

О.В. Гончарук

ОСОБЛИВОСТІ РЕФЛЕКСІЇ ЗДІБНОСТЕЙ У ЖІНОК ІЗ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Гончарук О.В. Особливості рефлексії здібностей у жінок із психічними розладами. В статті розкрито поняття рефлексії та рефлексивних здібностей як механізму саморегуляції діяльності індивіда, які можна свідомо і цілеспрямовано розвивати. Результати дослідження свідчать про те, що в цілому жінки із психічними розладами здатні рефлексувати свої здібності, уміння і навички. Разом з тим, спостерігається зниження здатності до альтернативного мислення та зміни установок, некритичність до свого стану, спотворення цінностей, мотивів та їх смислоутворювальної функції, труднощі із зіставленням реальних і бажаних вмінь та можливостей, формуванням життєвих цілей і планів на майбутнє. Вивчення особливостей рефлексії необхідне для виявлення адаптаційних ресурсів та компенсаторних механізмів, формування адаптивних форм поведінки, релевантних новій життєвій ситуації.

Ключові слова: рефлексія, рефлексивні здібності, адаптаційний ресурс, реадаптація, психічні розлади, психосоціальна реабілітація

Гончарук Е.В. Особенности рефлексии способностей у женщин с психическими расстройствами. В статье раскрыто понятие рефлексии и рефлексивных способностей как механизма саморегуляции деятельности индивида, которые можно осознанно и целенаправленно развивать. Результаты исследования свидетельствуют о том, что в целом женщины с психическими расстройствами способны рефлексировать свои способности, умения и навыки. Вместе в этом, наблюдаются снижение способности к альтернативному мышлению и изменению установок, некритичность к своему состоянию, искажение ценностей, мотивов и их смыслообразовательной функции, сложности с соотношением реальных и желаемых умений и возможностей, формированием жизненных целей и планов на будущее. Изучение особенностей рефлексии необходимо для определения адаптационных ресурсов и компенсаторных механизмов, формирования адаптивных форм поведения, соответствующих новой жизненной ситуации.

Ключевые слова: рефлексия, рефлексивные способности, адаптационный ресурс, реадаптация, психические расстройства, психосоциальная реабилитация

Постановка проблеми. Успішність процесу психосоціальної реабілітації осіб з психічними розладами залежить не лише від налагодженої системи реабілітаційних заходів, але й від внутрішніх особистісних чинників, які визначають, наскільки успішно людина зможе функціонувати в соціумі після появи психічного розладу. Індивід постає перед необхідністю прийняти себе у своєму новому стані, віднайти нові сенси життя і напрямки діяльності, а також адаптаційні ресурси та компенсаторні механізми для того, щоб забезпечити можливості для саморозвитку та самореалізації, попередити прогресування хвороби і передчасну інвалідизацію. Одним із психологічних чинників адаптаційних процесів є здібності – властивості особистості, що дозволяють їй успішно вирішувати різного роду задачі: теоретичні, практичні, соціальні. Зазвичай питання розвитку здібностей розглядається у зв'язку з підвищенням продуктивності в окремих,

досить вузьких сферах діяльності: навчальної, трудової, спортивної тощо. У випадку з людьми, що мають психічні розлади, йдеться про значно ширше поле застосування здібностей як адаптаційних ресурсів – про життєдіяльність. Із особистісного арсеналу здібностей людина має обрати ті, що допоможуть їй максимально адаптуватися у змінній життєвій ситуації. Частина з цих здібностей може бути використана негайно, а частина потребує актуалізації і розвитку.

Для діагностики здібностей використовують переважно психометричні тести, та їх недолік полягає у тому, що вони несуть в собі певні установки, які не завжди можуть бути прийнятними для роботи з особами з психічними розладами. У цих випадках варто застосовувати методики, спрямовані на розкриття суб'єктивної семантики здібностей, де провідну роль відіграє рефлексія – процес самопізнання особою своїх внутрішніх психічних властивостей і процесів. З середини 1980-х років психологію рефлексії виділяють в окремий науковий напрям, однак в сфері клінічної психології це питання є вивченим недостатньо. Вивчення особливостей рефлексії та рефлексивних здібностей в клінічній психології дасть змогу намітити шляхи розвитку здібностей як адаптаційного ресурсу, може стати основою для розроблення теоретичної моделі розвитку здібностей та програми ціннісної підтримки здібностей у осіб з психічними розладами в процесі психосоціальної реабілітації.

