

ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ СУБ'ЄКТИВНОЇ КАРТИНИ АДАПТАЦІЙНИХ ЗДІБНОСТЕЙ ЖІНОК, ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, Київ

Обґрунтовано поняття розвитку здібностей як адаптаційного ресурсу у процесі реадаптації осіб із психічними розладами, що дає змогу розширити способи їх адаптивної поведінки задля забезпечення успішного незалежного функціонування у суспільстві. Проведено психологічний аналіз суб'єктивної картини професійних, комунікативних та творчих здібностей, які можуть бути адаптаційними для жінок, хворих на шизофренію.

Ключові слова: реадаптація, психічні розлади, адаптаційні здібності.

Після появи у людини психічного розладу, який можна розглядати як життєву кризу, постає питання пошуку внутрішньоособистісних адаптаційних ресурсів, на основі яких можна було б виробити і розширити адаптивні способи поведінки, сформувавши копінг-стратегії задля забезпечення незалежного функціонування у суспільстві. Подолання індивідом психотравмуючої ситуації, до якої можна також віднести й появу психічного розладу, залежить не лише від успішності когнітивної переробки травматичного досвіду, але й від взаємодії таких факторів, як характер психотравмуючої події, індивідуальні особистісні характеристики та специфіка навколишнього середовища, в якому індивід опиняється після впливу такої ситуації [1].

Особи, які раніше були цілком адаптованими в соціальному, професійному, психічному й особистісному планах, після появи психічних розладів мусять повторно адаптуватися у своїх нових стані й статусі. Реадаптація (медична і соціальна) — це комплекс заходів, спрямованих на відновлення втрачених або ослаблених видів діяльності, які сприяють пристосуванню індивіда до умов праці і побуту [2]. В одних і тих самих ситуаціях люди адаптуються по-різному, тому можна припустити, що успішність адаптивної поведінки зумовлена адаптаційними ресурсами людини, до яких можна віднести і здібності — властивості особистості, які дають змогу особі успішно вирішувати різного роду завдання: теоретичні, практичні, соціальні. Професійні, комунікативні, творчі здібності можна розглядати як адаптаційні, оскільки їх розвиток у діяльності допомагає розширити і сформувавши нові способи адаптивної поведінки. Принципи психосоціальної реабілітації передбачають не лише збереження і відновлення працездатності, але й саморозвиток особистості, її активну участь у житті суспільства [3]. Дослідження здібностей

проводяться переважно у рамках вікової та педагогічної психології, а в клінічній — ця тема практично не розроблена, тому є актуальною. Реадаптація осіб із психічними розладами відрізняється від інших категорій хворих і має певні особливості. У клінічній психології важливість цієї теми полягає в тому, що способи адаптації, прийнятні для здорових людей, можуть бути неефективними у роботі з особами з психічними розладами.

Оскільки хвороба змінює особистість не прямо, а опосередковано через діяльність, то хворобливі симптоми спотворюють сприйняття навколишнього середовища, впливають на поведінку індивіда та його взаємини з оточуючими [4]. М. М. Кабанов зазначав, що при психічних розладах у першу чергу страждає особистість пацієнта в цілому, а не окремі її функції, порушуються соціальні зв'язки та відносини, і наголошував на тому, що реабілітація психічно хворих — це перш за все їх ресоціалізація [5].

Питання реадaptaції осіб із психічними розладами пов'язане із такою загальнонауковою проблемою, як дослідження особистості у клінічній психології. Специфіка перебігу психічних розладів виявляється в тому, що відбуваються незворотні зміни особистості, для позначення яких Д. Є. Мелехов використовував термін «дефект». Розвиток дефекту залежить від типу хвороби, наприклад при шизофренії на перший план виступають зубожіння та зміна емоційно-вольових якостей особистості, зниження рівня її функціональних можливостей [6]. Від рівня сформованості дефекту залежить успішність реадaptaції: чим менше сформований дефект, тим більше можливостей для формування успішного функціонування в суспільстві.

В. М. Мясіщев у роботі «Работоспособность и болезнь личности» наголошував на необхідності вивчення особистості хворого і зазначав, що психопатологічні явища можна зрозуміти, вивчаючи

ставлення людини до себе, виконуваної роботи, результатів діяльності, мотивів і цілей [4].

