

УДК 159.946.3

doi: 10.15330/ps.10.1.227-234

Марина ОрапТернопільський національний педагогічний університет імені Володимира Гнатюка
orap2003@ukr.net**АВТОНАРАТИВ ЯК ЗАСІБ ДОСЛІДЖЕННЯ І РЕОРГАНІЗАЦІЇ
ЖИТТЄВОГО ШЛЯХУ ОСОБИСТОСТІ ПАЦІЄНТА**

У статті висвітлено результати теоретичного та емпіричного дослідження можливостей автонаративу в діагностиці особливостей особистості та життєвого шляху пацієнта в ситуації травматичного досвіду. З'ясовано, що основні напрями дослідження будуються навколо розгляду автонаративу за собом конструювання, побудови внутрішніх смислів особистості та вивчення його як способу презентації внутрішнього змісту особистості. Описано групи пацієнтів за типом ставлення до хвороби: умовно-адаптивний, інтрапсихічний дезадаптивний, інтерпсихічний дезадаптивний. За результатами емпіричного дослідження здійснено класифікацію автонаративів досліджуваних відповідно до характеру вияву в них емоційних переживань. Здійснено якісний і кількісний аналіз отриманих емпіричних даних. Найбільш раціональними та позитивно налаштованими виявились автонаративи пацієнтів із умовно-адаптивним типом ставлення до хвороби. У групі пацієнтів із інтрапсихічною спрямованістю дезадаптації переважають емоційно-нейтральні та емоційно-негативні автонаративи. Для групи з інтерпсихічною дезадаптацією характерними є автонаративи емоційно-негативного та раціонального типу. Відтак, у автонаративах пацієнтів виокремлено істотні для реорганізації травматичної події показники: 1) рівень когнітивної обробки події (раціоналізації), 2) позитивне/негативне емоційне тло сприймання травматичної події, 3) наявність позитивних очікувань від майбутнього. Проаналізовано особливості вживання «когнітивних» та «афективних» синтагм різними групами пацієнтів залежно від типу ставлення до хвороби. Доведено, що активне, дієве ставлення до процесу одужання відображається в автонаративах, виокремлено відповідні психолінгвістичні маркери. Отже, більш конструктивним для збереження здоров'я виявляється раціональна інтерпретація подій власного життя через усвідомлене осмислення свого життя та когнітивних схем відображення дійсності. У висновках сформульовано загальні напрямки психокорекційної роботи з пацієнтами залежно від типу їхнього ставлення до хвороби та перспективи подальших досліджень.

Ключові слова: психогерменевтика, автонаратив, синтагма, травматичний досвід, пацієнт, тип ставлення до хвороби.

Постановка наукової проблеми. Проблема особистості пацієнта актуалізується в клінічній, медичній психології у зв'язку з останніми дослідженнями впливу особистісних установок і загалом, налаштування пацієнта на одужання (С. Д. Максименко, І. С. Тимків). Проблема залежності ефективності лікування від психічного стану пацієнта є предметом досліджень у межах психосоматики, психології пацієнта і лікаря, психології здоров'я. Проте, як демонструє аналіз спеціальної літератури, недостатньо дослідженими залишаються саме особливості особистості пацієнта, його життєвого шляху, світогляду, спрямованості тощо. Це спонукало нас до акцентування дослідження на з'ясуванні закономірностей впливу особливостей особистості на сприймання і перебіг хвороби та на якість життя після одужання. Водночас актуалізація психогерменевтичних досліджень спонукає до використання нарративних методик як найбільш інформативних та екологічних щодо пацієнта, людини, яка перебуває у стресовому стані.