Аналіз останніх публікацій. Існує багато робіт, присвячених загальним питанням рефлексії, однак до цього часу мало емпіричних досліджень, що розкривають сутність рефлексії в осіб з психічними розладами.

У сучасній психології рефлексія розглядається як певний рівень розвитку свідомості (С.Л. Рубінштейн), здатність стати на позицію дослідника стосовно себе (В.А. Лефевр), дослідницький акт, спрямований людиною на саму себе як суб'єкт життєдіяльності, основним компонентом якого є рефлексивний аналіз (Н.І. Гуткіна), функція свідомості, яка полягає в здатності відображати внутрішній світ самої людини (Б.Д. Карвасарський). С.Ю. Степанов зазначав, що головним механізмом рефлексії є її особистісно-смилова зумовленість, а саме переосмислення і перебудова суб'єктом змістів своєї свідомості і дій, поведінки як цілісного ставлення до навколишнього середовища. Рефлексія виконує дві функції: ретроспективну (критичний аналіз, логічне обґрунтування) та конструктивну (творчу), яка полягає в конструктивній розробці цінностей, цілей і засобів діяльності [15].

Особливості порушення рефлексії та пов'язаних із цим психічних порушень досліджував Карл Ясперс. Аналізуючи характерологічні типи людей, він писав, що «рефлексивними ми називаємо типи, які своїм походженням зобов'язані самосвідомості «Я», увазі, зверненій особистістю на свою природу у поєднанні з цілеспрямованим бажанням конструювати своє буття за певним зразком» [19]. До таких типів відносяться істеричний, іпохондричний та невпевнений у собі. Він описував ситуації, коли елемент навмисності може призвести до нещирості, тому помилково можна сприймати хворобливі переживання деяких осіб, наприклад, при істерії, як істинні [19].

В клінічній психології в ході емпіричних досліджень було виявлено, що в осіб з психічними розладами спостерігається порушення здатності до усвідомлення своїх смислових утворень, порушення конструктивної функції рефлексії (здатності до зміни невірних першопочаткових основ мислення), тобто зниження здатності до альтернативного мислення і зміни власних установок у разі необхідності [16].

В ході проведеного А.В. Карповим емпіричного дослідження було встановлено, що у хворих на шизофренію спостерігається два типи рефлексивності: в одній групі хворих – низький рівень, в другій – завищений із включенням продуктивної симптоматики, наприклад, маячних ідей. Одночасно із підвищеним рівнем рефлексії спостерігається спотворення і неможливість зміни певної рефлексивної позиції. Загалом в осіб з різними психічними розладами рівень рефлексивності пов'язаний не із тривалістю захворювання, а з особливостями нозогнозії та критичного ставлення до своєї хвороби. Саме критичне відслідковування проявів хвороби та міжособистісних відносин дає змогу виробляти ефективні компенсаторні стратегії поведінки, що є можливим завдяки рефлексивним механізмам регуляції діяльності [4].

Б.В. Зейгарнік пов'язувала здатність до рефлексії з опосередкованістю, яка є продуктом саморегуляції, стійкою властивістю особистості, тісно пов'язаною із самосвідомістю, самооцінкою, мисленням, можливістю рефлексії. Порушення рефлексії при психічних розладах призводить до зміни самосвідомості, мотивів та їх смислоутворювальної функції, а також порушень емоційної реактивності [1].