Розвиваючи погляди Л. С. Виготського, О. О. Леонт'єв стверджував, що медична психологія повинна працювати не з окремим симптомом хвороби або дефектом, а з цілісною системою психіки, особистості та діяльності пацієнта [7]. Д. Є. Мелехов наголошував на необхідності комплексного вивчення особистості пацієнта: потрібно діагностувати не лише уражені хворобою функції, а й шукати ті, яких не торкнулася хвороба, які повністю або частково збереглися, адже саме на їх основі можна планувати реабілітаційні заходи [6].

Л. Н. Балашова виділила три чинники, від яких залежить соціальна реадаптація хворих на шизофренію: форма і тип перебігу захворювання, стадія хворобливого процесу, ступінь змін особистості. У результаті спостережень щодо оцінки працездатності вчена дійшла висновку, що відновлення трудової діяльності є можливим у стадії ремісії і залежить від рівня сформованості дефекту: чим більше виражені афективно-вольові зміни особистості, тим менше можливостей компенсації дефекту, і, як наслідок, — низькі шанси на продовження трудової діяльності [8].

І. Я. Гурович наголошував на важливості раннього початку реабілітаційних заходів [9]. Необхідність раннього терапевтичного втручання при першому психотичному епізоді доводить також І. Я. Марценківський, оскільки пізній початок реабілітаційних заходів призводить до погіршення прогнозу лікування [10].

У процесі реадаптації важливо розвивати не лише систему суспільних заходів, спрямованих на повернення людини в суспільство, але й враховувати внутрішньоособистісні чинники, які забезпечують адаптивну поведінку. Одним із таких чинників можуть виступати здібності — інтегральні властивості, метакомпонент у структурі особистості, що формуються і розвиваються у діяльності.

Досліджуючи проблему особистості у медичній психології, К. К. Платонов розглядав здібності як властивості особистості, які потрібні для виконання певної діяльності і вдосконалення в ній, а також ступінь відповідності особистості вимогам певної діяльності. Відповідно до принципу єдності особистості і діяльності особистість формується у діяльності і досить довго зберігається у тих хворих, які захоплені своєю діяльністю, проте швидко деформується у тих випадках, коли людина нічим не зайнята [11]. Г. Сельє стверджував, що деякі види діяльності мають цілющу силу, для чого потрібно визначити ті сфери діяльності, які відповідають меті життя і сприяють реалізації вроджених здібностей: «Питання не в тому, потрібно

чи не потрібно працювати, а в тому, яка робота вам найбільше підходить» [12].

На думку В. Д. Шадрикова, здібності — це прояв особистості, оскільки ми оцінюємо не самі здібності як властивості, а їх реалізацію і результати діяльності [13]. Б. М. Теплов писав про те, що здібності — це динамічне поняття, яке може існувати тільки у своєму розвитку. Він критикував кількісний підхід до питання обдарованості і говорив про якісний, тому важливим завданням є пошук саме якісних відмінностей, які виражаються, наприклад, у тому, що піаністична обдарованість у різних людей може бути різною [14]. Здібності є проявом творчого розвитку розуму, а не простого накопичення знань, творчого застосування цих знань, новаторської позиції самої людини, її самостійності та свідомості [15].

Здібності не можна обмежувати лише умовами діяльності. Як стверджує О. Л. Музыка, будь-яку природну діяльність людини можна розглядати як спосіб адаптації у тій чи іншій життєвій ситуації, а здібності — як адаптаційний ресурс. «Здібності — це внутрішній динамічний ресурс саморозвитку, що базується на індивідуально своєрідному поєднанні особистісних властивостей і полягає: 1) у здатності суб'єкта справлятися з ситуаційними й життєвими завданнями за допомогою ефективних діяльностей; 2) в усвідомленій спроможності набувати цієї здатності [16].

А. М. Богомоллов писав, що властивість особистості набуває якості адаптаційного ресурсу лише у контексті адаптаційного процесу і пов'язана з особливостями предмета дослідження, наприклад навчальною, професійною, спортивною діяльностями. До ресурсів адаптації можна віднести ті якості і властивості, які забезпечують адаптаційну відповідь на розбіжності у системі «особистість — середовище», перетворення і розширення адаптаційних навичок, формування і накопичення адаптаційних новоутворень, перехід кількості накопичених навичок в якісні властивості. Адаптаційний потенціал має три рівні:

- 1) індивідуальний: енергетичний (психофізіологічні характеристики) та когнітивний (когнітивна гнучкість, рівень розвитку пізнавальних процесів);
- 2) суб'єктно-діяльнісний: інструментальний (здібності, навички, вміння) та творчий (творчі здібності, здатність до творчого вирішення завдань);
- 3) особистісний: мотиваційний (ієрархія мотиваційної сфери, допитливість, інтереси та цілі) та комунікативний (особливості міжособистісної взаємодії) [17].