Аналіз останніх досліджень. У зарубіжній психології дослідження нарративу активізувались у 80–90-х роках минулого століття. Як зазначає М. Крослі, «нарративна психологія ґрунтується на твердженні того, що людський досвід і поведінка мають значення, і для того, щоб зрозуміти нас самих і інших людей, нам необхідно дослідити «системи значень» і «структури» значень, які формують наше мислення і світ навколо нас» [4, с. 26]. Класичні дослідження, пов'язані зі структурою нарративу (Дж. Брунер, В. Лабов, Дж. Валєцький) були доповнені науковими розвідками прикладного застосування нарративних методик у терапевтичних цілях (М. Вайт, Д. Епстон, К. Двіведі, М. Крослі). Так, зокрема, у праці «The Therapeutic use of Stories», автор підкреслює, що «розповідання історій дає прекрасний терапевтичний ефект саме у ситуаціях, які супроводжуються гнівом,

тривогою, страхом, соромом, провинною, розлукою» і тому можуть бути використані з різними групами людей різного віку [7, с. 32].

Українська психологія має достатньо глибоку фундаментальну базу психогерменевтичного підходу, представлену уже класичними працями Л. В. Засекіної, З. С. Карпенко, М. Л. Смульсон, Т. М. Титаренко, Н. В. Чепелевої. У цих дослідженнях означаються теоретичні підвалини використання нарративу як засобу розкриття внутрішніх основ особистості, змісту її Я-концепції, самопроєктування (Н. В. Чепелева) та життєстворення (Т. М. Титаренко), для побудови ментальної моделі світу (М. Л. Смульсон), «з метою оптимізації рольових, компетентнісно-ділових, ціннісно-орієнтаційних, морально-етичних, а також здоров'язберігальних (екологічних) параметрів функціонування окремого організаційного підрозділу» (З. С. Карпенко) [3, с. 97], реорганізації травмивного досвіду (Л. В. Засекіна). Важливим для нашого дослідження є висновок Т. М. Титаренко про те, що «створення розповіді про себе у вигляді автобіографії є самостійним, оригінальним дискурсом, який на певному етапі виходить, виривається, вислизає з первинно заданого контексту, переростаючи його і набуваючи здатності жити незалежно» [5, с. 266]. Таким чином, автонаратив не лише відображає життєвий шлях, але стає засобом конструювання майбутнього.

Сучасні вітчизняні дослідження стосуються прикладних напрямків використання автонаративу як засобу вираження життєвої позиції особистості (К. А. Марчук), методу діагностики професійно значущих характеристик особистісної зрілості майбутніх психологів (Н. М. Дідик), самоприйняття та психологічного благополуччя сучасної жінки (В. Майструк). Можемо стверджувати, що основні напрями дослідження автонаративу будуються навколо 1) розгляду останнього засобом конструювання, побудови внутрішніх смислів особистості та 2) вивчення автонаративу як способу вираження, презентації внутрішнього змісту особистості.

Напрямок використання нарративних методик у консультаційній та терапевтичній роботі з пацієнтами є недостатньо дослідженим у вітчизняній психології. Л. В. Засекіна, здійснюючи дослідження нейропсихолінгвістичних засобів реорганізації емоційної пам'яті особистості використовує саме нарративні методики для активізації та позитивного переосмислення досвіду особистості. У такому випадку висновок про те, що «оживлення позитивних емоційних подій з минулого досвіду є потужним особистісним ресурсом для покращення психічного стану особистості та якості життя загалом» [2, с. 72] є істотним для реалізації терапевтичного потенціалу автонаративу.

Метою статті є аналіз емпіричних даних використання автонаративу як засобу діагностики життєвого шляху онкологічних хворих та виокремлення можливостей автонаративу в реорганізації травмивного досвіду та життєвого шляху загалом.

Виклад основного матеріалу. Н. В. Чепелева виділяє такі основні критерії для аналізу нарративів: форма існування й розкриття досвіду в біографії; основні події життя; схема інтерпретації власного досвіду; наявність контексту та концепції життя в автобіографії; механізми розкриття особистості в тексті [6]. Послугуючись терміном, введеним Н. В. Чепелевою, ми визначаємо «особистісний інтерпретаційний комплекс» основним при аналізі та розумінні ситуації онкохворим. Такий комплекс розглядається як «полімодальна сукупність самооцінок, оцінок, суджень, думок, установок, котрі формуються шляхом суб'єктивних раціоналізацій і узагальнень за допомогою і при погодженні оточуючих» [6, с. 313], і в такому контексті саме цей комплекс забезпечує єдність особистісного досвіду і слугує інструментом організації власної поведінки. У цьому комплексі ми виділяємо елементи аналізу, визначені ще Дж. Брунером: дійова особа (Agent), дія (Action), обставини (Setting), засоби (Instruments), мета (Goal), труднощі або травмивна подія (Trouble) [1]. Як визначено нами раніше, «у хворих респондентів – емоційні переживання стосовно себе і життєвої ситуації – недиференційовані, а значить не є осмисленими та інтегрованими в досвід людини» [8, с. 260]. Проте саме структурування та емоційне проживання травматичної події є необхідною умовою її осмислення. Як зазначають