Поняття рефлексії невід'ємне від понять «рефлексивність» та «рефлексивні здібності». А.В. Карпов визначав рефлексію як процес, рефлексування як стан, а рефлексивність як властивість особистості, що має певний діапазон відмінностей в індивідуальній мірі вираженості [5]. Г.П. Щедровицький описував рефлексивний аналіз як вроджену здібність індивіда бачити і розуміти предмети навколишнього світу і одночасно мислити і усвідомлювати самого себе. Сучасна людина навчилася виконувати ці дві функції одночасно [18]. В.А. Лефевр дав визначення таких понять, як «рефлексивна система», «рефлексивне управління», запропонував модель штучного формування рефлексивних структур і рефлексивного аналізу [6]. Таким чином, рефлексивні здібності, як і будь-які інші здібності, можна цілеспрямовано розвивати.

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 спектру. На її думку, завдання психокорекційної допомоги полягає у розвитку рефлексивних здібностей, що є можливим в процесі спільної діяльності з психотерапевтом: «Основна мета когнітивної психотерапії – розвиток альтернативного мислення і перебудова дисфункціональних переконань, може бути переформульована, як розвиток рефлексивної здатності» [16].

М.І. Найдъонов писав про те, що відійшов від розуміння рефлексії як процесу кооперування та комунікації індивідів, і аналізує її як «змішаність смислового і змістового, ресурсного в індивіді і ресурсного в групі» [10; с. 105].

С.Д. Максименко описував психологічні особливості підлітків, які рефлексують ставлення до себе батьків, вчителів, дорослих і відчують комплекс неповноцінності (за А. Адлером), прагнуть його подолати і стати соціально повноцінною особистістю [7].

Подібні почуття неповноцінності і прагнення до рівного соціального статусу досить поширені й серед осіб з психічними розладами. Упереджене ставлення суспільства до психічно хворих людей призводить до того, що хворі відчують сором через свою хворобу, намагаються уникати соціальних контактів, згортають активну діяльність, відчують себе неповноцінними членами суспільства.

Г. Олпорт писав про те, що структура особистості може змінюватися під впливом різних факторів, наприклад, хвороби, втрати, зміни релігії. Можливо те, що знаходилося в його свідомості в латентному стані, те, що він колись механічно вивчив і не надав великого значення, в якийсь травматичний момент життя може набути рухомої сили і нових смислів [9]. Продовжуючи цю думку, можна стверджувати, що після появи хвороби особа часто змушена змінювати звичний спосіб життя і шукати нових шлях адаптації та саморозвитку, реалізувати себе у нових видах діяльності.

В таких випадках постає проблема пошуку адаптаційних ресурсів, які б забезпечили індивіду можливість самоактуалізації, оскільки хворий, незважаючи на негативні специфічні зміни характеру, продовжує залишатися особистістю. Такими адаптаційними ресурсами можуть бути здібності, за визначенням О.Л. Музики, – внутрішній, особистісно-ціннісний, динамічний ресурс саморозвитку, який полягає у здатності суб'єкта вирішувати ситуаційні та життєві завдання за допомогою ефективних діяльностей і в усвідомленій спроможності набувати цих здатностей [2].

В.Д. Шадриков писав про те, що свідомий розвиток здібностей неможливий без рефлексії, оскільки він потребує аналізу власних розумових дій та розуміння, до яких результатів вони призводять. Рефлексія є базовим компонентом структури суб'єктності, а процес оволодіння здібностями та інтелектуальними операціями базується на механізмах рефлексивного аналізу певної діяльності та її окремих компонентів. Він висловив гіпотезу про залежність рівня розвитку здібностей від процесів рефлексії та рефлексивності як особистісних якостей [17].

У руслі суб'єктно-ціннісного підходу, запропонованого О.Л. Музикою, розвиток здібностей передбачає зосередження уваги на внутрішніх ресурсах діяльності, оскільки усвідомлення суб'єктом власних вмінь, дій та операцій дає змогу виявити адаптаційні ресурси особистості [2]. Досліджуючи рефлексивний механізм саморозвитку особистості в проблемно-конфліктних ситуаціях, І.Н. Семенов та С.Ю. Степанов писали про те, що розуміння рефлексії як переосмислення людиною відносин із предметно-соціальним світом виражається у побудові нових образів себе та виробленні більш адекватних знань про оточення з їх дальшим втіленням у вигляді конкретних дій [14].