Отже, здібності входять до структури адаптаційного потенціалу особистості, а їхній розвиток можна вважати способом розширення адаптаційних форм поведінки та копінг-стратегій.

Незважаючи на особистісні зміни, спричинені психічними розладами, людина продовжує залишатися особистістю і має право на саморозвиток та самореалізацію у різних видах діяльності.

Серед багатьох видів здібностей у процесі психосоціальної реабілітації важливу роль відіграють професійні, комунікативні, творчі та рефлексивні, які, у свою чергу, можуть виступати адаптаційними здібностями. Можливості дослідження і розвитку професійних здібностей у клінічній психології пов'язані з такими загальними проблемами, як збереження й відновлення трудової діяльності, прогноз працездатності. Розвиток комунікативних здібностей важливий для збереження і відновлення комунікативних навичок, забезпечення ефективного функціонування у суспільстві. І. І. Кутько, розвиваючи ідеї М. М. Кабанова, зазначає, що ресоціалізація хворих, у першу чергу на шизофренію, є складним завданням, оскільки одними із головних симптомів шизофренії є аутизм та негативізм [18]. Розлади комунікації, а саме — втрата потреби у спілкуванні, здатності до діалогу та контексту бесіди, розпад навичок спілкування, невідповідність змісту слів емоційному тону мови, часто призводять до дезадаптації [2].

Особливості розвитку творчих здібностей у клінічній психології висвітлено переважно у рамках арт-терапії, де накопичено значний досвід з їх розвитку. Варто зазначити, що ці результати певною мірою є побічним продуктом, оскільки мета арт-терапії полягає у лікуванні психічних розладів за допомогою творчого самовираження, а не в успішному виконанні певної діяльності, як це мало б бути у разі цілеспрямованого розвитку здібностей.

Першим кроком до розвитку здібностей має бути усвідомлення наявних здібностей і можливостей для розвитку потенційних. Дж. Мід писав про те, що є два типи ідентичності — усвідомлювана і неусвідомлювана, а перехід від однієї до іншої можливий завдяки рефлексії, коли людина переходить від неусвідомлених норм, ролей та звичок до осмисленого ставлення до себе та своєї поведінки. Люди організують свою поведінку відповідно до їхніх суб'єктивних уявлень про себе, виражених в ідентичності [19].

В. Д. Шадриков стверджував, що свідомий розвиток здібностей неможливий без рефлексії. Досліджуючи інтелектуальну рефлексію, він визначав її як таку, що лежить в основі розвитку здібностей через усвідомлення механізмів реалізації інтелектуальних операцій та узагальнення досвіду їх застосування [13].

Рефлексія здібностей полягає в тому, що на основі індивідуального підходу здійснюється аналіз наявних умінь, знань і навичок, усвідомлення

втрачених умінь і навичок, пошук потенційних можливостей із урахуванням наявних і втрачених здібностей.

Теорію Б. В. Зейгарнік про рефлексивність як основу саморегуляції було доповнено роботами А. Б. Холмогорової, яка запропонувала інтегративну когнітивно-рефлексивну модель психотерапії психічних розладів афективного спектра. На її думку, завдання психокорекційної допомоги полягає у розвитку рефлексивних здібностей, що є можливим у процесі спільної діяльності з психотерапевтом: «Основна мета когнітивної психотерапії — розвиток альтернативного мислення і перебудова дисфункціональних переконань, може бути переформульована як розвиток рефлексивної здатності» [20].

Отже, розвиток здібностей може виступати чинником реадаптації у процесі психосоціальної реабілітації осіб із психічними розладами.

Мета цієї роботи — дослідити особливості суб'єктивної картини адаптаційних здібностей жінок, хворих на шизофренію.

