

159.955.4 + 159.972

**Гончарук Олена Володимирівна**, практичний психолог ТМО «Психіатрія» (м. Київ), науковий кореспондент лабораторії психології обдарованості Інституту Психології НАПН України імені Г.С.Костюка

e-mail: [elena\\_goncharuk@ukr.net](mailto:elena_goncharuk@ukr.net)

## **ОСОБЛИВОСТІ РЕФЛЕКСІЇ КОМУНІКАТИВНИХ ЗДІБНОСТЕЙ У ЖІНОК ІЗ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ**

### **Анотація**

*У статті розкрито поняття комунікативних здібностей як індивідуально-психологічних властивостей, що забезпечують ефективну взаємодію між людьми в процесі спілкування і включають систему знань і умінь, за допомогою яких стає можливим успішне протікання комунікативних процесів. Розвиток комунікативних здібностей нерозривно пов'язаний із розвитком соціального інтелекту. Специфічні зміни особистості після появи психічного розладу призводять до порушення комунікації, і, відповідно, до соціальної дезадаптації. В дослідженні розвиток комунікативних здібностей розглядається як особистісний чинник реадaptaції осіб із психічними розладами. В ході емпіричного дослідження виявлено особливості рефлексії комунікативних здібностей та суб'єктивної картини особистісних змін, пов'язаних із сферою комунікації та взаємовідносин. Аналіз соціального складника самоідентичності свідчить про суттєву актуалізацію у самосвідомості сімейно-побутової та професійної ролей, і слабку – світоглядної та групової. Референтні групи жінок із психічними розладами включають переважно близьке оточення, сім'ю, друзів, значно менше – коло професійного спілкування, і в одиничних випадках – осіб із віртуальних груп. Це свідчить про звуження кола інтересів, зниження потреби у пізнавальній діяльності, самоізоляцію, що, в свою чергу, зменшує можливості для спілкування, встановлення і підтримання стосунків з іншими людьми. Першочерговим завданням психосоціальної реабілітації є розвиток комунікативних здібностей, як складника соціального інтелекту, що за рахунок*

*формування і розширення адаптивних форм поведінки, сприятиме реадaptaції та ресоціалізації осіб із психічними розладами.*

**Ключові слова:** комунікативні здібності, соціальний інтелект, психічні розлади, адаптаційні ресурси, реадaptaція.

**Гончарук Елена Владимировна**, практичний психолог ТМО «Психіатрія» (г. Київ), научний кореспондент лабораторії психології одареності Інституту Психології НАПН України ім. Г.С. Костюка

## **ОСОБЕННОСТИ РЕФЛЕКСИИ КОММУНИКАТИВНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ У ЖЕНЩИН С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

### **Аннотація**

*В статье раскрыто понятие коммуникативных способностей как индивидуально-психологических свойств, которые обеспечивают эффективное взаимодействие между людьми в процессе общения и включают систему знаний и умений, с помощью которых возможно успешное протекание коммуникативных процессов. Развитие коммуникативных способностей неразрывно связано с развитием социального интеллекта. Специфические изменения личности после появления психического расстройства приводят к нарушению коммуникации, и, соответственно, к социальной дезадаптации. В исследовании развитие коммуникативных способностей рассматривается как личностный фактор реадaptaции лиц с психическими расстройствами. В ходе эмпирического исследования были выявлены особенности рефлексии коммуникативных способностей и субъективной картины личностных изменений, связанных со сферой коммуникации и взаимоотношений. Анализ социальной составляющей самоидентичности свидетельствует о существенной актуализации в самосознании семейно-бытовой и профессиональной ролей, и слабую – мировоззренческой и групповой. Референтные группы женщин с психическими расстройствами включают преимущественно ближайшее окружение, семью, друзей, значительно меньше*

– круг профессионального общения, и в единичных случаях – лиц из виртуальных групп. Это свидетельствует о сужении круга интересов, снижении потребности в познавательной деятельности, самоизоляции, что, в свою очередь, уменьшает возможности для общения, установления и поддержания отношений с другими людьми. Первоочередным заданием психосоциальной реабилитации является развитие коммуникативных способностей, как составляющей социального интеллекта, что, за счет формирования и расширения адаптивных форм поведения, будет способствовать реадaptации и ресоциализации лиц с психическими расстройствами.

**Ключевые слова:** коммуникативные способности, социальный интеллект, психические расстройства, адаптационные ресурсы, реадaptация.

**Goncharuk Olena Volodymyrivna**, practical psychologist TMU “Psychiatry” (Kyiv), scientific correspondent of psychology of giftedness laboratory of G.S.Kostyuk Institute of Psychology of the National Academy of Sciences of Ukraine

## **REFLECTION PECULIARITIES OF COMMUNICATIVE ABILITIES OF WOMEN WITH MENTAL DISORDERS**

### ***Summary***

*The article exposes the concept of communication abilities as individual and psychological characteristics which ensure effective interaction between people in the intercourse process, and include the system of knowledge and skills which provide successful communicative process. Development of communicative abilities is closely connected with development of social intellect. Mental disorders cause specific personnel changes and lead to infringement of communication and, accordingly, to social disadaptation. In this research the development of communication abilities is considered as personal factor of readaptation of people with mental disorders. In the course of the empirical study the peculiarities of reflection of communicative abilities and subjective picture of personal changes, connected with communication and interrelation spheres, were revealed. Analysis of*