Таким чином, аналіз показує, що у клінічній психології наразі відсутнє загальноприйняте визначення рефлексії і рефлексивних здібностей та недостатня кількість емпіричних досліджень цих психологічних феноменів. У нашому дослідженні ми припускаємо, що розвиток рефлексивних здібностей та ціннісна підтримка особи, що опинилася у складній життєвій ситуації, такий як виникнення та прогресування психічного розладу, веде до актуалізації і переосмислення наявного життєвого досвіду, вироблення нового образу Я, формування адаптивних способів поведінки. Можливі напрями дослідження рефлексивних здібностей схематично представлено на рисунку 1.

Формулювання мети і завдань статті. Мета дослідження – проаналізувати особливості рефлексії власних здібностей жінками, що мають психічні розлади. Для реалізації цієї мети планується виконати такі завдання: 1) провести теоретичний аналіз наукових джерел з проблеми рефлексії та рефлексивних здібностей; 2) дослідити особливості суб'єктивної картини здібностей у жінок із психічними розладами; 3) розробити модель рефлексії здібностей в структурі самосвідомості; 4) намітити шляхи і визначити методи подальших досліджень.

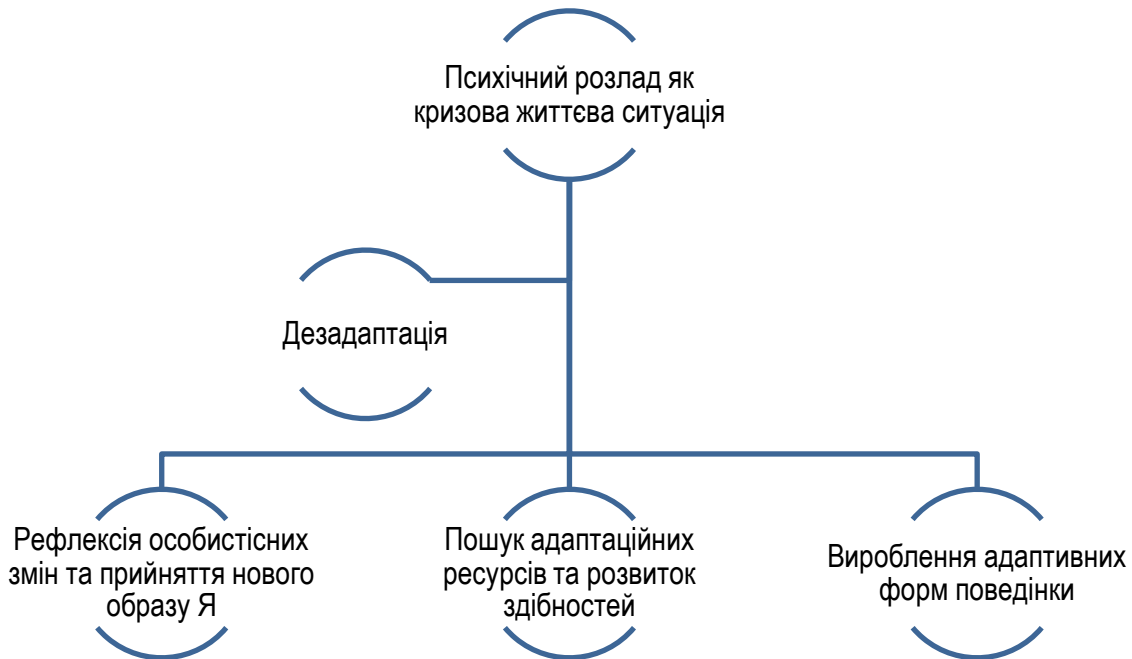


Рис. 1. Розвиток рефлексивних здібностей у кризовій життєвій ситуації

Виклад методик і результатів дослідження. Для виявлення рефлексії здібностей у жінок з психічними розладами було використано «Тест 20 висловлювань «Хто я?»» М. Куна-Т. Макпартленда (1954) та Методику вивчення динаміки здібностей О.Л. Музики (2004) [12;13]. Вивчення особливостей рефлексії здібностей у жінок з психічними розладами проводилося на базі ТМО «Психіатрія» (м. Київ). У дослідженні за методикою «Тест 20 тверджень» М. Куна-Т. Макпартленда взяли участь 48 жінок, а за методикою вивчення динаміки здібностей (О.Л. Музика) – 20 жінок віком від 18 до 60 років, які мають встановлені діагнози відповідно до МКХ-10. Було створено чотири групи залежно від встановленого діагнозу: 1) F20-F29 шизофренія, шизотипові стани і маячні розлади; 2) F30 – F39 афективні розлади; 3) F43 реакція на важкий стрес і розлади адаптації, 4) F06 – інші психічні розлади, спричинені пошкодженням, дисфункцією головного мозку або соматичним захворюванням [8]. Важливою умовою формування вибірки були збережені у пацієнтів навички самообслуговування та комунікації.

Аналіз результатів дослідження за методикою МВДЗ проводився для кожної групи окремо, що дало можливість порівняти особливості психологічних характеристик пацієнтів з різними типами розладів. Ми виходили з припущення, що за умов вільного опису, без формалізованих і установочних запитань особа описує найбільш значимі явища свого життя, які представляють для неї цінність, і є найбільш усвідомлюваними, актуалізованими і важливими у її теперішньому стані.