психологи, психолінгвісти, травмічний досвід буде болісним до тих пір, поки не буде інтегрованим у загальний особистий і особистісний досвід людини (Л. В. Заскіна, Т. М. Титаренко, Дж. Паннебейкер). Відтак, нашим завданням було визначити маркери такого інтерпретаційного комплексу, виокремлення яких у тексті автонаративу дало б змогу «вбудувати» життєву подію в особистісний досвід пацієнта.

Вибірку дослідження склали пацієнти Тернопільського обласного онкологічного диспансеру та Національного Інституту раку в Києві ($n = 67$, середній вік – 42 роки). Спільною ознакою була наявність діагнозу «рак або інше злоякісне утворення». Усім учасникам дослідження було запропоновано написати есе-розповідь на тему «Моє життя».

Аналіз джерел з медичної, клінічної психології та психології лікаря і пацієнта демонструє неоднозначні шляхи розв'язання наукової проблеми класифікації пацієнтів. Найбільш поширеною є класифікація А. Є. Лічко, Н. Я. Іванова (1980), у якій виділяють дванадцять типів пацієнтів залежно від акцентуації певної риси. Ця класифікація підкріплена діагностичною методикою ТОБОЛ («тип отношения к болезни»), створеною колективом авторів у НДІ ім. Бехтерева у 1987 р. (Л. І. Вассерман, А. Я. Вукс, Б. В. Ювлев). З метою уніфікації дванадцять типів ставлення до хвороби були об'єднані у три блоки, основним критерієм поділу обрано наявність/відсутність адаптації та спрямованість пацієнта:

1) гармонійний + ергопатичний + анозогнозичний типи ставлення до хвороби, які отримали загальну назву «умовно-адаптивний тип» (УА). При гармонійному типі хворі беруть активну участь у лікуванні, адекватно оцінюючи свій стан. При ергопатичному часто вмикається «заперечення» хвороби як захисний механізм, при анозогнозичному характерним є зниження критичності до свого стану аж до повного його витіснення, запереченням факту захворювання. Проте виражені явища дезадаптації у таких хворих відсутні, що дало можливість умовно об'єднати їх у один блок з гармонійним типом.

2) тривожний+іпохондричний+неврастенічний+меланхолічний+апатичний типи ставлення до хвороби об'єднані у блок за наявністю інтрапсихічної спрямованості особистісного реагування на хворобу. Емоційна сфера таких пацієнтів характеризується дезадаптивною поведінкою: посиленою тривожністю, пригніченістю, роздратованістю, пасивністю, відмовою від боротьби («інтрапсихічний дезадаптивний» (ДА 1)).

3) сенситивний+егоцентричний+дисфоричний+паранойяльний типи ставлення увійшли до третього блоку, внаслідок наявної інтерпсихічної спрямованості хвороби за загальної дезадаптивної тенденції. Такі пацієнти підвищено чутливо й гостро ставляться до своєї хвороби, соромляться хвороби, абсолютизують її, висувають паранойяльного характеру концепції її виникнення, звинувачують навколишніх у її причинах («інтерпсихічний дезадаптивний» (ДА 2)).

Відтак, першим етапом емпіричного дослідження було визначення типу реагування на хворобу в кожного члена вибірки. Отримані результати дозволили з'ясувати відсоткове співвідношення різних типів, що представлено на діаграмі 1.