Дослідження проводилося на базі ТМО «Психіатрія» (м. Київ) упродовж 2015–2018 рр. У ньому за методикою «Тест 20 тверджень» М. Куна — Т. Макпартленда взяли участь 33 особи, а за методикою вивчення динаміки здібностей О. Л. Музики (МВДЗ) — 12 пацієнток віком від 18 до 60 років, які мають встановлений діагноз відповідно до МКХ-10: F20–F29 — шизофренія, шизотипові стани і маячні розлади [21]. Важливою умовою формування вибірки були збережені навички самообслуговування та комунікації. На момент обстеження усі пацієнтки отримували медикаментозне лікування. Вибірка є репрезентативною та однорідною, співставною за віком, освітою та соціальним становищем.

Методика М. Куна — Т. Макпартленда «Тест 20 тверджень “Хто я?”» дає можливість проаналізувати особливості образу «Я» як ключового ядра особистості, виявити індивідуально-психологічні когнітивні, ціннісно-мотиваційні, афективні та поведінкові характеристики ідентичності [19]. Окрім того, аналіз результатів дає змогу виявити суб'єктивну картину здібностей і на її основі визначити ті складники ідентичності, які можуть виступати адаптаційними ресурсами. За МВДЗ можна виявити структуру суб'єктивної моделі здібностей, яка включає чотири групи уявлень: про власні вміння як засоби адаптації у певній життєвій ситуації; про складники цих умінь; про референтних осіб; про власні особистісні якості, які співвідносяться з можливістю успішного виконання діяльності та самооцінкою перспектив подальшого розвитку [22].

Дослідження рівня рефлексії свідчить, що переважна більшість пацієнток має середній або

високий рівень рефлексії (середня кількість конструктів становить 10,6). Так, низький рівень розладів шизофренічного спектра спостерігався у 4 (12,1%), середній — у 23 (64,6%), високий — у 6 (23,1%) пацієнток.

Можна зробити перший висновок, що в цілому жінки із шизофренією здатні до рефлексії і можуть описати змістові характеристики самоідентичності, однак важливо зіставляти рівень рефлексії з типом психічного розладу і поряд із кількісним проводити якісний аналіз результатів. Б. Д. Карвасарський зазначав, що високий рівень рефлексії часто спостерігається у хворих на шизофренію як один із проявів патохарактерологічного розладу [23].

Характерним є те, що у відповідях хворих на шизофренію часто трапляються прояви симптомів хвороби — маячні ідеї, вигадливі формулювання, неологізми, які стосуються переважно «перспективного» та «рефлексивного» «Я». Пацієнтки не завжди критично ставляться до своєї хвороби, описують характеристики, які не відповідають дійсності або спостерігались у далекому минулому, часто перебільшують власні можливості, висловлюють сподівання на повне одужання. Для них характерним є самоопис у вигляді цілих речень і зв'язної розповіді.

Співвідношення соціальних ролей та індивідуальних характеристик свідчить про те, наскільки для людини є важливою належність до тієї чи іншої соціальної групи [19]. Результати аналізу співвідношення різних категорій самоідентичності подано на рисунку.

Отже, найбільш актуалізованими є характеристики рефлексивного «Я» (165 конструктів), соціального (65), діяльнісного (35), комунікативного (33), найменш уживані конструкти перспективного (15), фізичного (14) та матеріального «Я» (2).

Для самоопису соціального «Я» обстежені найчастіше вживали конструкти, що стосуються

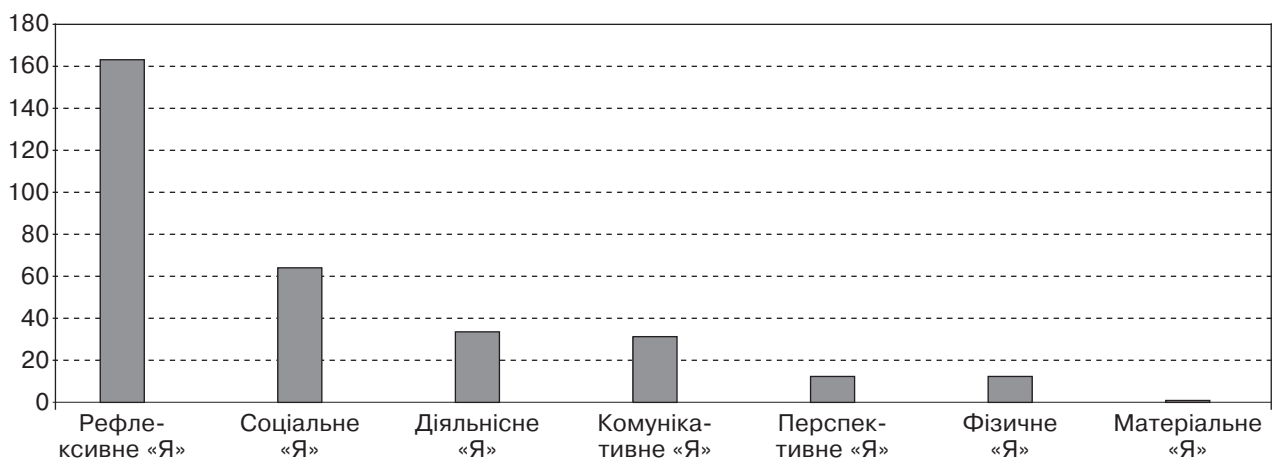
сімейної та навчально-професійної ролі, а також позначення статі (гендерна роль). Більшість жінок взагалі не згадували конструкти цієї категорії, у той час як окремі пацієнтки описували п'ять і більше конструктів (наприклад, пацієнтка Т. виділила вісім конструктів у різних сферах діяльності).