Тест М. Куна-Т. Макпартленда дає змогу проаналізувати образ Я як ключове ядро особистості, зрозуміти адаптивні способи поведінки, виявити рівень загальної рефлексії. За допомогою тесту можна інтерпретувати такі компоненти образу Я: «соціальний», «комунікативний», «матеріальний», «фізичний», «діяльнісний», «перспективний», «рефлексивний» [13]. В нашому дослідженні було проаналізовано останні три складники, які дають змогу описати суб'єктивну картину здібностей.

Про рівень загальної рефлексії свідчать кількість відповідей за усіма сімома категоріями: люди з високим рівнем рефлексії дають 15 і більше відповідей, з низьким –

5 і менше. Отримані дані свідчать, що переважна більшість пацієнток мають середній або високий рівень рефлексії. Показники рівня рефлексії представлені у таблиці 1:

Таблиця 1

Показники рівня рефлексії у жінок з психічними розладами (n=48)

Низький	Середній	Високий
6,25 %	62,5 %	31,25 %

Оцінка **діяльнісного Я** відбувається у двох аспектах: 1) заняття, діяльність, інтереси, захоплення, досвід; 2) самооцінка здібностей до діяльності, навичок, умінь, знань, компетенції, досягнень [13]. Показники діяльнісного Я виокремили 14 жінок (29,1%). Описана діяльність стосувалася різних сфер: професійної («маю організаторські здібності», «підприємлива», «люблю працювати і заробляти гроші», «професіонал своєї справи», «маю організаторські здібності»), домашнього господарства («люблю готувати», «добре прибираю», «вмію в'язати»), занять творчістю та хобі («люблю читати, музику, живопис, танцювати, грати на піаніно», «займаюсь рукоділлям»), пізнавальної діяльності («люблю подорожувати»). Три особи (6,25%) охарактеризували себе як «талановита», «творча особистість», «креативна». Лише одна жінка повідомила про значні досягнення у спортивній сфері (має звання майстра спорту). Одна особа визначила себе як «невдаха». Отже, отримані дані свідчать про недостатню рефлексію діяльнісного складника самосвідомості; здібності та професійні навички в багатьох випадках представлені на рівні хобі.

Перспективне Я включає в себе показники в різних сферах: професійній, сімейній, груповій, комунікативній, матеріальній, фізичній, діяльнісній, персональній, оцінці прагнень [13]. Серед пацієнток відмічається слабка рефлексія перспективного Я. Лише 6 пацієнток (12,5%) повідомили про майбутні бажання, наміри, мрії. 4 жінки (8,3%) відзначили характеристики в сімейній підкатегорії («хочу вийти заміж», «хочу дітей»), 2 (4,1%) – в груповій («хочу усіх нагодувати», «хочу допомагати людям»), 2 (4,1%) – у фізичній («навчитися виділяти час для себе: займатися спортом, вживати корисну їжу», «хочу вийти з депресії»), 1 (2%) – в професійній сфері («хочу бути вихователькою»), 1 (2%) – в діяльнісній («хочу створити власний бізнес»), 1 (2%) – в оцінці прагнень («хочу жити щасливо і радіти життю»). Серед них в деяких випадках спостерігається нереалістичне ставлення до власних можливостей, наприклад, жінка, що «хоче стати вихователькою», не має відповідної педагогічної освіти і останні кілька років не має постійного місця роботи через групу інвалідності з діагнозом «параноїдна шизофренія». Показники комунікативної, матеріальної, персональної сфери у жодної особи представлені не були.