*social component of self-identification shows that family and professional roles are more significant in self-consciousness than world-outlook and group ones. Referent groups of women with mental disorders include predominantly the nearest encirclement, family, friends, significantly less of professional communication, and single occurrence of people from virtual groups. This give evidence of narrow range of interests, reduction of the necessities of cognitive activity, self-isolation, which, in turn, reduces possibilities to communication, establishment and maintaining contacts with other people. Immediate task of psycho-social rehabilitation is development of communicative abilities as a component of social intellect. It can form and widen adaptive forms of individual's behavior and, therefore, facilitate readaptation and resocialization of people with mental disorderes.*

**Key words:** *communicative abilities, social intellect, mental disorders, adaptive resources, readaptation.*

**Постановка проблеми і актуальність дослідження.** Психічні розлади призводять до змін особистості, і як наслідок, до порушення комунікації і соціальних взаємозв'язків. Зазвичай це проявляється в зменшенні активних контактів, нездатності підтримувати розмову, нерозумінні переживань співрозмовника. З одного боку, хворі часто заглиблюються у власний внутрішній світ, концентруються на хворобливих переживаннях, не мають внутрішньої потреби у міжособистісних контактах, з іншого – незрозуміла поведінка хворого лякає і відштовхує оточення. Таким чином, людина потрапляє у замкнене коло: прояви хвороби призводять до труднощів у встановленні міжособистісних контактів, а це, в свою чергу, спричиняє відторгнення оточуючих і призводить до ще більшої самотності, яка загострює хворобливі переживання. В результаті особа ще більше заглиблюється в себе і хворобливі переживання.

Переважає більшість досліджень здібностей стосується педагогічної та вікової психології. До цього часу у клінічній психології відсутня цілісна теоретична модель розвитку комунікативних здібностей як особистісного

утворення, що прямо й опосередковано залежить від розвитку соціального інтелекту. Оскільки при психічних розладах виникають специфічні зміни особистості, які впливають на поведінку і формування взаємовідносин з оточуючими, то першочерговим завданням реабілітації є формування комунікативних навичок та способів ефективної міжособистісної комунікації. Розвиток комунікативних здібностей можна розглядати як адаптаційний ресурс, на основі якого індивід може розширити адаптивні форми поведінки. Проблема здібностей як ресурсу реадaptaції є новою у клінічній психології, тому тема є актуальною для дослідження.

**Мета дослідження** полягає у вивченні рефлексії та самооцінки комунікативних здібностей як особистісного чинника реадaptaції жінок з психічними розладами. Для реалізації мети планується виконати такі завдання: 1) проаналізувати наукові джерела з проблеми комунікативних здібностей; 2) розробити теоретичну модель комунікативних здібностей як адаптаційного ресурсу осіб з психічними розладами; 3) дослідити особливості рефлексії і самооцінки комунікативних здібностей у жінок із психічними розладами.

#### **Аналіз останніх досліджень і публікацій.**

Комунікативні здібності – це індивідуально-психологічні особливості особистості, які забезпечують ефективну взаємодію і взаєморозуміння між людьми в процесі спілкування або виконання спільної діяльності [14]. До структури комунікативних здібностей входять такі компоненти: соціальна перцепція, гностичні уміння та рефлексія, вольові якості, пізнавальні уміння, інтеракційні уміння, розуміння знакових систем (вербальних та невербальних), уміння розуміти контекст і підтекст, вміння використовувати знакові системи для вирішення певних комунікативних завдань [14]. Здатність до спілкування багато в чому залежить від впливу оточення, а задатки до цих здібностей є соціально зумовленими [2]. Спілкування є одним із видів діяльності і характеризується інтенціональністю (наявністю певної мети і мотиву), результативністю (мірою узгодженості результату з поставленою метою),

нормативністю (соціальним контролем за протіканням і результатами акту спілкування) [9].

Окрім поняття комунікативних здібностей, у спілкуванні розглядаються такі поняття як «комунікативні компетентності» та «комунікативні якості». Комунікативна компетентність, тобто вміння встановлювати і підтримувати необхідні контакти з людьми, включає систему знань і умінь, які забезпечують успішне протікання комунікативних процесів в різних ситуаціях спілкування [8]. За Л.А. Петровською, компетентність в спілкуванні передбачає готовність та вміння налагоджувати стосунки на різній психологічній дистанції – відстороненій та близькій. Дослідниця наголошує на значущості інтимно-особистісного спілкування, оскільки саме в колі спілкування з близькими людьми може відбуватися повноцінне психологічне становлення людини, а порушення такого спілкування призводить до різних психологічних відхилень, наприклад, до невротичних розладів [4]. Дослідження свідчать, що у процесі спілкування гендерний чинник відіграє значну роль. Для жінок взаємовідносини із соціальним оточенням є більш суб'єктивно значущими, ніж для чоловіків, що веде до розвитку їхніх соціально-перцептивних здібностей [8].

А.А. Бодалєв писав про «комунікативне ядро особистості», під яким розумів все те, що впливає на спілкування з людьми, включаючи риси характеру, емоційні особливості, перцептивні здібності [3]. К.А. Альбуханова-Славська визначила комунікативні якості, тобто ті характеристики, за допомогою яких суб'єкт спілкування є здатним неупереджено і широко будувати взаємовідносини з іншими людьми, вести внутрішній і зовнішній діалог, спрямований на співробітництво: 1) здібності до мисленнєвої адресації до іншої людини і оцінки її позиції; 2) прогнозування і очікування поглядів, оцінок, суджень іншої людини; 3) ступінь розвитку здатності і схильності до діалогу [1].

