

УДК 316.614.5+ 616.8

О. В. ГОНЧАРУК

РЕФЕРЕНТНІ СТОСУНКИ ЯК ЧИННИК СОЦІАЛЬНОЇ РЕАДАПТАЦІЇ ЖІНОК ІЗ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

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

Обґрунтовано поняття референтних стосунків як чинника соціальної реадaptaції осіб із психічними розладами, що впливає на цінності й установки людини, визначає життєву орієнтацію та шляхи саморозвитку. Виявлені особливості референтних стосунків у жінок із різними типами психічних розладів свідчать про звуження кола спілкування, орієнтацію переважно на сімейно-родинні та дружні стосунки у межах контактного оточення. Одним із напрямків соціальної реадaptaції може стати розвиток здібностей, що сприятиме включенню в активне соціальне життя, професійній самореалізації, розширенню кола референтних груп і, відповідно, формуванню адаптивних способів поведінки.

Ключові слова: референтні стосунки, референтні групи, соціальна реадaptaція, здібності, психічні розлади.

Соціальна реадaptaція є одним із етапів психосоціальної реабілітації осіб із психічними розладами. Після появи розладу людина часто змушена переглядати свої взаємини із близькими, змінювати характер подальших стосунків. Досить часто трапляються випадки, коли людина не знаходить порозуміння у своїй контактній групі і тому шукає нові, у яких може отримати підтримку та можливості для самореалізації. Референтні групи є одним із чинників реадaptaції, оскільки відіграють важливу роль у міжособистісній взаємодії, впливають на цінності й установки людини, визначають життєву орієнтацію і шляхи саморозвитку. Дослідження референтних груп проводиться

переважно у віковій та соціальній психології, а також психології девіантної поведінки. У клінічній психології їх вивчення пов'язане із такою науковою проблемою, як критерії вибору референтної групи, оскільки психічний розлад змінює особистість, її ієрархію мотивів і цінностей, що призводить до змін взаємовідносин у контактних групах. Ситуація ускладнюється стигматизацією, самостигматизацією та аутизмом, коли людина не завжди відчуває себе прийнятою групою. Належність до різних груп визначає рівень адаптації особистості у соціумі: чим ширше коло контактів, тим більше вона може вести активний спосіб життя. Науковій проблемі референтних груп як

чинника соціальної реадaptaції осіб із психічними розладами присвячено лише окремі роботи, тому ця тема є актуальною.

Розробляючи теорію референтних груп, Г. Хайман та Е. Сінгер [1] сформува­ли її поняття і норми, з якими індивід себе порівнює, а результатом порівняння є самооцінка власного статусу. Зіставлення може відбуватися у таких випадках.

1. Людина порівнює себе із однією особою або кількома людьми, яких вважає схожими на себе, задля того щоб дати оцінку собі або сформувати свої певні характеристики.

2. Людина позитивно оцінює свою приналежність до групи або хоче бути членом певної групи, моделі поведінки якої формують її власну поведінку.

3. Людина інтерпретує наслідки своєї поведінки у контексті певної групи.

Р. Мертон [2] визначив різницю між поняттями «група взаємодії» (членська група), тобто безпосереднє оточення, та «референтна група» — група порівняння та наслідування.

Відповідно до Г. Келлі [3] референтні групи виконують дві функції: 1) нормативну, тобто встановлення норм і установок; 2) порівняльну, коли група є відправною точкою або еталоном, в якій індивід порівнює та оцінює себе й інших людей. Є. В. Щедрина [4] додала функцію оцінювання, а також сформулювала поняття референтності як певної властивості відносин у групі, коли людина обирає відправною точкою відліку поведінку та діяльність інших осіб. Розглядаючи референтність крізь призму культурно-історичної теорії Л. С. Виготського, дослідниця О. Б. Крушельницька додатково встановила такі функції, як відбір і передача особистісно значущої культурно-історичної інформації, встановлення зв'язку між знаком і значенням, формування зони найближчого розвитку [5].

Референтні групи можуть бути позитивними і негативними. Групи з позитивною референтністю — ті, що є носіями цінностей, які особа підтримує, а з негативною — такі, що мають протилежні цінності. Відомо, що розвиток особистості може відбуватися всупереч опору негативною референтною групою. Групи можуть бути контактними та віртуальними. Особа схиляється до контакту з віртуальною групою у тих випадках, коли не має підтримки в контактній [4].