Найбільш повно були представлені показники **рефлексивного Я**, яке включає особистісні якості та характеристики, опис індивідуального стилю поведінки [13]. 93,75% жінок надали описи своїх рис характеру, серед яких переважали позитивні характеристики, однак лише 37,5% із них згадували ті риси персональної ідентичності, які допомагають або можуть допомогти в досягненні успіху в різних сферах діяльності, а саме: пунктуальність, організованість, талант, конструктивність, харизматичність, креативність, розум, працелюбство, стресостійкість, відповідальність, цілеспрямованість, освіченість, рішучість, творчість, комунікабельність, впевненість, енергійність, гіперактивність.

Узагальнені дані по усіх трьох сферах представлені на рис. 2.

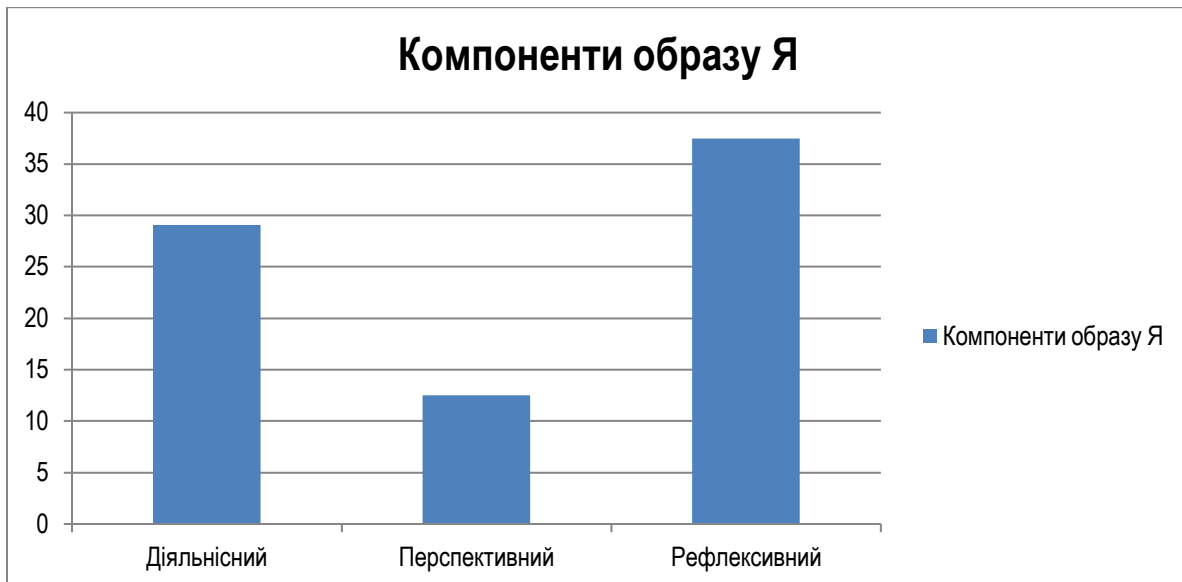


Рис. 2. Компоненти образу Я

Отже, отримані результати свідчать, що рефлексія власних здібностей, навичок, умінь є недостатньо вираженою, що може свідчити про слабку мотивацію взагалі і мотивацію успіху зокрема, невизначеність життєвих цілей і пріоритетів, відсутність чітких планів на майбутнє, професійну та творчу нереалізованість. В таких випадках перед психологами постає завдання розроблення програм ціннісної підтримки розвитку здібностей, які в подальшому можуть стати ресурсом психосоціальної реабілітації.