Діяльнісне «Я» включало загальні індивідуально-особистісні характеристики, однак жінки практично не повідомляли про вміння, що стосуються конкретної професійної діяльності. Багато конструктів належали до ведення домашнього господарства, хобі та дозвілля.

Показники діяльнісного «Я» можуть бути доповнені конструктами матеріального «Я», яке досить слабо представлене у загальній вибірці. Лише дві особи виокремили конструкти цієї категорії («я розважлива», «люблю нове в техніці і технологіях»). Жодна з обстежених жінок не повідомила про опис власності. З анамнезу життя і хвороби відомо, що багато хворих, у першу чергу тих, хто страждає на шизофренію, мають низький рівень якості життя і соціального забезпечення.

В описі перспективного «Я» у деяких випадках спостерігається нереалістичне ставлення до власних можливостей, безпідставна надія на повне одужання. Наприклад, обстежена С. (параноїдна шизофренія) повідомила, що хоче «стати вихователькою», однак не має відповідної педагогічної освіти й останні кілька років ніде не працює через групу інвалідності із психічного захворювання.

Наявність цілей і планів на майбутнє відображає часовий аспект ідентичності, спрямований на подальшу життєву перспективу. Слабкість перспективного «Я» може бути пов'язана зі зниженням мотиваційної сфери особистості. Результати дослідження свідчать: чим бідніша мотиваційна сфера, тим більшої домінантності у самосвідомості набуває хвороба і пов'язані з нею переживан-



Категорії ідентичності

Діаграма результатів аналізу співвідношення категорій ідентичності за тестом М. Куна — Т. Макпартленда

ня. Виходом із замкненого кола може бути поява більш широких, суспільно значущих мотивів, які набувають осмисленості і відкидають хворобу на другий план [24].

У процесі реадaptaції на перший план виступає розвиток професійних, комунікативних та творчих здібностей. Кількісний аналіз методики М. Куна — Т. Макпартленда свідчить, що найбільш актуалізованими у самосвідомості виявилися конструкти, що стосувалися професійних (22) та комунікативних (21) здібностей, трохи менше — творчих (16).

На основі даних МВДЗ про наявні вміння і навички можна зробити висновки про актуальні здібності, а прагнення до отримання нових знань та умінь свідчать про можливості розвитку потенційних здібностей і дають змогу виявити адаптаційні ресурси та рівень мотивації. Середній показник актуальних здібностей становить 7,6 конструктивів, а потенційних — 4,6, що вказує на слабку мотивацію і звуження кола інтересів.

У пацієнок із шизофренією виникають труднощі з критичною самооцінкою професійних здібностей. Зазвичай вони описують свої навички як актуальні у теперішньому часі, і лише під час клінічної бесіди завдяки додатковим запитанням і вивченню анамнезу хвороби психолог може встановити, що ці вміння наразі не використовуються, оскільки жінки не мають постійного місця роботи, тому неможливо говорити про актуальний розвиток професійних здібностей.