Референтні групи відіграють важливу роль у процесі реадaptaції, про що свідчать дослідження, проведені із наркозалежними людьми, які проходять курс реабілітації. Після повернення додому постреабілітант потребує такої референтної групи, яка стала б зразком здорового середовища і надавала б йому підтримку та прийняття. Такою

групою може стати не лише сім'я, але й групи взаємної підтримки або професійні спільноти. У тих випадках, коли людина не знаходить таку групу, у неї значно збільшується ризик рецидиву. Учасники програми, які нещодавно розпочали курс реабілітації, частіше відносили до позитивних референтних груп своїх друзів та людей із груп підтримки. Ті ж, хто утримувався від уживання наркотиків значно довший період, частіше називали членів сім'ї та близьких родичів. Отже, було зроблено висновок, що на першому етапі реабілітації для людини більш важливо мати людей, які б підтримували і розуміли її переживання, сприяли пошуку роботи, налагодженню соціальних зв'язків, тобто допомагали реадaptуватися. З часом, коли психологічний стан людини стабілізується, для неї найважливішою стає підтримка з боку сім'ї, родичів та друзів [6].

Ще одним прикладом може бути дослідження референтних груп благополучних підлітків та підлітків із асоціальною поведінкою. Результати свідчать про те, що перші більше орієнтуються на думку однокласників і батьків, а другі — на друзів поза школою. До думки дорослих дослухаються 74,0% благополучних підлітків і 31,5% — із асоціальною поведінкою [7]. Дослідження вимушених переселенців підліткового віку зі сходу України свідчать, що зниження референтної значущості школи, однокласників, громади часто призводить до дезадаптації, а вибір позитивної референтної групи, навпаки, сприяє більш успішній адаптації [8].

Отримані дані відрізняються від результатів, які мали особи із ознаками обдарованості. Так, О. О. Музика [9] дійшла висновку, що найбільший вплив на розвиток музичних здібностей студентів мають батьки та музичні педагоги, потім — друзі та одногрупники, на третьому місці — представники віртуальної групи (музиканти, композитори, письменники, громадські діячі, творчі особистості), які не входять до контактного оточення. А от референтність шкільних учителів і однокласників була незначною. Деякі обстежені повідомляли, що віртуальні референтні особи мали значний вплив на духовний розвиток та професійне становлення особистості.

Діагностика референтних груп проводиться із використанням методик, які передбачають активну групову взаємодію: референтометрії, що дає змогу виявити ступінь значущості кожного члена групи для його товаришів; виявлення мотиваційного ядра міжособистісних виборів, за допомогою якого порівнюють ранговий статусний ряд учасників групи; визначення ступеня ціннісно-орієнтаційної єдності групи [10].

Діагностичне обстеження осіб із психічними розладами має певні особливості, оскільки у них

часто спостерігаються явища аутизму і, як наслідок, вони не прагнуть до активної соціальної взаємодії. Після появи психічного розладу багато людей змушені змінювати стосунки у своїх контактних групах або шукати нові, якщо цінності людини змінилися і не збігаються із цінностями членів теперішньої групи. Під час діагностики важливо використовувати не лише кількісний, але і якісний аналіз відповідей, що дає змогу більш повно розуміти явища і процеси.

Вивчення референтних груп не обмежується лише діагностикою. Наступним етапом є психокорекційна робота, спрямована на усвідомлення міжособистісних проблем, пошук можливостей їх подолання, розширення референтних груп, у першу чергу — віртуальних. Можливим шляхом включення в нові референтні групи є розвиток здібностей як один із етапів психосоціальної реабілітації осіб із психічними розладами. Згідно з М. М. Кабановим, реабілітація складається з трьох етапів: 1) відновлювальна терапія, завданням якої є попередження формування патологічних змін особистості, явищ госпіталізації, замкнутості, інвалідизації; 2) реадaptaція, мета якої полягає в пристосуванні хворих до умов навколишнього середовища, в якому основну роль відіграють психосоціальні впливи, направлені на підвищення соціальної активності особи, трудова терапія, професійне навчання та перекваліфікація, психотерапія; 3) реабілітація, тобто відновлення індивідуальної та суспільної цінності хворого, влаштування його побуту та працездатності [11].