Розвиток комунікативних здібностей можливий лише завдяки розвитку інтелекту в цілому. Так, Г.Гарднер у своїй теорії множинного інтелекту

сформулював поняття «особистісного інтелекту», який включає два види: 1) внутрішньоособистісний – здатність людини усвідомлювати увесь діапазон власних почуттів; 2) інтелект, спрямований назовні, до людей, тобто вміння помічати і розуміти відмінності між оточуючими [5]. В.Н.Куніцина включає до структури соціального інтелекту комунікативно-особистісний потенціал, тобто комплекс властивостей, які сприяють чи перешкоджають спілкуванню, причому, на її думку, «це основний стержень соціального інтелекту» [10]. Продуктом інтелекту є ментальні моделі світу, які, на думку М.Л. Смульсон, є внутрішнім механізмом інтерпретаційного процесу, результатом відображення власного або групового досвіду і відіграють важливу роль у прийнятті рішень. Прогностично-перетворювальна функція інтелекту відповідає за прогнозування і перетворення, забезпечує створення нових цілей і конструювання нових предметних світів [18].

При психічних розладах виникають розлади комунікації, які призводять до дезадаптації: втрата потреби в спілкуванні, здатності до діалогу та контексту бесіди, розпад навичок спілкування, невідповідність змісту слів емоційному тону мови [6]. Наприклад, хворі на шизофренію мають чимало труднощів у міжособистісному спілкуванні через формування специфічних характеристик особистості, в першу чергу, зниження емпатії, емоційне сплюснення, відсутність здатності глибоко і правильно усвідомлювати характер емоційного стану іншої людини, нерозуміння власних почуттів та емоцій [3]. Дослідження свідчать, що в сім'ях, де є хворі на психічні розлади, в тому числі й на шизофренію, існує висока емоційна напруга у відносинах, ворожість, емоційно-чуттєва ізоляція [16].

І.І. Кутько, розвиваючи ідеї М.М. Кабанова, зазначав, що ресоціалізація хворих, в першу чергу на шизофренію, є складним завданням, оскільки одними із головних симптомів шизофренії є аутизм та негативізм [15]. В.А. Жмуров писав про те, деякі хворі зовні можуть виглядати достатньо контактними, однак комунікабельність не впливає із безпосередніх емоційних прагнень встановити тісні стосунки, а контакти є нетривалими, які вони досить легко

можуть припинити, обрані теми для спілкування часто відірвані від реальності, односторонні, із гіпертрофованою цікавістю до містики, псевдонаукових течій, глобальної проблематики, в той час як буденні події життя залишаються поза увагою [6].

Порушення комунікативної сфери у осіб з психічними розладами викликано такими причинами: 1) зниженням потребово-мотиваційних характеристик; 2) зниженням рівня соціально-перцептивних здібностей, що унеможлиблює правильну інтерпретацію емоційний стан співрозмовника; 3) конституціонально зумовленими особливостями порушення спілкування, які формуються ще до початку захворювання [Тренинг розвитку комунікативних навичок].

Таким чином, розвиток комунікативних навичок та здібностей як складника інтелекту є першочерговим завданням психосоціальної реабілітації, який може виступати одним із чинників реадaptaції осіб з психічними розладами. В основі розуміння здібностей як адаптаційного ресурсу у кризових життєвих ситуаціях, до яких можна віднести появу психічного розладу, покладено концепцію О.Л.Музики, відповідно до якої здібності виступають внутрішнім динамічним ресурсом саморозвитку особистості, і полягають у здатності індивіда справлятися із складними життєвими ситуаціями за допомогою включення у ефективні види діяльності і в усвідомленій спроможності набувати цієї здатності [13]. Теоретична модель дослідження представлена у Таблиці 1:

**Таблиця 1**

**Теоретична модель розвитку комунікативних здібностей як  
адаптаційного ресурсу**

Порушення міжособистісної комунікації, соціальна дезадаптація
Аутизм, негативізм, емоційне сплюснення, зниження емпатії
↑
<b>Особистість після появи психічного розладу</b>
↓
Усвідомлення особистісних змін і прийняття нової ідентичності
Розвиток комунікативних здібностей та компетентностей
Формування комунікативних навичок, розширення адаптивних форм поведінки, розвиток інтелекту
Реадаптація та підвищення рівня незалежного функціонування в суспільстві

