.
3. *Мажбиц В. Б.* Принципы построения программы психосоциальной реабилитации больных параноидной шизофренией / **В. Б. Мажбиц** // Мед. психология.— 2010.— Т. 5, № 3 (19).— С. 75–77.
4. Шизофрения: необычные люди среди странных людей. Книжница для пациентов и их родственников, а также всех интересующихся большой психиатрией / **О. С. Чабан, Е. А. Хаустова, Е. Ю. Жабенко, Н. Ю. Жабенко**.— К.: ЭД-ВОРЛД ТРЕЙД, 2012.— 192 с.
5. *Шох М.* Шизофрения: метод. посіб. / **М. Шох**; перекл. з німецьк.; передм. **Н. О. Марута, О. С. Чабан**; ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України».— Харків: вид. Строков Д. В., 2013.— 45 с.
6. *Фуко М.* История безумия в классическую эпоху / **М. Фуко**; пер. с фр. **И. К. Стаф**.— М.: АСТ, 2010.— 698 с.
7. *Чугунов В. В.* Клиника и дисциплинарная история психотерапии.— 2-е изд., стереотип.— К.: Здоровье; Харьков: Око — Наука, 2008.— 768 с.
8. Психотерапевтическая клиника: хрестоматія / **В. А. Вербенко, Н. В. Вербенко, В. Н. Клинков** [и др.]; под ред. **В. П. Самохвалова, О. С. Чабана**.— Тернополь: ТГМУ, 2012.— Т. 1.— 438 с.
9. *Нуркова В. В.* Методика «Линия жизни» как фактор формирования зоны ближайшего развития исторического аспекта самосознания личности / **В. В. Нуркова** // «Зона ближайшего развития» в теоретической и практической психологии: матер. XI Междунар. чтений памяти **Л. С. Выготского (15–18 ноября 2010 года, Москва)**.— М., 2010.— С. 88–95.
10. *Ивашенко Н. Е.* Исследование внутренней картины болезни при шизофрении / **Н. Е. Ивашенко** // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология.— 2012.— № 2 (08).— С. 37–45.
11. *Татаренко Н. П.* «Внутренняя картина болезни» при шизофрении и ее значение для клиники / **Н. П. Татаренко** // Мед. исследования.— 2001.— Т. 1, Вып. 1.— С. 140–143.
12. *Безсмертний О. В.* Хронодинамічні особливості автобіографічної пам'яті як маркери внутрішньої картини хвороби у хворих на розлади шизофренного кола / **О. В. Безсмертний** // Вісник ХНУ ім. **В. Н. Каразіна**. Серія «Психологія».— 2012.— Вип. 50, № 1032.— С. 191–197.

**МНЕСТОЛОГІЧНИЙ ПІДХІД ДО ПСИХОСОЦІАЛЬНИХ ІНТЕРВЕНЦІЙ
ЩОДО ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ НА ЕТАПІ КАТАМНЕЗУ**

О. В. БЕЗСМЕРТНИЙ

Подано ретроспективу наукового дослідження хронодинамічних особливостей автобіографічної пам'яті у пацієнтів із параноїдною шизофренією. Описано актуальність психосоціальної допомоги їм на етапі катамнезу. Виділено альтернативні концепції, а також розроблено методологічний базис. На основі визначених «цілей» корекції створено комплекс психосоціальної підтримки, який показав свою ефективність й клінічну перспективність.

Ключові слова: параноїдна шизофренія, катамнез, психосоціальна підтримка, автобіографічна пам'ять, психологічний час особистості, психометодологія, психодіагностика, психокорекція, психоосвіта.

**MNESTOLOGY APPROACH TO PSYCHOSOCIAL INTERVENTION IN PATIENTS
WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA DURING CATAMNESIS**

A. V. BESSMERTNIY

A retrospective research of chronodynamic features of autobiographical memory in patients with paranoid schizophrenia is presented. The relevance of psychosocial care for them on the stage of catamnesis is described. Alternative concepts were distinguished, methodological basis was worked out. On the basis of the designated targets for correction, complex of psychosocial support, which showed its high efficacy and clinical prospects, was created.

Key words: paranoid schizophrenia, catamnesis, psychosocial support, autobiographical memory, psychological time of the personality, psychometodology, psychological diagnosis, psychological correction, psychoeducation.

Поступила 01.10.2014