Реадaptaція забезпечується завдяки ціннісній підтримці, тобто «різновиду психологічної допомоги, спрямованої на актуалізацію особистісних цінностей людини, їх видозміну чи розвиток з метою забезпечення суб'єктно-ціннісної регуляції вирішення життєвих завдань і саморозвитку особистості» [12]. Здібності формуються і розвиваються у діяльності, тому людина включається до активної соціальної діяльності і, відповідно, формує нове коло спілкування. Розвиток здібностей передбачає пошук нових можливостей для саморозвитку, формування нових цінностей, які, відповідно, визначають критерії вибору референтних груп.

Мета цього дослідження — на основі результатів аналізу наукових джерел обґрунтувати поняття референтних стосунків як чинника реадaptaції жінок із психічними розладами; окреслити можливі напрямки психокорекції, спрямованої на розширення кола референтних осіб у процесі соціальної реадaptaції.

Наше дослідження проводилося на базі ТМО «Психіатрія» (Київ) протягом 2015–2018 рр. За методиками «Тест 20 тверджень “Хто я?”» М. Куна — Т. Макпартленда та самоставлення В. В.

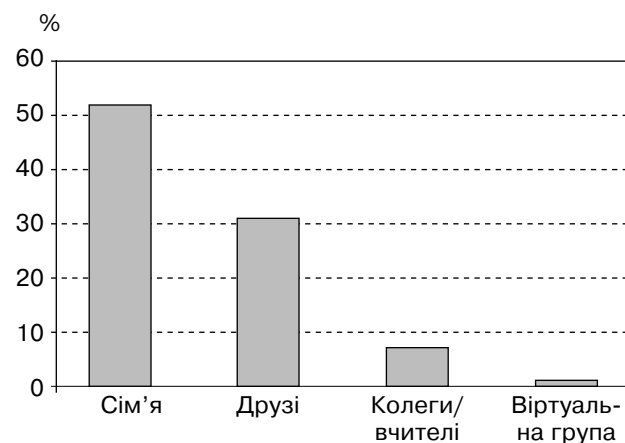
Століна — С. Р. Пантелеєва [13] було обстежено 90 жінок, а за методикою вивчення динаміки здібностей О. Л. Музики — 25 респонденток віком від 18 до 60 років. Усі обстежені мають установлені діагнози відповідно до МКХ-10: 1) F20–F29 — шизофренія, шизотипові стани і маячні розлади; 2) F30–F39 — афективні розлади; 3) F40–48 — невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади; 4) F00–09 — інші психічні розлади, спричинені пошкодженням, дисфункцією головного мозку або соматичним захворюванням.

За тестом «20 тверджень “Хто я?”» М. Куна — Т. Макпартленда респондентки виділили найбільше конструктів, що стосуються рефлексивного, соціального, комунікативного та діяльнісного складника ідентичності, найменше в їх самосвідомості міститься характеристики фізичного, перспективного та матеріального «Я».

Пацієнтки відповідали на такі запитання: «Назвіть людей, думка яких є важливою для вас» та «Назвіть людей, чию думку про себе ви хотіли б дізнатися чи змінити». Їхні відповіді було розподілено на чотири контактні групи за смисловою подібністю: «члени сім'ї», «друзі», «колеги/вчителі», «віртуальна група» (рисунок).

Результати свідчать, що для жінок важливіми є сім'я (52%) та близькі друзі (31%), значно менше — люди із професійної спільноти (8%), зовсім мало — із віртуальних груп (4%). Слабка представленість віртуальних груп свідчить про звуження кола інтересів, низьку мотивацію до професійного та особистісного саморозвитку. Жодна особа не повідомила про людей із негативної референтної групи. Характерною особливістю стало те, що більшість пацієнток на друге питання відповіли, що не можуть назвати людей, чию думку про себе вони хотіли б дізнатися.

У пацієнток із розладами шизофренічного спектра можна спостерігати прояви максималізму,



Результати аналізу референтних груп

схильності до крайніх полюсів оцінки різних явищ, амбівалентності.