**Виклад експериментального дослідження.**

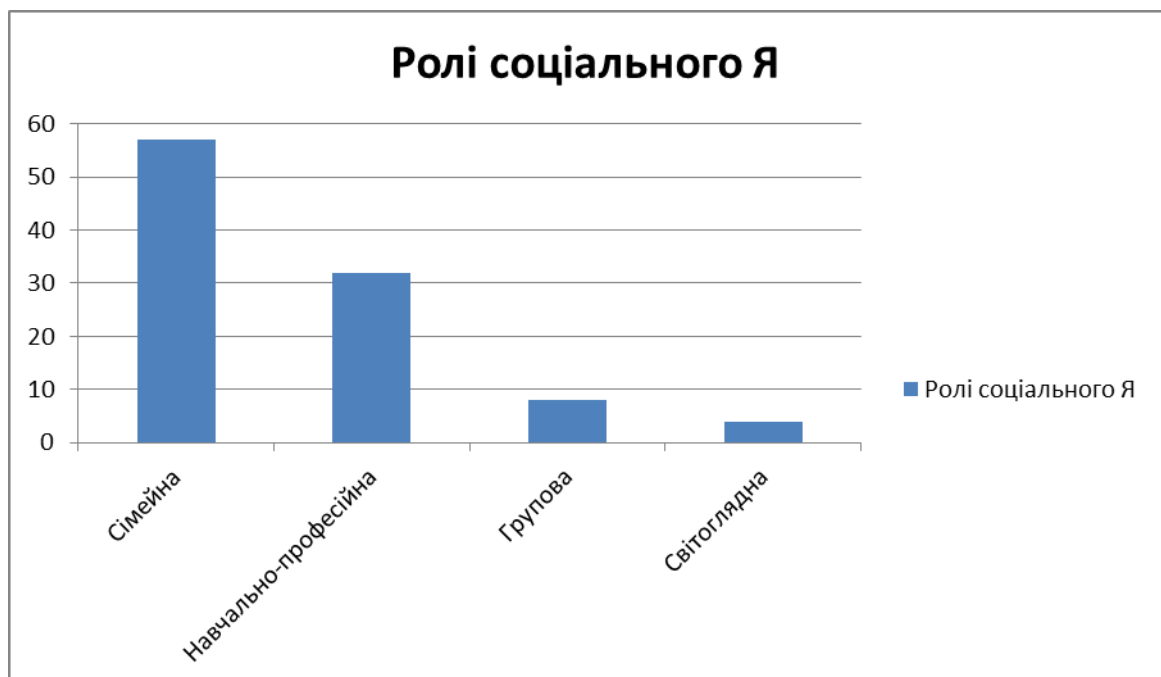
Вивчення рефлексії комунікативних здібностей у жінок із психічними розладами проводилося на базі ТМО «Психіатрія» (м. Київ). У дослідженні за методикою самооцінки Т. Дембо-С. Рубінштейн та тесту «20 тверджень» М.Куна – Т.Макпартленда взяли участь 75 жінок, а за Методикою вивчення динаміки здібностей О.Л. Музики 21 жінка віком від 18 до 60 років, які мають встановлені діагнози відповідно до МКХ-10: F20-F29 шизофренія, шизотипові стани і маячні розлади; F30 – F39 афективні розлади, F43 реакція на важкий стрес і розлади адаптації, F06 – інші психічні розлади, спричинені пошкодженням, дисфункцією головного мозку або соматичним захворюванням [12]. Важливою умовою для проходження діагностики були збережені навички самообслуговування та комунікації. Статистична обробка результатів здійснювалася з використанням програми SPSS Statistics.

Дослідження образу Я для розвитку здібностей має важливе значення, адже отримуючи знання про саму себе, людина має змогу краще пристосувати

свою поведінку до певної ситуації або навіть кардинально її змінити [11]. Особливості комунікативної ідентичності в «Тесті 20 тверджень» М. Куна-Т.Макпартленда представлені у двох категоріях – «соціального» (сімейна, професійна, групова, світоглядна ролі) та «комунікативного Я» (сприйняття себе членом групи та самооцінку й особливості взаємодії з людьми») [17].

Кількісний аналіз соціального Я свідчить про те, що в цілому було виділено 101 конструкт, серед яких найбільш актуалізованими виявилися сімейна та навчально-професійна ролі, відповідно 57 і 32 одиниці. Світоглядна роль представлена у 4 осіб з використанням 4-х конструктів, а групова – у 2-х осіб з використанням 8-ми.

Результати співвідношення ролей «соціального Я» представлені на рис. 1:



**Рис. 1. Співвідношення ролей соціального Я**

Отримані дані свідчать про те, що у більшості досліджуваних коло спілкування обмежується сім'єю та професійною діяльністю. Слабка представленість групової та світоглядної ролі може бути проявом зниження соціальної активності, звуження кола інтересів, небажання чи неможливості розширювати коло спілкування поза межами найближчого контактного оточення. Серед причин можуть бути як індивідуальні особливості характеру (інтроверсія), так і прояви психічного розладу. Окрім того, однією із причин

може виступати самотигматизація. Наприклад, одна пацієнтка описала себе, як «пацієнтка ПНД», що свідчить про фіксацію на хворобливих переживаннях, дезадаптивну реакцію на появу хвороби. Звідси випливають проблеми у міжособистісних відносинах, несприйняття себе як співрозмовника, зниження самооцінки, що проявилось у категорії «комунікативного Я».

У першій категорії «комунікативного Я», а саме, «сприйняття себе членом групи (кола друзів)» 9 осіб визначили свою рольову приналежність за допомогою 14 конструктів, найпоширенішими з яких були «друг, подруга, партнер, товариш, сусідка».

У категорії «самооцінки та особливостей взаємодії з людьми» 35 осіб виокремили 62 конструкти, серед яких 48 мали позитивну емоційну забарвленість, а 14 - негативну. Серед негативних конструктів були виділені характеристики, пов'язані із суб'єктивною самооцінкою відносин із близькими людьми («тягар для оточуючена», «самотня»), труднощами із підтриманням міжособистісних контактів («легко потрапляю під вплив інших людей, часто брешу не лише людям, а й самій собі, очевидно, зі страху, важко тримати межі у відносинах з людьми», «неуважна до інших»), рисами характеру («криклива, коли мене дратують», «закрита»), самотигматизацією («боюсь, люди подумають, що я дурна»). 3 особи актуалізували зміни, які відбулися з ними в результаті хвороби («відкрита, хоча останнім часом замкнута», «останнім часом замкнута і нетовариська», «люблю спілкування з людьми, але недовго»). Таким чином, відповіді свідчать про те, що жінок турбують проблеми у відносинах із оточуючими, і вони певною мірою усвідомлюють зміни характеру, що відбулися через хворобу.

Отримані дані були доповнені за допомогою Методики вивчення динаміки здібностей, результати проаналізовані для кожної групи окремо залежно від встановленого діагнозу.