Рефлексія потенційних професійних здібностей свідчить про те, що в обстежених спостерігається тенденція до багатозадачності і некритичне ставлення до своїх можливостей. Так, пацієнтка Б., яка перебуває на пенсії через інвалідність із психічного розладу, останні кілька років не працює, часто госпіталізується через загострення хвороби, повідомила, що хоче вдосконалити комп'ютерні навички і вивчити іноземну мову для того, щоб знайти хорошу високооплачувану роботу. Серед бажаних знань і умінь вона зазначила прагнення стати стоматологом, письменником, співачкою, займатися дайвінгом. У відповідях жінки можна простежити паралогічність та спотворення мотивів і смислів діяльності. Так, на уточнююче запитання, навіщо вона хоче стати стоматологом, та відповіла: «Для того щоб вилікувати зуби собі та усім своїм родичам, тому що зараз дуже мало хороших лікарів».

Схожі самоописи були і в інших пацієнок. Лише одна сказала, що хоче освоїти нові види фотозйомки для того, щоб отримати нову професію. З анамнезу відомо, що вона має художню освіту, займається фотографією на аматорському рівні, але планує перетворити це хобі на професію.

Деякі пацієнтки взагалі не повідомляли про професійні знання і навички, а лише про

захоплення, хобі та домашнє господарство, що може свідчити про соціальну дезадаптацію, життєву пасивність, небажання розвиватися у професійній діяльності, формування стану вивченої безпорадності.

У цілому обстежені жінки досить високо оцінили свої комунікативні здібності, однак зазначили, що вони значно знизилися після появи хвороби. Серед причин були названі «уникнення негативних ситуацій», «після того, як я вперше потрапила до лікарні, в мене різко змінилося ставлення до людей та моєї сім'ї, в мені щось зламалося» і тому подібне. Таким чином, можна стверджувати, що пацієнтки рефлексують зміни, які відбулися у власному внутрішньому світі, однак не завжди пов'язують їх із прогресуванням хвороби, а звинувачують найближчих родичів у тому, що вони їх не розуміють.

Багато жінок досить високо оцінювали свої комунікативні навички, навіть незважаючи на те, що мають обмежене коло спілкування. Пацієнтка І. оцінила комунікативні навички на 10 балів (за 10-бальною шкалою), зазначивши, що вона вміє гарно говорити, підтримувати бесіду, однак надалі почала описувати проблеми, що виникають під час спілкування. Серед бажаних умінь вона висловила бажання покращити навички спілкування, оскільки це вміння їй потрібно для досягнення «глобальних цілей, а саме — знайти роботу і заробити гроші». У ході бесіди було встановлено, що спілкування з людьми їй також потрібно як «джерело натхнення» у творчій діяльності, для написання віршів і прози. З анамнезу відомо, що останні кілька років вона ніде не працює і значно скоротила коло контактів.

Отже, суб'єктивна самооцінка комунікативних здібностей відрізняється від даних, отриманих від найближчого оточення, тому під час діагностики хворих із шизофренією важливо враховувати анамнез життя та хвороби. Відомо, що всі пацієнтки із шизофренією, які повідомили про розвинені комунікативні навички, останні кілька років не працюють або не мають постійного місця роботи, в повсякденному житті спілкуються лише з найближчими родичами або опікунами, тривалий час не виходять з дому, для комунікації частіше використовують соціальні мережі, аніж живе спілкування. Відповіді можуть свідчити про те, що обстежені не завжди усвідомлюють свій стан, не можуть співвіднести реальну і бажану ситуації. У багатьох випадках пацієнтки описують себе такими, якими вони були раніше, тобто не усвідомлюють ті зміни, які з ними відбулися в процесі прогресування хвороби.

Творчі здібності найменше представлені у самосвідомості за тестом М. Куна — Т. Макпартленда,

однак під час більш детальної клінічної бесіди і діагностики за МВДЗ більшість жінок повідомляли про заняття творчими видами діяльності. Аналіз отриманих даних показав, що жінки актуалізували вміння у різних сферах діяльності: побутовій, навчальній, професійній, творчій, руховій, комунікативній, пізнавальній. Проте заняття образотворчим мистецтвом, музикою, рукоділлям, літературною діяльністю представлені переважно на рівні хобі і проведення дозвілля. Жодна особа не повідомила про здобутки у творчих видах діяльності. Лише дві жінки заявили, що в майбутньому хочуть займатися творчістю. Непрямим свідченням творчих прагнень може бути твердження однієї пацієнтки про створення власного бізнесу.