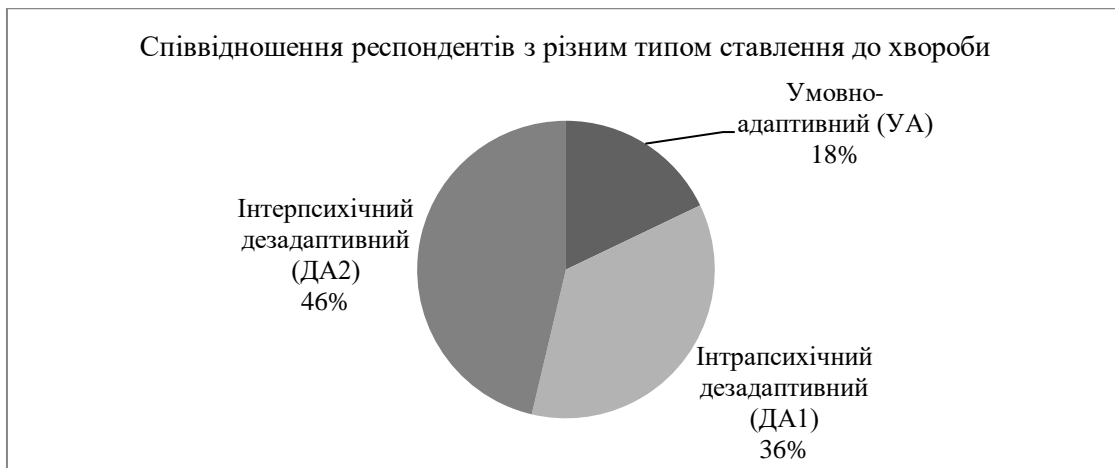


Рис. 1. Співвідношення респондентів з різним типом ставлення до хвороби

Дуже малий відсоток пацієнтів із адекватним, сприятливим ставленням до хвороби, візуалізований на діаграмі, актуалізує значення науково-дослідницької, діагностичної та корекційної роботи з онкологічними хворими.

Частковою гіпотезою емпіричного дослідження було те, що в автонаративах можна виокремити фактори, які виявляють істотні для самопочуття й одужання пацієнтів елементи життєвого шляху та особистого досвіду. Н. В. Чепелева у праці «Проблеми психологічної герменевтики» виокремлює особистісні та ситуативні фактори, які впливають на розуміння та інтерпретацію особистого досвіду. Авторка підкреслює, що в критичних ситуаціях (якою є, безперечно, ситуація оголошення діагнозу та лікування онкозахворювання), особистісні фактори виявляються сутнісно ситуативними, а у власне ситуативних факторах «переосмислення досвіду викликається наявністю певного компонента чи певного поєднання компонентів у структурі ситуації» [6, с. 341]. Отже, ситуативні фактори, які впливають і виявляються в автонаративах, містять і особистісні фактори, і характеристики життєвого шляху. Відтак, поділяємо думку клінічних психологів про те, що ситуація оголошення діагнозу та лікування онкологічних захворювань є, по-перше, сутнісно значущою життєвою подією, по-друге, актуалізує і відображає особистісні характеристики респондента.

Аналізу підлягали автонаративи, у яких була описана/зазначена життєва подія, пов'язана з оголошенням діагнозу та/чи умовами (обставинами, особливостями) лікування. У ситуації лікування онкологічного захворювання травмивний для пацієнта характер може мати як оголошення діагнозу, так і процедура оперативного втручання, так і наслідки курсу хіміотерапевтичного лікування. Тому узагальнено ми називаємо подію, пов'язану з онкологічним захворюванням, яка описана в наративі, «історією хвороби». Істотним для психічного здоров'я пацієнта є рівень інтеграції травматичної події в особистісний досвід, ступінь «вбудованості» цієї події в життєвий досвід. Істотним показником цього є загальне емоційне забарвлення опису події та рівень її когнітивної обробки, оскільки рівень емоційної напруги та «знак» емоції свідчать про рівень опрацювання ситуації, сформоване ставлення до події, наявність певних висновків та змін у життєвому шляху.

Результати якісного аналізу та групування автонаративів дали змогу виокремити певні їх типи за характером емоційного забарвлення опису «історії хвороби».