Середня самооцінка комунікативних навичок і здібностей у пацієнток із шизофренією – 7,8 балів за 10-бальною шкалою. Конструкти стосувалися як безпосередніх навичок спілкування з оточуючими, так і теми міжособистісної

взаємодії, наприклад, «вмію налагоджувати стосунки з людьми», «вмію дати пораду і підтримати іншого у важкій ситуації»

Характерним є те, що більшість з досліджуваних зазначили, що навички спілкування значно знизилися після появи хвороби. Пацієнтка Б. (параноїдна шизофренія) оцінила розвиток комунікативних здібностей на 8 балів, сказала, що легко йде на контакт з людьми, вміє знаходити спільні теми для розмови, однак після появи хвороби почала віддалятися від людей, оскільки прагнула уникати негативних ситуацій. В ході подальшої бесіди було встановлено, що зменшення кола спілкування пов'язане із хворобливими переживаннями, порушенням мислення і сприйняття, характерними для шизофренії. Очевидно, що пацієнтка рефлексує особистісні зміни, однак не пов'язує їх із розладом, тобто некритично оцінює власний стан.

Пацієнтка Р. назвала комунікативні навички актуальними, оцінивши їх на 5 балів, але при цьому зауважила, що вони залежать від ситуації, оскільки за характером вона «трохи замкнута в собі». Під час навчання в неї було багато товаришів, а зараз «є друзі, але я з ними не спілкуюся, не хочу їм дзвонити щодня чи щомісяця, не маю такої звички». Вона також повідомила, що її стосунки з оточуючими змінилися після того, як вона вперше потрапила до лікарні («в мене різко змінилося ставлення до людей та моєї сім'ї, в мені щось зламалося»). З анамнезу відомо, що пацієнтка кілька місяців не виходила з дому, і спілкувалася лише з найближчими родичами. Отже, жінка рефлексує зміни, які відбулися у її внутрішньому світі, однак, як і попередня пацієнтка, не пов'язує їх із прогресуванням хвороби.

Про неможливість критично оцінити власний рівень знань, вмінь і навичок свідчить неадекватно завищена самооцінка комунікативних здібностей. Пацієнтка І. оцінила комунікативні навички на 10 балів, зазначивши, що вона вміє гарно говорити, підтримувати бесіду, однак надалі почала описувати проблеми, що виникають під час спілкування: «мені потрібно менше говорити і більше слухати, я постійно себе стримую, тому що боюся сказати щось неправильне, мені хочеться висловитися, але я зупиняю себе, оскільки краще

тримати власну думку при собі». Вона також пояснила, що не завжди довіряє людям, соромиться бути самою собою і проявляти себе в ролі співрозмовника. Серед бажаних умінь серед жінка висловила бажання покращити навички спілкування, оскільки хоче навчитися викликати прихильність до себе інших людей. Це вміння їй потрібно для досягнення «глобальних цілей, а саме, знайти роботу і заробити гроші». В ході бесіди було встановлено, що спілкування з людьми їй також потрібно як «джерело натхнення» у творчій діяльності, а саме, написання віршів і прози. Про жодні досягнення у сфері комунікації вона не повідомила, і з анамнезу відомо, що останні кілька років вона ніде не працює, а коло спілкування обмежується лише найближчим оточенням та соціальними мережами.

Отже, суб'єктивна картина комунікативних здібностей значно відрізняється від даних, отриманих з історії хвороби. Відомо, що усі пацієнтки із шизофренією, які повідомили про розвинені комунікативні навички, останні кілька років не працюють чи 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 некритичність до свого стану, неможливість співвіднести реальну і бажану ситуації, паралогічність мислення. В багатьох випадках пацієнтки із шизофренією описують себе такими, якими вони були раніше, тобто не усвідомлюють ті зміни, які сталися через прогресування хвороби. Отже, першочерговим завданням психосоціальної реабілітації є розвиток комунікативних навичок із врахуванням особистісних змін, що відбулися, і формуванням нових адаптивних форм поведінки.

У пацієнток із біполярно-афективним розладом спостерігається дещо інша картина. Пацієнтка П. оцінила комунікативні навички на 9 балів, вміння знаходити спільну мову з іншими людьми на 8 балів, пояснивши, що тривалий час працювала у сфері, що вимагала розвинених комунікативних навичок. Однак після появи хвороби припинила спілкування з багатьма людьми, тому

констатувала, що зараз комунікативних здібностей у неї немає. З анамнезу відомо, що після появи хвороби жінка змушена була влаштуватися на низькокваліфіковану роботу, яка не передбачала активної міжособистісної комунікації. Серед бажаних знань та умінь вона повідомила, що хотіла б удосконалити знання комп'ютерних програм, щоб мати змогу спілкуватися з людьми та друзями з інших країн. В ході бесіди було встановлено, що ця ситуація спричиняла досить сильний душевний дискомфорт, тобто самостигматизація призвела до соціальної дезадаптації. В такому випадку розвиток комунікативних здібностей має бути спрямований не лише на тренування навичок, але й на подолання комплексу неповноцінності, спричиненого стигмою. Одним із способів може бути пошук тих видів діяльності, в яких вона змогла б реалізувати своє прагнення до спілкування, причому не лише у професійній діяльності, але й на рівні захоплень, пізнавальних видів діяльності та проведення дозвілля, де вона змогла б почуватися повноцінним членом суспільства, незважаючи на хворобу.

Пацієнтка З. оцінила комунікативні навички на 10 балів, пояснивши, що «спілкування – це мій характер», причому в подальшій бесіді вона повідомила, що хвороба не вплинула на її комунікативні навички: «в молодості я була закомплексована, а зараз вільно спілкуюся з людьми». Серед індивідуально-особистісних якостей вона також назвала комунікабельність (10 балів). В подальшій бесіді було встановлено, що прагнення до спілкування залежить від поточного періоду хвороби: під час манії вона досить легко встановлює контакти, а у період депресії спілкування з іншими зводить до мінімуму. Подальше спостереження за пацієнткою підтвердило, що вибірковість взаємодії з оточуючими залежить від стану її хвороби: якщо під час манії вона виявляла активне бажання спілкуватися і співпрацювати з психологом, цікавилася діагностикою, заняттями з арт-терапії, то із настанням депресії майже повністю відсторонилася від розмов, підтримуючи лише формальні контакти з оточуючими. Таким чином, під час планування реабілітаційних заходів пацієнтів із біполярно-афективним розладом важливо враховувати період

протікання хвороби і використовувати спеціальні методи психокорекційного втручання.