Умовно респонденток можна розділити на дві групи. До першої належать ті, які не усвідомлюють особистісних змін, що відбулися внаслідок психічного розладу, і у своїх оцінках орієнтуються на досягнення, знання, вміння і навички, які мали у минулому. Хворі з другої групи прагнуть адаптуватися до свого нового образу «Я», шукають ті види діяльності, які вони можуть виконувати. Наприклад, пацієнтка Л. (параноїдна шизофренія) отримала вищу освіту, однак через прогресування хвороби не має постійного місця роботи. Вона повідомила, що їй було б цікаво дізнатися думку про себе відомих політиків та співаків, оскільки у студентські роки вона розвивала у собі лідерські якості, щоб зайняти керівні посади. Жінка висловлювала прагнення досягти успіху в суспільстві, проте під час бесіди було встановлено, що чітких планів на майбутнє вона не має.

Приклад пацієнтки З. (параноїдна шизофренія), навпаки, свідчить про її прагнення адаптуватися до свого нового стану. Вона має здібності до творчих видів діяльності, закінчила художню школу і тривалий час займалася образотворчим мистецтвом. Унаслідок психічного розладу жінка вирішила залишити заняття, мотивуючи це тим, що їй важко тривалий час концентруватися на виконанні роботи. Наразі вона займається фотографією на рівні хобі, однак планує перейти на професійний рівень, тому вивчає спеціалізовану літературу, спілкується із фотографами-професіоналами. Жінка досить детально описала представників віртуальної референтної групи, серед яких — журналісти міжнародного інформаційного агентства. На запитання, чому їхня думка є для неї важливою, відповіла, що у своєму творчому розвитку хоче орієнтуватися саме на них. Окрім того, для пацієнтки важливою є думка психолога, і вона хотіла б отримати зворотний зв'язок. Отже, ця пацієнтка усвідомлює зміни, що відбулися через психічний розлад, і прагне справитися із ситуацією, що склалася, намагається віднайти ті види діяльності, які здатна виконувати. Вона шукає адаптаційні ресурси, які дадуть їй змогу вести активне соціальне життя. Разом із тим категорична відмова від занять образотворчим мистецтвом може свідчити про ригідність мислення. На запитання про те, чи змогла б вона продовжувати заняття малюванням, витрачаючи на це менше часу і роблячи частіші перерви для відпочинку, вона відповіла відмовою («потрібно робити все на найвищому рівні або не робити взагалі»). Така відповідь свідчить про максималізм та схильність до крайніх полюсів самооцінки.

Деякі жінки наголошували на важливості підтримки з боку близьких людей. Наприклад,

пацієнтка С. (біполярний афективний розлад) повідомила, що важливою є думка подруги, яка із розумінням поставилася до появи у неї психічного розладу, тоді як багато друзів та колег не розуміли її переживань та припиняли спілкування. Через це жінка відчувала сильний душевний дискомфорт, висловлювала хвилювання з приводу майбутнього, повідомила, що прагне переглянути свої взаємини з друзями та родичами.

Незважаючи на те що люди із негативної референтної групи не були представлені у жодній особі, у процесі бесіди вони повідомляли про проблеми зі стосунками із близькими людьми. Відповіді тесту «20 тверджень “Хто я?”» М. Куна — Т. Макпартленда свідчать про те, що 3,5% жінок описали зміни, що відбулися у взаєминах із близькими людьми у результаті прогресування психічного розладу («відкрита, хоча останнім часом замкнута», «останнім часом закрита і нетовариська», «люблю спілкування з людьми, але недовго»). Також можна простежити прояви самостигматизації («боюсь, люди подумують, що я дурна») та амбівалентності («відкрита серцем і душею до всіх людей, але дарма»).

Однією із важливих категорій, що впливають на взаємини, є очікуване ставлення від інших. Середні значення відповідної шкали тесту самоставлення В. В. Століна — С. Р. Пантелєєва подано в таблиці (середньостатистична норма відповідає рівню 45–55 балів).

Середні показники очікуваного ставлення від інших (за В. В. Століним — С. Р. Пантелєєвим)

Типи психічного розладу	Середнє значення
Шизофренічного спектра, $n = 35$	35,9
Афективного спектра, $n = 14$	46,8
Органічного спектра, $n = 19$	27,5
Невротичного спектра, $n = 22$	50,1

У жінок із розладами афективного та невротичного спектрів спостерігається оптимальна самооцінка очікуваного ставлення від інших, а шизофренічного та органічного спектрів — занижена, тобто вони менше залежать від думки інших людей, що може бути наслідком прояву аутизму та зниження соціальної активності.