1 тип – раціональний – у якому відображені амбівалентні, адекватні ситуації емоції. Такі наративи характеризуються відповідністю відображених емоцій зображуваній ситуації («Коли оголосили діагноз, це було як вибух бомби. Була паніка, страх. Але треба зібратись і лікуватись»), емоційні переживання описуються структуровано. У таких автонаративах чітко зображені емоції та наступні дії авторки з раціоналізації емоцій («Я була приголомшена, роздавлена. А потім подумала, та треба лікуватись...»), переведення їх у відповідні дії, їх раціоналізація і перебудова життєвих сценаріїв («... то ремонт ми

закінчили», «Я збрала дітей, все їм розказала, все поділила, щоб потім не сварились»). Обов'язково присутня когнітивна обробка емоційних переживань («Я подумала і вирішила, що плач не допоможе»). Емоційні переживання не є центральним моментом наративів, вони лише констатуються, замінюються структуруванням події. Такий автонаратив виражає найвищий рівень емоційно-раціонального опрацювання травматичної події.

2 тип – емоційно-нейтральний – характеризується низьким рівнем або відсутністю відображення емоцій. Автонаратив представлений переліком подій, емоційні переживання не описуються. Когнітивна обробка події хоч і зберігається, але не відображає рівня вбудованості події у життєвий досвід респондента («Мені всі говорили, що рак виліковний», «Я знала, що треба взяти себе в руки і боротись»)

3 тип – емоційно-негативний – характеризується акцентуванням негативних переживань («.. і я так злилась»), їх детальним описом («мені було і страшно, і сумно, я почала плакати, і плакала постійно. Я не знала що робити... а що я можу зробити?»), негативними узагальненнями («У мене завжди погано», «Якщо найгірше – то тільки зі мною») Позитивна реінтерпретація відсутня, когнітивна обробка виражена слабо, або описуються невдалі спроби такої обробки («Подруги мені казали, що все не так страшно, але я не можу так думати») Як наслідок, у таких наративах відсутні позитивні очікування стосовно майбутнього.

4 тип – оптимістичний (емоційно-позитивний) – спрямований у майбутнє, яке змальовується загалом у позитивному світлі («... але я знаю, що одужаю», «тепер тільки, щоб не було рецидиву, але я думаю, що не буде»). Загальне емоційне тло – позитивне («Важко бути оптимістом, але треба», «Лікар попався хороший, чуйний»). Автори спеціально чи неусвідомлено не акцентують увагу на поточному моменті життя, докладно описуючи минулі приємні події (одруження, зміна роботи, відпочинок) та майбутні, які від них не залежать («Дочка одружиться, будуть внуки»).

У таблиці 1 продемонстровано відсоткове співвідношення різних груп пацієнтів за характером продукованих ними автонаративів.

Таблиця 1

Співвідношення різних типів автонаративів за емоційним забарвленням у групах пацієнтів з різним ставленням до хвороби

	УА	ДА1	ДА2
Емоційно-нейтральний	8,3%	41,7%	19,3%
Емоційно-негативний	16,7%	45,8%	51,6%
Раціональний	41,7%	8,3%	29,1%
Оптимістичний	33,3%	4,2%	-

Очікувано найбільш раціональними та позитивно налаштованими виявились автонаративи пацієнтів із умовно-адаптивним типом ставлення до хвороби (у 41,7% та 33,3% респондентів відповідно). В автонаративах пацієнтів ергопатичного та аногностичного типів спостерігається уникнення опису травматичної події та емоцій, які вона викликала, натомість увага акцентується на майбутньому, планах після одужання.

У групі пацієнтів з інтрапсихічною спрямованістю дезадаптації (ДА1) переважають емоційно-нейтральні та емоційно-негативні автонаративи – пацієнти, зосереджені на суб'єктивних хворобливих та інших неприємних відчуттях, відображають в автонаративах зневіру в успіху лікування і власному одужанні. Прагнення таких пацієнтів до якнайповнішого ознайомлення з особливостями хвороби, її перебігу, алгоритму лікування, властивостями лікувальних препаратів, результатами аналізів тощо спонукає до написання емоційно-нейтральних автонаративів, у яких перелічуються факти, дані, пов'язані з процесом лікування й одужання; емоційне проживання власних психічних станів не відбувається. Меланхолійний та неврастенічний типи ставлення до хвороби зумовлюють негативні емоції – такі хворі описують свої апатичні, депресивні думки, виявляють у текстах

роздратування, розчарування, розпач і відчай, так що ми об'єднуємо їх у групу емоційно-негативних автонаративів.