На відміну від досліджуваних із шизофренією та біполярно-афективним розладом, особи з тривожно-депресивним розладом об'єктивніше оцінюють свої здібності. Пацієнтка С., яка оцінила комунікативні здібності на 3 бали, також назвала їхній розвиток в пріоритетних планах на майбутнє для того, щоб «налагоджувати взаємовідносини з людьми, щоб до моєї думки дослухалися». В ході бесіди з'ясувалося, що проблема налагодження міжособистісної комунікації турбує її через складні взаємовідносини у сім'ї та колективі, і вона не може самостійно знайти вирішення проблеми. Можна припустити, вони стали одним із тригерів, який запустив процес формування тривожно-депресивного розладу.

Пацієнтка М. оцінила власні комунікативні навички на 8 балів, оскільки працює в сфері освіти, що передбачає необхідність активної міжособистісної взаємодії. Під час виконання тесу вона мала труднощі із описом дій та операцій, пояснивши, що їй важко детально їх описати, бо «у спілкуванні з оточуючими почуваю себе природно і ніколи не задумувалася про цілеспрямований розвиток комунікативних здібностей». На запитання, яких умінь і знань вона хотіла б набути, жінка виокремила лише 2 конструкти – «вивчити іноземну мову» і «вдосконалити знання комп'ютерних програм», додавши при цьому, що більше їй «нічого не хочеться». Звуження кола інтересів при депресії призводить до зменшення кола контактів, що у складних випадках призводить до соціальної дезадаптації. В цьому випадку комунікативні здібності можна розглядати як адаптаційний ресурс для розширення адаптивних форм поведінки. В свою чергу, це дасть змогу зменшити фокус уваги на хворобливих переживаннях, сконцентруватися на формуванні мотивації успіху, підвищенні самооцінки, творчій самореалізації.

У пацієнтки з розумовою відсталістю комунікативні здібності не були актуалізовані у теперішньому часі, однак вона заявила, що у майбутньому

хотіла б покращити комунікативні навички, тобто реалізувати свої потенційні здібності.

Аналіз референтного компоненту ідентичності було здійснено на основі МВДЗ у двох категоріях: «Назвіть людей, думка яких є важливою для вас» та «Назвіть людей, про чию думку про себе ви хотіли б дізнатися чи змінити». Отримані конструкти були розподілені на 4 контактні групи за смисловою подібністю: «члени сім'ї», «друзі», «колеги / вчителі», «віртуальні особи».

Найбільше конструктів стосувалося групи «члени сім'ї» (52), які були виокремлені усіма досліджуваними, за винятком однієї. На другому місці референтна група «друзі» (31 конструкт), на третьому – «колеги» (5 конструктів). Контактна група «вчителів» представлена лише у одній особі, яка ще навчається, тому вона була об'єднана із групою «колеги».

У групі «віртуальні контакти» лише 1 особа виокремила 1 конструкт («журналісти міжнародного інформаційного агентства»). З анамнезу відомо, що пацієнтка З. (діагноз шизофренія) має здібності до творчих видів діяльності. Вона закінчила художню школу і займалася малюванням, однак через хворобу вирішила залишити заняття образотворчим мистецтвом і зайнятися фотозйомкою. Наразі вона займається фотографією на рівні хобі, однак планує перейти на професійний рівень, вивчає спеціалізовану літературу, спілкується з професійними фотографами. Для неї важливою є думка журналістів, які працюють у міжнародному інформаційному агентстві, оскільки вони є професіоналами, і вона у своєму творчому розвитку хоче орієнтуватися саме на них. Окрім того, на запитання «Назвіть людей, про чию думку про себе Ви хотіли б дізнатися чи змінити?» вона відповіла, що для неї важливою є думка психолога, оскільки він бачить її з різних сторін, і вона хотіла б отримати зворотній зв'язок.

У жодній досліджуваної не були виділені особи із негативної референтної групи.

Чотири референтні групи представлені на рис. 2



**Рис. 1. Результати аналізу референтних груп**

Отже, одним із завдань психосоціальної реабілітації є розширення кола спілкування, спрямування на побудову взаємовідносин не лише серед найближчого оточення, але й на інші сфери життя, де особа може знайти можливості для саморозвитку.

На основі результатів, отриманих за методикою Дембо-Рубінштейн було встановлено середній рівень самооцінки за шкалами «авторитет серед інших людей» та «впевненість у собі» (Таблиця 1):

**Таблиця 2**

**Результати середніх значень по шкалах «авторитет серед інших» та «впевненість у собі»**

Група (n=75)	Авторитет	Впевненість у собі	Коефіцієнт Спірмена	p-рівень
Розлади шизофренічного спектру (n=31)	57,2	65,4	,714	,000
Тривожно-депресивний синдром (n=18)	50,8	48	,774	,000
Розлади органічного спектру (n=15)	48,3	46,6	,343	,211
Розлади афективного спектру (n=11)	72,5	69	,646	,044

Показники свідчать про те, що у жінок із шизофренією, на відміну від решти досліджуваних, впевненість у собі менше залежить від суб'єктивної самооцінки власного авторитету серед інших людей. Можна припустити, що вони мають більшу спрямованість на внутрішні переживання, прагнуть до занурення у власний світ, менше залежать від думки оточення. З одного боку, це може бути сприятливим у деяких життєвих ситуаціях, наприклад, людина не так болісно сприймає критику зі сторони оточуючого, більше керується власними переконаннями, а не піддається впливу з боку оточуючого. Однак з іншого боку, уникнення спілкування частіше призводить до соціальної дезадаптації, оскільки життя людини в суспільстві неможливе без активного спілкування із оточенням, під час якого людина зіставляє результати своєї діяльності з іншими, прагне до визнання своїх досягнень, отримує натхнення і мотивацію у роботі, особистому житті та саморозвитку.