Під час клінічної бесіди було встановлено, що більшість обстежених описували свої заняття творчими видами діяльності, за винятком тих осіб, у яких були виражені апатія та абулія. Пацієнтка Л. (параноїдна шизофренія, освіта — спеціальна технічна) повідомила про заняття рукоділлям та вміння малювати, але не змогла його оцінити: «Оцінка моїх навичок залежить від того, з ким порівнювати: якщо з Айвазовським, то я погано малюю, а якщо із звичайними людьми, то добре, в цілому на 6 балів». З анамнезу відомо, що деякий час жінка працювала у творчих сферах діяльності, однак на посадах, які передбачали звичайну, а не творчу роботу, наприклад, освітлювачем у театрі, робила кадровку в мультиплікації. Можна зробити висновок, що в цілому вона прагне до занять творчими видами діяльності, однак цілеспрямовано свої творчі здібності ніколи не розвивала. Під час перебування у стаціонарному відділенні пацієнтка цікавилася заняттями арт-терапією, малювала на вільні теми. Враховуючи те що останні кілька років вона не працює через інвалідність з психічного розладу, то в цьому випадку заняття творчістю можна використовувати одночасно як терапію зайнятості та джерело саморозвитку.

Одна пацієнтка повідомила про свої заняття творчими видами діяльності на професійному рівні, вона має художню освіту і тривалий час малювала на полотні та займалася петриківським розписом. Останнім часом жінка припинила заняття образотворчим мистецтвом, пояснивши, що їй важко малювати по 10–12 год на день, тому вирішила змінити сферу діяльності. На теперішній час вона займається фотографією на аматорському рівні, однак у майбутньому планує перейти на професійний. Разом із тим у її відповідях простежується недостатнє розуміння того, що передбачає професійний рівень. На уточнююче запитання, як вона собі уявляє професійний успіх, відповіла, що поки що не ставить перед собою таких «глобальних амбітних цілей» і не прагне до широкого

визнання результатів своєї діяльності («я роблю це задля власного задоволення»).

У деяких випадках спостерігається намагання справити позитивне враження на оточуючих. Пацієнтка Б. повідомила про те, що має літературні здібності, пише вірші і прозу, в тому числі хоку (вірші у японському стилі), однак під час бесіди виявилось, що займається творчістю зрідка і не прагне до публікації власних творів. Про літературну діяльність вона повідомила, що раніше писала щоденник віршами, але нікому їх не показувала і записи не зберігала, бо писала для себе. Проте вона висловлювала бажання займатися літературною діяльністю у майбутньому.

Отже, здібності як властивості особистості, що розвиваються в діяльності і забезпечують її успішне виконання, є внутрішньоособистісними адаптаційними ресурсами у процесі психосоціальної реабілітації осіб із психічними розладами. Професійні, комунікативні, творчі та рефлексивні здібності можна розглядати як адаптаційні, розвиток яких сприятиме розширенню адаптивних форм поведінки і формуванню копінг-стратегій. Оскільки психічні розлади, в тому числі шизофренія, призводять до змін особистості опосередковано через діяльність, то на перший план виступає необхідність пошуку тих складників особистості, яких не торкнулася хвороба і на основі яких можна будувати реабілітаційні заходи. Аналіз суб'єктивної картини здібностей свідчить, що жінки із шизофренією мають переважно середній і високий рівні рефлексії. Разом із тим у багатьох випадках спостерігається некритичність до бажаних і реальних можливостей, прояви симптомів хвороби (маячні ідеї, вигадливі формулювання та неологізми, паралогічність), висловлювання марних сподівань на повне одужання, зниження мотивації, спотворення ієрархії мотивів і цінностей. В обстежених хворих практично відсутня мотивація успіху, у діяльності переважають мотиви внутрішньоособистісного саморозвитку і власного задоволення. Таким чином, на перший план виступає проблема зміни ціннісного ставлення до власних здібностей.

Список літератури

1. Медицинская реабилитация: учеб. для студентов и врачей; под ред. В. Н. Сокрута, Н. И. Яблучанский.— Славянск: Ваш имидж, 2015.— 576 с.
2. Психиатрический энциклопедический словарь; под ред. Й. А. Стоименова, М. Й. Стоименова, П. Й. Коева.— К.: МАУП, 2003.— 1200 с.
3. *Бабин С. М.* Психотерапия психозов: практич. руково / С. М. Бабин.— М.: СпецЛит, 2012.— 336 с.
4. *Зейгарник Б. В.* Патопсихология / Б. В. Зейгарник.— М.: Academia, 1999.— 208 с.