Можна припустити, що слабка вираженість очікуваного ставлення від інших має кілька причин. По-перше, психічні розлади часто призводять до зменшення потреби у міжособистісних стосунках. Шизофренія більше, ніж інші психічні розлади, порушує взаємини хворих із контактним оточенням, але разом із тим вони легше переживають стан самотності. Часто, незважаючи на

незадовільний матеріальний стан і побутові проблеми, вони відмовляються від проживання в будинку-інтернаті [14].

По-друге, наукова проблема вибору особою референтних груп у клінічній психології набуває додаткового розуміння не лише через стигматизацію у суспільстві по відношенню до людей із психічними розладами, а й через самостигматизацію. Вона може проявлятися у відчутті неповноцінності, непотрібності, безпорадності, спробі довести, що «я такий, як усі» або «не такий, як усі». Людина уникає широкого кола спілкування через страх непорозуміння чи засудження з боку оточуючих. Виділяють два види самостигматизації: перший — людина ідентифікує себе із стигматизованою групою, другий — людина переконана у правдивості тверджень про те, що психічно хворі є неповноцінними. Пацієнти відчувають несвідомий страх бути виключеними з контактної групи і тому замикаються в собі, самоізолюють себе, трактуючи свою самотність як наслідок відчуження суспільством, і тим самим блокують повноцінну взаємодію з оточенням [15]. Звуження кола спілкування підсилює хворобливі переживання, що призводить до соціальної дезадаптації.

По-третє, жінки прагнуть відповідати гендерно-стереотипним ролям і шукати шляхи для самореалізації у сімейно-побутовій сфері та сфері міжособистісних відносин. Більшість пацієнток указали на важливість родинних стосунків, проте із подальшої бесіди та анамнезу життя було встановлено, що багато з них незадоволені взаєминами та страждають від конфліктних стосунків у родині. Одним із шляхів розширення референтних груп є зміна ціннісного ставлення до здібностей як адаптаційного ресурсу. Їх розвиток також може сприяти зміні гендерних стереотипів та установок.

Таким чином, референтні групи є одним із важливих чинників реадaptaції у процесі психосоціальної реабілітації, оскільки після появи психічного розладу особа змушена переглядати свої взаємини з іншими людьми. Ситуація ускладнюється стигматизацією, самостигматизацією та патологічними змінами особистості внаслідок психічного розладу. Проблему референтних груп недостатньо досліджено у клінічній психології. Результати нашого дослідження свідчать про те, що для жінок із психічними розладами на першому місці стоять сім'я та близькі родичі, далі — друзі та колеги, менш важливі — представники віртуальних референтних груп. Практично не представлені як референтні групи взаємної підтримки та психологічної допомоги. Однією із психологічних характеристик, що визначають ступінь адаптації, є відчуття соціальної підтримки, яке зумовлює почуття особистісної значущості у контактному оточенні.

Деякі пацієнтки описували труднощі у взаєминах із близькими людьми, відсутність розуміння і підтримки. Разом із тим патологічні зміни особистості в деяких випадках спотворюють характер контактів. Так, у жінок із розладами шизофренічного та органічного спектрів спостерігається низький рівень очікуваного ставлення від інших.

Одним із напрямків соціальної реадaptaції може стати розвиток здібностей як один із етапів психосоціальної реабілітації. Зміна ціннісного ставлення до здібностей, їх розвиток у процесі загального саморозвитку особистості впливають і на вибір референтних груп. У результаті активної діяльності людина зможе розширити коло референтних осіб і груп, в тому числі віртуальних, що сприятиме збільшенню адаптивних способів поведінки.