Отримані дані були доповнені за допомогою методики вивчення динаміки здібностей О.Л. Музики (МВДЗ) [12]. У тестуванні взяли участь 15 осіб. Оскільки методика передбачає більш глибокий аналіз своїх знань, навичок та умінь, аніж у тесті М. Куна-Т. Макпартленда, тобто глибшу рефлексію власного образу Я, то у деяких пацієнток спостерігалися труднощі із виконанням цього завдання. Вони стосувалися переважно рефлексії дій та операцій. У цілому лише небагатьом досліджуваним властива розвинена здатність до аналізу дій та операцій, а деяким пацієнткам досить важко описати детальний процес виконуваної діяльності. Під час аналізу когнітивно-операційного блоку було сформовано три порівняльні групи, залежно від встановленого діагнозу.

Особливості рефлексії здібностей у жінок, хворих на шизофренію. У блоці аналізу умінь, якими володіють досліджувані, для жінок з діагнозом шизофренія було характерним те, що відповіді залежали від ступеню сформованості особистісного дефекту: чим більшими були негативні зміни особистості в результаті прогресування хвороби, тим меншу кількість видів діяльності досліджувані могли описати. Ті жінки, які продовжують трудову діяльність, актуалізували значно більше видів діяльності, ніж ті, хто не працює.

Б.Д. Карвасарський зазначав, що високий рівень рефлексії часто спостерігається у хворих на шизофренію, як один із проявів патохарактерологічного розладу [3]. Деякі жінки описували багато видів діяльності, мало пов'язаних між собою. Наприклад, пацієнтка Т. досить детально описала різні види діяльності, якими вона може (16 конструктів) і хоче займатися (11 конструктів), однак наприкінці бесіди заявила, що професійна і творча самореалізація не є для неї важливими, оскільки головна мета її життя – створити сім'ю.

У тих жінок із діагнозом шизофренія, у яких сформувався особистісний дефект, спостерігається різке звуження кола інтересів, що досить яскраво проявляється у відповідях. Наприклад, пацієнтка С. про знання, уміння і навички повідомила лише те, що вона вміє прибирати, і а на уточнююче запитання розповіла, що може робити лише легку хатню роботу, однак останнім часом господарством практично не займалася і потребувала догляду з боку родичів. Серед кола інтересів вона виділила лише прослуховування музики. На запитання, як вона проводить свій день, дати чіткої відповіді не змогла, сказавши, що зазвичай дивиться телевізор і слухає музику.

Приклад пацієнтки Р. З анамнезу відомо, що протягом останніх років у неї відбувається прогресування хвороби у вигляді апатико-абулічного синдрому. Вона виділила лише 2 конструкти – організаторські та комунікативні здібності, однак під час бесіди виявилось, що більшу частину свого часу вона проводить вдома, спілкуючись лише з близькими родичами. На запитання про друзів, вона відповіла, що зараз у неї «є друзі, але я з ними давно не спілкувалася, я не хочу їм дзвонити кожен день чи кожен місяць; раніше в мене все було по-іншому, я спілкувалася з подругами, ми часто ходили гуляти [наскільки часто?] приблизно один раз на три місяці». Вона досить детально описала організаційні здібності, навички і вміння, які отримала під час навчання, і співвідносила їх з теперішнім часом, однак з анамнезу відомо, що після навчання вона ніде не працювала. На запитання психолога, в яких сферах вона їх використовувала, пацієнтка відповіла, що лише під час навчальної практики, яка мала місце десять років тому, а потім не мала нагоди застосовувати їх у професійній діяльності. В цьому випадку можна спостерігати паралогічність, некритичне ставлення до свого стану, невміння оцінити рівень наявних і бажаних можливостей, спотворення мотивів та смислів, фіксацію на хворобливих переживаннях.