5. *Кабанов М. М.* Реабилитация психически больных / М. М. Кабанов.— Л.: Медицина, 1985.— 216 с.
6. *Мелехов Д. Е.* Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении / Д. Е. Мелехов.— М.: Медгиз, 1963.— 198 с.
7. Словарь Л. С. Выготского; под ред. А. А. Леонтьева.— М.: Смысл, 2007.— 119 с.
8. Социальная реадaptация психически больных; под ред. Д. Е. Мелехова.— М., 1965.— 348 с.
9. *Гурович И. Я.* Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова.— М.: Медпрактика-М, 2004.— 492 с.
10. *Марценковский И. А.* Программно-целевое обслуживание пациентов с психозами / И. А. Марценковский, В. Я. Пишель, Я. Б. Бикшаева.— К., 2005.— 32 с.
11. *Платонов К. К.* Методологические проблемы медицинской психологии / К. К. Платонов.— М.: Медицина, 1977.— 95 с.
12. *Селье Г.* Стресс без дистресса / Г. Селье.— М.: Прогресс, 1982.— 128 с.
13. *Шадриков В. Д.* Психология деятельности и способности человека / В. Д. Шадриков.— М.: Логос, 1996.— 320 с.
14. *Теплов Б. М.* Способности и одаренность / Б. М. Теплов // Психология индивидуальных различий. Тексты.— М.: Изд-во МГУ, 1982.— С. 129–139.
15. *Ананьев Б. Г.* Очерки психологии / Б. Г. Ананьев.— Ленинград: Ленинградское газетно-журнальное и книжное издательство, 1945.— 160 с.
16. Здібності, творчість, обдарованість: теорія, методика, результати досліджень; за ред. В. О. Моляко, Л. О. Музики.— Житомир: Рута, 2006.— 320 с.
17. *Богомолов А. М.* Личностный адаптационный потенциал в контексте системного анализа / А. М. Богомолов // Психологическая наука и образование.— 2008.— № 1.— С. 67–73.
18. Реабилитация и абилитация человека. Социально-психологическая безопасность и психическое здоровье; под ред. В. Н. Казакова.— К.: КВІЦ, 2006.— 391 с.
19. *Румянцева Т. В.* Психологическое консультирование: диагностика отношений в паре / Т. В. Румянцева.— Спб.: Речь, 2006.— 176 с.
20. *Холмогорова А. Б.* Нарушение рефлексивной регуляции познавательной деятельности у больных шизофренией: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. психол. наук / А. Б. Холмогорова.— М., 1983.— 24 с.
21. Международный классификатор болезней 10-го пересмотра.— URL: <http://mkb-10.com>
22. *Музыка О. Л.* Методика вивчення динаміки здібностей / О. Л. Музыка, Д. К. Корольов, Р. О. Семенова // Психологічні засади розвитку обдарованої особистості в освітньому середовищі: метод. посіб.— Київ; Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2015.— С. 94–107.
23. *Карвасарский Б. Д.* Клиническая психология / Б. Д. Карвасарский.— СПб.: Питер, 2004.— 553 с.
24. *Коченов М. М.* Мотивация при шизофрении / М. М. Коченов, В. В. Николаева.— М.: Изд-во МГУ, 1978.— 88 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СУБЪЕКТИВНОЙ КАРТИНЫ АДАПТАЦИОННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЙ

О. В. ГОНЧАРУК

Обосновано понятие развития способностей как адаптационного ресурса в процессе реадaptации лиц с психическими расстройствами, что дает возможность расширить способы их адаптивного поведения для обеспечения успешного независимого функционирования в обществе. Проведен психологический анализ субъективной картины профессиональных, коммуникативных и творческих способностей, которые могут выступать адаптационными для женщин, больных шизофренией.

Ключевые слова: реадaptация, психические расстройства, адаптационные способности.

PSYCHOLOGICAL ANALYSIS OF SUBJECTIVE PICTURE OF ADAPTIVE ABILITIES OF WOMEN WITH SCHIZOPHRENIA

O. V. HONCHARUK

The concept of development of abilities as an adaptation resource in the process of rehabilitation of persons with mental disorders, which allows expansion of the ways of their adaptive behavior in order to ensure successful independent functioning in society, was substantiated. Psychological analysis of the subjective picture of professional, communicative and creative abilities that can be adaptive for women with schizophrenia was performed.

Key words: readaptation, mental disorders, adaptive abilities.

Надійшла 29.01.2018