Комунікативні здібності і компетенції включають індивідуально-особистісні якості, які допомагають налагоджувати і підтримувати взаєностосунки з оточуючими. Кореляційний аналіз зіставлення шкал «авторитет» та «впевненість у собі» тесту самооцінки Дембо-Рубінштейн свідчить про наступне. Достовірно значущі кореляційні зв'язки підтвердилися у трьох групах досліджуваних, і можна припустити, що психокорекційна робота, спрямована на формування позитивного образу Я, підвищенню впевненості у своїх силах, сприятиме підвищенню авторитету серед інших людей. В результаті особи із психічними розладами краще почуватимуться серед інших людей і стануть більш соціально адаптованими. Одним із напрямків формування впевненості у собі є розвиток здібностей, коли в результаті активної діяльності людина прагне до саморозвитку.

**Методологічне і загальнонаукове значення дослідження** полягає в тому, що вперше обґрунтовано теоретичне положення про розвиток комунікативних здібностей як адаптаційного ресурсу осіб із психічними розладами.

### **Головні висновки.**

1. Порушення комунікації при психічних розладах призводять зменшення кола контактів, труднощів у налагодженні і підтриманні взаєностосунків, що призводить до соціальної дезадаптації. Розвиток комунікативних здібностей розглядається як адаптаційний ресурс, що дає змогу розширити набір адаптивних форм поведінки. Оскільки психічні розлади супроводжуються розпадом психічних функцій, то завдання полягає в тому, щоб віднайти особистісні адаптаційні ресурси, які стануть основою реабілітації.

2. Емпіричні дослідження свідчать, що найбільш актуалізованими у самосвідомості є сімейна та навчально-професійна ролі соціального Я, а групова і світоглядна представлені слабко, що свідчить про низьку мотивацію до активної участі у соціальному житті. Відмінності у рефлексії спостерігаються у жінок із різними видами психічних розладів: пацієнтки із шизофренією високо оцінюють свої комунікативні навички, однак не завжди критично можуть оцінити наявні і бажані можливості; у жінок із біполярно-афективним розладом прагнення до комунікації залежить від поточного періоду хвороби – манії чи депресії; особи із тривожно-депресивним розладом описують труднощі у взаємовідносинах із оточуючання. Референтні групи представлені переважно найближчим колом спілкування, що свідчить про звуження інтересів, слабку мотивацію до досягнення успіху. Встановлені прямі кореляційні зв'язки між індивідуально-особистісними якостями, а саме, впевненістю у собі та авторитетом серед інших людей.

3. Отримані дані можуть бути використані для формування реабілітаційних заходів, які мають на меті розвиток комунікативних здібностей, вміння налагоджувати взаємовідносини, справлятися із конфліктними ситуаціями. На перший план виходить потреба зміни ціннісного ставлення до здібностей, розвиток яких сприятиме розширенню адаптивних форм поведінки, розширенню кола спілкування, підвищенню незалежного функціонування в суспільстві та якості життя.

**Перспективи подальших досліджень.** Оскільки більшість тренінгових програм з розвитку комунікативних здібностей розраховані на здорових людей, то першочерговим завданням є створення нових методик, спеціально призначених для діагностики комунікативних навичок, навчання ефективній комунікації осіб із різними видами психічних розладів, в основі яких лежить індивідуально-центрований підхід до психосоціальної реабілітації.

#### **Список використаних джерел:**

1. Альбуханова-Славская К.А. Стратегия жизни / К.А. Альбуханова-Славская. – М.: Издательство «Мысль», 1991. – 157 с.
2. Батаршев А.В. Диагностика способности к общению / А.В. Батаршев. – СПб.: Питер, 2006. – 176 с.
3. Бодалев А.А. Личность и общение / А.А. Бодалев. – М.: Международная педагогическая академия, 1995. – 328 с.
4. Введение в практическую социальную психологию / Ред. Ю.М. Жуков, Л.А. Петровская, О.В. Соловьева. – М.: Смысл, 1999. – 377 с.
5. Гарднер Г. Структура разума: теория множественного интеллекта / Г.Гарднер. – М.: ООО «И.Д.Вильямс», 2007. – 512 с.
6. Жмуров В.А. Психопатология. В 2 Томах / В.А. Жмуров. – Иркутск: Издательство Иркутского Университета, 1994. – 304 с.
7. Жуков Ю.М. Диагностика и развитие компетентности в общении / Ю.М. Жуков, Л.А. Петровская, П.В. Растянников. – М.: Изд-во МГУ, 1990.
8. Ильин Е.П. Психология общения и межличностных отношений / Е.П. Ильин. – СПб.: Питер, 2013. – 576 с.
9. Леонтьев А.А. Психология общения / А.А. Леонтьев. – М.: Смысл, 1999. – 365 с.
10. Куница В.Н. Межличностное общение / В.Н.Куница, Н.В. Казаринова, В.М.Погольша. – СПб.: Питер, 2001. – 544 с.
11. Мерманн Э. Коммуникация и коммуникабельность / Э.Мерманн. – Х.: Изд-во Гуманитарный Центр, 2007. – 296 с.