Для групи з інтерпсихічною дезадаптацією (ДА2) характерними є автонаративи емоційно-негативного та раціонального типів. Такі пацієнти намагаються віднайти раціональні причини своєї хвороби (у зовнішніх обставинах), відмежовуючись від емоційної сторони події. Хворі сенситивного типу, намагаючись уникнути можливого несприятливого враження, яке може справити їхня хвороба на оточуючих, продукують раціональні автонаративи, в яких обережно описують свої емоції, зосереджуючись на їх когнітивному обґрунтуванні. «Оптимістичних» нарративів у цій групі не виявлено, що спровокувало у нас думку про те, що люди, які «абсолютизують» свою хворобу, не можуть з позитивом дивитися в майбутнє.

Таким чином, у автонаративах пацієнтів можуть бути виокремлені істотні для реорганізації травматичної події показники: 1) рівень когнітивної обробки події (раціоналізації), 2) позитивне/негативне емоційне тло сприймання травматичної події, 3) наявність позитивних очікувань від майбутнього.

Отже, найбільш високий ступінь емоційного опрацювання травматичної події зустрічається в пацієнтів, які намагаються адаптуватися до нових умов життя у зв'язку з хворобою. Можемо стверджувати (передбачати) і зворотний зв'язок – ставлення до хвороби як до негативної життєвої події (а не як до завершення життя) сприяє створенню адекватного емоційного фону лікування. Це означає шляхи корекційної роботи з реорганізації травматичного досвіду онкологічних хворих та інтеграції його у особистісний досвід.

Як продемонстрував якісний аналіз, істотним для розрізнення автонаративів пацієнтів з різним ставленням до хвороби є рівень осмислення емоційних переживань, наявність когнітивної їх обробки і раціоналізації. З метою уніфікації та пошуку конкретних маркерів, які б сигналізували про рівень когнітивної обробки та емоційне тло події в автонаративах, ми аналізували вживані авторами синтагми. D. Rubin, A. Boals and K. Klein виявили, що наративи осіб, які пережили чи переживають травматичну подію, розрізняються за показником співвідношення «афективних» і «когнітивних» синтагм [9]. Ті, хто просто «переживає», вживає більше афективних синтагм («мені страшно», «це дуже боляче», «я була у розпачі»). А вживання так званих «когнітивних синтагм», під якими автори мали на увазі слова, що описують пізнавальні процеси мовця («я розумію», «я думаю», «я пам'ятаю»), відображають активний пошук мовця розуміння стресогенної ситуації. Саме тому було підраховано кількість афективних і когнітивних синтагм у кожному автонаративі. Зрозуміло, що у текстах зустрічаються синтагми обох видів, тому до уваги бралось переважання тих чи інших синтагм, а також їх однакове представлення в наративі («Когнітивні»/«Афективні» синтагми). У таблиці 2 продемонстровано співвідношення респондентів різних типів ставлення до хвороби із відносним переважанням того чи іншого виду синтагм у автонаративах.

Таблиця 2

Відсоткове співвідношення респондентів за переважанням вживаних синтагм когнітивного чи афективного значення

	УА	ДА1	ДА2
«Когнітивні» синтагми	66,6%	8,4%	19,3%
«Когнітивні»/«Афективні» синтагми	16,7%	20,8%	32,3%
«Афективні» синтагми	16,7%	70,8%	48,4%

Як бачимо, у групі пацієнтів з інтрапсихічним дезадаптивним ставленням до хвороби (ДА1) істотно переважають синтагми «афективного» значення (70,8%). Ці дані підтверджені і результатами інтерв'ю респондентів з таким переважанням – такі люди внутрішньо змирилися з хворобою, відмовилися від боротьби за своє здоров'я. У групі пацієнтів з інтерпсихічним дезадаптивним ставленням до хвороби (ДА2) збільшується відносна кількість вживаних когнітивних синтагм, що цілком узгоджується із загальною тенден-

цією таких хворих до аналізу власної «історії хвороби» та пошуку її причин. І цілком логічним видається виявлене переважання вживання «когнітивних» синтагм у групі пацієнтів, які беруть активну участь у лікуванні (УА).