Список літератури

1. *Hyman H.* Readings in Reference Group Theory and Research / H. Hyman, E. Singer.— London: Collier-Macmillan, 1968.— 509 p.— URL: https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/67576/10.1177_000169936901200309.pdf;sequence=2
2. *Merton R. K.* Social Theory and Social Structure / R. K. Merton.— London: Collier Macmillan Publisher, 1968.— 719 p.— URL: https://archive.org/details/robert_k_merton_social_theory_and_social_structure/page/n1
3. *Келли Г.* Две функции референтных групп / Г. Келли // Современная зарубежная социальная психология.— М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984.— С. 197–203.
4. *Андреева Г. М.* Зарубежная социальная психология XX столетия: Теоретические подходы / Г. М. Андреева, Н. Н. Богомолова, Л. А. Петровская.— М.: Аспект Пресс, 2002.— 287 с.
5. *Крушельницкая О. Б.* Феномен референтности с точки зрения культурно-исторической теории Л. С. Выготского / О. Б. Крушельницкая // Культурно-историческая психология.— 2014.— № 3.— С. 30–37.
6. *Козьяков Р. В.* Постреабилитационные сообщества как основа организации процессов ресоциализации потребителей наркотиков: кол. моногр. / Р. В. Козьяков.— М.; Берлин: Директ-Медиа, 2017.— 365 с.
7. *Чельшева Ю. В.* Референтные группы и ценностные ориентации подростков асоциального поведения / Ю. В. Чельшева // Системная психология и социология.— 2015.— № 16.— URL: http://systempsychology.ru/journal/2015_16/303-chelysheva-yuv-referentnye-gruppy-i-cennostnye-orientacii-podrostkov-asocialnogopovedeniya.html
8. *Жданович Ю. М.* Вплив референтної групи на адаптацію дітей вимушених переселенців / Ю. М. Жданович // Альманах науки.— 2017.— № 8.— URL: http://lib.iitta.gov.ua/710028/1/Zhdanovych_Almanah.pdf

9. *Музика О. О.* Референтні стосунки як ресурс духовного розвитку студентів / О. О. Музика // Освітнологічний дискурс.— 2016.— № 3.— С. 63–73.
10. *Кондратьев М. Ю.* Психология отношений межличностной зависимости / М. Ю. Кондратьев, Ю. М. Кондратьев.— М.: ПЕР СЭ, 2006.— 272 с.
11. *Кабанов М. М.* Реабилитация психически больных / М. М. Кабанов.— Л.: Медицина, 1985.— 216 с.
12. *Музика О. Л.* Референтні відносини у розвитку обдарованої особистості // Освітнє середовище як чинник становлення обдарованої особистості: моногр. / Р. О. Семенова, О. Л. Музика, Д. К. Корольов.— Кіровоград: Імекс ЛТД, 2014.— С. 69–90.
13. *Столин В. В.* Самосознание личности / В. В. Столин.— М.: Изд-во МГУ, 1983.— 288 с.
14. Проблемы одиночества больных шизофренией и их реабилитация / И. Д. Спирина, С. Ф. Леонов, А. Е. Николенко [и др.] // Укр. медичний альманах.— 2012.— Т. 15, № 2.— С. 147–148.
15. *Чутора М. В.* Самостигматизація осіб із психічними захворюваннями як реакція на стигматизацію суспільством / М. В. Чутора // Наук. вісн. Ужгород. нац. ун-ту.— URL: <http://www.irbis-nbuv.gov.ua>

РЕФЕРЕНТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ КАК ФАКТОР СОЦИАЛЬНОЙ РЕАДАПТАЦИИ ЖЕНЩИН С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Е. В. ГОНЧАРУК

Обосновано понятие референтных отношений как фактора социальной реадaptации лиц с психическими расстройствами, который влияет на ценности и установки человека, определяет жизненную ориентацию и пути саморазвития. Выявленные особенности референтных отношений у женщин с разными типами психических расстройств свидетельствуют о сужении круга общения, ориентации преимущественно на семейно-родственные и дружественные отношения в пределах контактного окружения. Одним из направлений социальной реадaptации может стать развитие способностей, что будет способствовать включению в активную социальную жизнь, профессиональной самореализации, расширению круга референтных групп и, соответственно, формированию адаптивных способов поведения.

Ключевые слова: референтные отношения, референтные группы, социальная реадaptация, способности, психические расстройства.

REFERENCE GROUP RELATIONSHIPS AS A FACTOR OF SOCIAL READAPTATION OF WOMEN WITH MENTAL DISORDERES

O. V. GONCHARUK

Here, there was substantiated the concept of reference group relationships as a factor of social readaptation of people with mental disorders, that affected the values and attitudes of a person, determined his/her life orientations and ways of self-development. The revealed features of the reference group relationships in women with different types of mental disorders indicated a narrowing of the social circle, focusing primarily on family-related and friendly relations within the contact environment. The ability development may become one of the ways of social readaptation, thereby contributing to the inclusion in active social life, professional self-realization, the extension of circle of reference groups, and, consequently, the formation of adaptive behaviors.

Key words: reference group relationships, reference groups, social readaptation, abilities, mental disorders.

Надійшла 26.11.2018