12. МКБ-10: Международный классификатор болезней 10-го пересмотра [Электронный ресурс]. – 1999. – Режим доступа до ресурсу: <http://mkb-10.com>
13. Психологічні засади розвитку обдарованої особистості в освітньому середовищі: методичний посібник / О.Л.Музика, Д.К.Корольов, Р.О.Семенова та ін.; за ред. О.Л.Музики. – Київ-Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І.Франка, 2015. – 146 с.
14. Психология общения. Энциклопедический словарь / Ред. А.А. Бодалев. – М.: Когито-Центр, 2011. – 2280 с.
15. Реабилитация и абилитация человека. Социально-психологическая безопасность и психическое здоровье / Ред. Казаков В.Н. – К.: КВЦ, 2006. – 391 с.
16. Розум С.И. Психология социализации и социальной адаптации человека / С.И.Розум. – СПб.: Речь, 2006. – 366 с.
17. Румянцева Т.В. Психологическое консультирование: диагностика отношений в паре / Т.В. Румянцева. – СПб.: Речь, 2006. – 176 с.
18. Смульсон М.Л. Интеллект і ментальні моделі світу // Наукові записки Національного Університету «Острозька Академія». Серія: Психологія і педагогіка. – 2009. – Вип.12. – С. 38-49.
19. Тренинг развития коммуникативных навыков у больных, страдающих шизофренией: методические рекомендации / В.С. Ястребов. – М.: МАКС Пресс, 2012. – 44 с.

#### **References transliterated**

1. Al'buhanova-Slavskaja K.A. Strategija zhizni / K.A. Al'buhanova-Slavskaja. – М.: Izdatel'stvo «Mysl'», 1991. – 157 s.
2. Batarshhev A.V. Diagnostika sposobnosti k obshheniju / A.V. Batarshhev. – Spb.: Piter, 2006. – 176 s.
3. Bodalev A.A. Lichnost' i obshhenie / A.A. Bodalev. – М.: Mezhdunarodnaja pedagogicheskaja akademija, 1995. – 328 s.
4. Vvedenie v prakticheskiju social'nuju psihologiju / Red. Ju.M. Zhukov, L.A. Petrovskaja, O.V. Solov'eva. – М.: Smysl, 1999. – 377 s.

5. Gardner G. Struktura razuma: teorija mnozhestvennogo intellekta / G.Gardner. – M.: OOO «I.D.Vil'jams», 2007. – 512 s.
6. Zhmurov V.A. Psihopatologija. V 2 Tomah / V.A. Zhmurov. – Irkutsk: Izdatel'stvo Irkutskogo Universiteta, 1994. – 304 s.
7. Zhukov Ju.M. Diagnostika i razvitie kompetentnosti v obshhenii / Ju.M. Zhukov, L.A. Petrovskaja, P.V. Rastjannikov. – M.: Izd-vo MGU, 1990.
8. Il'in E.P. Psihologija obshhenija i mezhlichnostnyh otnoshenij / E.P. Il'in. – SPb.: Piter, 2013. – 576 s.
9. Leont'ev A.A. Psihologija obshhenija / A.A. Leont'ev. – M.: Smysl, 1999. – 365 s.
10. Kunicina V.N. Mezhlichnostnoe obshhenie / V.N.Kunicina, N.V. Kazarinova, V.M.Pogol'sha. – SPb.: Piter, 2001. – 544 s.
11. Mermann Je. Kommunikacija i kommunikabel'nost' / Je.Mermann. – H.: Izd-vo Gumanitarnyj Centr, 2007. – 296 s.
12. MKB-10: Mezhdunarodnyj klassifikator boleznej 10-go peresmotra [Elektronnij resurs]. – 1999. – Rezhim dostupu do resursu: <http://mkb-10.com>
13. Psyxolohichni zasady rozvytku obdarovanoyi osobystosti v osvitrnomu seredovyshhi: metodychnyj posibnyk / O.L.Muzyka, D.K.Korol"ov, R.O.Semenova ta in.; za red. O.L.Muzyky. – Kyyiv-Zhytomyr: Vyd-vo ZhDU im. I.Franka, 2015. – 146 s.
14. Psihologija obshhenija. Jenciklopedicheskij slovar' / Red. A.A. Bodalev. – M.: Kogito-Centr, 2011. – 2280 s.
15. Reabilitacija i abilitacija cheloveka. Social'no-psihologicheskaja bezopasnost' i psihicheskoe zdorov'e / Red. Kazakov V.N. – K.: KVIC, 2006. – 391 s.
16. Rozum S.I. Psihologija socializacii i social'noj adaptacii cheloveka / S.I.Rozum. – SPb.: Rech', 2006. – 366 s.
17. Rumjanceva T.V. Psihologicheskoe konsul'tirovanie: diagnostika otnoshenij v pare / T.V. Rumjanceva. – SPb.: Rech', 2006. – 176 s.

18. Smul"son M.L. Intel'ekt i mental"ni modeli svitu // Naukovi zapysky Nacional"noho Universytetu «Ostroz"ka Akademiya». Seriya: Psyholohiya i pedahohika. – 2009. – Vyp.12. – S. 38-49.

19. Trening razvitija komunikativnyh navykov u bol'nyh, stradajushhih shizofreniej: metodicheskie rekomendacii / V.S. Jastrebov. – M.: MAKS Press, 2012. – 44 s.

*Ця робота ліцензується відповідно до Creative Commons Attribution 4.0 International License.*

*Авторське право (c) 2018 Goncharuk Olena Volodymyrivna Гончарук Олена Володимирівна*

*Отримано: 05.03.2018*

*Відрецензовано: 16.04.2018*

*Опубліковано: 11.04.2018*

*DOI: <https://doi.org/10.31108/3.2019.2.8.9>*