Висновки. Результати теоретичного опрацювання наукової літератури продемонстрували наявність потужного потенціалу нарративних методик у діагностиці та корекції травмивного досвіду, зокрема з пацієнтами. З'ясовано, що основні дослідження здійснюються у питаннях особливостей конструювання автонаративу та діагностичних можливостей останнього. Напрямок же використання нарративних методик у консультаційній та терапевтичній роботі з пацієнтами є недостатньо дослідженим у вітчизняній психології.

Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження дали змогу виокремити істотні для реорганізації травматичної події показники: 1) рівень когнітивної обробки події (раціоналізації), 2) позитивне/негативне емоційне тло сприймання травматичної події, 3) наявність позитивних очікувань від майбутнього. Маркерами, що свідчать про рівень активного ставлення пацієнтів до власного травмивного досвіду та ситуації лікування, може слугувати співвідношення «когнітивних» та «афективних» синтагм у автонаративі.

Отже, більш конструктивним для збереження здоров'я та налаштування на одужання виявляється раціональна інтерпретація подій власного життя через усвідомлене осмислення власного життя та когнітивних схем відображення дійсності. Із пацієнтами з інтерпсихічним типом дезадаптації корекційну роботу слід здійснювати у напрямку узагальнення та узгодження курсу лікування, прийняття ними певної однієї версії причин виникнення хвороби та зміцнення довіри до лікарів та процедури лікування. Пацієнтам із «інтрапсихічним дезадаптивним» типом ставлення до хвороби варто продукувати наративи, у яких з'ясовувались би причини тривожності й пригніченості. У психокорекційній роботі з пацієнтами «умовно-адаптивного» типу варто зосередити увагу на усвідомленні причин подій життєвого шляху. У цьому і вбачаємо перспективи подальших досліджень проблеми використання автонаративу для реорганізації та включення травматичних подій до смислових структур свідомості особистості.

1. Брунер, Дж. (2005). *Жизнь как нарратив. Постнеклассическая психология*. Москва: Логос.
2. Засекіна, Л. В. (2014). Нейропсихолінгвістичні засоби реорганізації емоційної пам'яті особистості. *Психолінгвістика*, 15, 62-73. Взято з http://nbuv.gov.ua/UJRN/psling_2014_15_6.
3. Карпенко, З. С. (2018). З досвіду застосування автобіографічного нарративу в організаційній психології: аксіологічна оптика. *Психологія особистості*, 1 (9), 96-104.
4. Кроссли, М. Л. (2013). *Нарративная психология. Самость, психологическая травма и конструирование смыслов*. Харьков: «Гуманитарный центр».
5. Титаренко, Т. М. (2011). Автонаратив як особистісний спосіб життєконструювання. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*, 26 (29), 260-268.
6. Чепелева, Н. В. (2004). *Проблеми психологічної герменевтики: монографія*. Київ: Міленіум.
7. Dwivedi, K. (1997) (ed.) *The Therapeutic Use of Stories*. London: Routledge.
8. Maksymenko, S. & Orap, M. (2018). Psycholinguistic Predictors of Health, *Psycholinguistics. Psychology*, 24(1), 251-268. DOI: 10.31470/2309-1797-2018-24-1-252-268.
9. Rubin, C. D., Boals, A., Klein, K. (2010). Autobiographical Memories for Very Negative Events: The Effects of Thinking about and Rating Memories. *Cognitive Therapy Results*. February 1, 34 (1), 35-48. Retrieved from <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.concog.2011.03.015>.

REFERENCES

1. Bruner, Dzh. (2005). *Zhyzn kak narratyv. Postneklassycheskaia psikhohohyia* [Life is like a narrative. Post-Classical Psychology]. Moskva: Lohos. (rus.).
2. Zasiakina, L. V. (2014). Neiropsykhohinhvistychni zasoby reorhanizatsii emotsiinoi pam'iyati osobystosti [Neuropsycholinguistic means of reorganization of emotional memory of personality]. *Psykhohinhvistyka* [Psycholinguistics], 15, 62-73. Retrieved from http://nbuv.gov.ua/UJRN/psling_2014_15_6. (ukr.).
3. Karpenko, Z. S. (2018). Z dosvidu zastosuvannya avtobiohrafichnoho naratyvu v orhanizatsiinii psikhohohii: aksioloohichna optyka [From the experience of autobiographical narrative application in organizational psychology: axiological optics]. *Psykhohohyia osobystosti* [Psychology of personality], 1 (9), 96-104. (ukr.).

4. Krossly, M. L. (2013). *Narratyvnaia psykholohyia. Samost, psykholohycheskaia travma y konstruyrovanye smyslov* [Narrative psychology. Self, psychological trauma and construction of meanings]. Khar'kov: Gumanitarnyy tsestr. (rus).
5. Tytarenko, T. M. (2011). Avtonaratyv yak osobystisnyi sposib zhyttiekonstruiuvannia [Autonarrativ as a personal way of life-building]. *Naukovi studii iz sotsialnoi ta politychnoi psykholohii* [Scientific studies in social and political psychology], 26 (29), 260-268. (ukr.).
6. Chepeleva, N. V. (2004). *Problemy psykholohichnoi hermenevtyky: monohrafiia* [Problems of psychological hermeneutics: monograph]. Kyiv: Milenium. (ukr.).
7. Dwivedi, K. (1997) (ed.) *The Therapeutic Use of Stories*. London: Routledge.
8. Maksymenko, S. & Orap, M. (2018). Psycholinguistic Predictors of Health, *Psycholinguistics. Psychology*, 24 (1), 251-268. DOI: 10.31470/2309-1797-2018-24-1-252-268.
9. Rubin, C.D., Boals, A., Klein, K. (2010). Autobiographical Memories for Very Negative Events: The Effects of Thinking about and Rating Memories. *Cognitive Therapy Results*. February 1, 34 (1), 35-48. Retrieved from <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.concog.2011.03.015>.

Maryna Orap

**AUTONARRATIVE AS A MEANS OF RESEARCH AND REORGANIZATION OF THE
PATIENT'S LIVING WAY**

The article presents results of theoretical and empirical study of possibilities of autonarrative in the diagnosis of patient's personality peculiarities and life path in the situation of traumatic experience. It has been found out that the main directions of researches are built around the consideration of autonarrative by means of constructin the inner meanings of personality and exploring it as a way of presenting the personality's inner life. Groups of patients by type of attitude to the disease are described: conditionally adaptive, intrapsychic desadaptive, intersychic desadaptive. For results of empirical study was made a classification of autonarratives according to the emotional expression in them. The qualitative and quantitative analysis of the empirical data obtained is carried out. The most rational and positive attitudes were autonarratives of patients with conditionally-adaptive type of disease. In the group of patients with intrapsychic desadaptation emotionally-neutral and emotionally-negative autonarratives predominate. Autonarratives of emotionay- negative and rational type are characteristic for the group with intersychic desadaptation. Thus, the significant indicators for the reorganization of a traumatic event in patient's autonarratives are: 1) the level of cognitive processing of the event (rationalization), 2) the positive / negative emotional background of perception of the traumatic event, and 3) the presence of positive expectations for the future. The peculiarities of the use of «cognitive" and «affective" syntagms by different groups of patients depending on the type of attitude to the disease are analyzed. It is proved that active attitude to the healing process is reflected in autonarratives and the corresponding psycholinguistic markers are highlighted. Thus, a more constructive for maintaining health is a rational interpretation of the events of life through a conscious comprehension of life and cognitive schemas of reality. The conclusions formulate general directions of psycho-correction work with patients, depending on the type of attitude to the disease and the prospect of further research.

Keywords: *psycho-hermeneutics, autonarrative, syntagm, traumatic experience, patient, type of attitude to disease.*