Особливості рефлексії здібностей у жінок із тривожно-депресивним розладом. Особи із тривожно-депресивним розладом здатні до більш критичної самооцінки знань, умінь та навичок. Характерною особливістю було те, що деяким особам важко розмірковувати про себе, аналізувати й оцінювати власний внутрішній світ, що може розглядатися як прояв алекситимії або наявності сильних психотравмуючих переживань. Пацієнтка С. (депресія середньої важкості, наркотична залежність) спочатку активно включилася в роботу, однак потім стала ухилятися від виконання завдання, мотивуючи це тим, що про себе говорити їй важко («нехай інші мене оцінюють»), і врешті-решт попросила припинити тестування. Виконуючи тест М. Куна-Т. Макпартленда вона дала такий самоопис: «У мене трохи поламана психіка, в цілому я позитивна людина, але коли у мене виникають проблеми, я стаю дуже нервовою». Така реакція може свідчити про наявність сильних травматичних переживань, труднощів із подоланням проблемних ситуацій, коли людина несвідомо обирає різні форми психологічного захисту, наприклад, уникнення.

У деяких випадках відмічається слабкий рівень рефлексії. Пацієнтка Л. (суїцидальна спроба) виокремила лише 4 конструкти, які стосувалися хобі та взаємин з людьми («вмію співати, писати вірші, готувати їжу, маю комунікативні здібності»). Вона не змогла описати окремі дії та операції, а також повідомила, що не мала досягнень у вказаних видах діяльності, займалася ними лише на рівні хобі. З анамнезу відомо, що пацієнтка залишила навчання в університеті, і чітких планів на майбутнє наразі не має. На запитання «Яких умінь ви хотіли б набути?» вона відповіла, що хоче навчитися стріляти, для того, щоб навчитися себе контролювати, оскільки заняття дають змогу

розвинути координацію рухів. Окрім того, в планах на майбутнє вона зазначила створення сім'ї та бажання подорожувати. Про бажання вдосконалювати свої професійні навички та самореалізовуватися у творчих видах діяльності досліджувана не повідомила.

Відсутність чітких планів на майбутнє та прагнення до творчої та професійної самореалізації спостерігається й у вищезгадуваної пацієнтки С. Серед бажаних умінь конкретні види діяльності були представлені слабо, тому компенсуючи неможливість сформулювати бажані види діяльності, вона почала описувати лише бажані риси характеру, наприклад, «хочу навчитися чітко формулювати свої думки для того, щоб навчитися писати вірші і прозу», «хочу розвивати далекоглядність, щоб уміти передбачати свої дії на кілька кроків наперед», «хочу бути серйозною, щоб налагодити відносини в оточуючими».

Одна досліджувана повідомила, що у минулому мала досягнення у спорті, але в цілому прагнення до успіху досить слабо виражене у всіх досліджуваних, а можливості для самореалізації вони вбачали переважно у сімейно-побутовій сфері, дозвіллі, здоров'ї. Найчастіше вони використовували такі конструкти для пояснення мотивації бажаних видів діяльності: «для себе», «для естетичного задоволення», «допомагати людям», «дідзватися про щось нове», «для саморозвитку», «розуміти, що зі мною відбувається», «для гарної фізичної форми». Лише одна пацієнтка повідомила про те, що планує удосконалити навички бухгалтерського обліку для того, щоб використовувати нові знання в роботі.

Отже, жінки з тривожно-депресивним розладом мають низьку мотивацію до самореалізації у професійній та творчій діяльності, невизначені життєві цілі і перспективи.

Особливості рефлексії здібностей у осіб з біполярно-афективним розладом. Досліджувані цієї групи здатні більш критично описати свою діяльність, ніж пацієнтки із шизофренією, однак відповіді залежать від фази захворювання. У період манії спостерігається завищена самооцінка та рівень очікувань. Наприклад, пацієнтка З. досить високо оцінила колишні знання та навички (10 балів), детально описала виконувані дії та операції, однак з анамнезу відомо, що останні кілька років вона не працює через інвалідність з психічного захворювання. Разом з тим, серед бажаних навичок вона повідомила про те, що хоче вдосконалити знання італійської, англійською та німецької мов для того, щоб відкрити школу з вивчення іноземних мов. Під час наступної бесіди через певний проміжок часу вона сказала, що у неї настав період депресії, тому вона не має сил нічим займатися.

У відповідях пацієнтки П. (період депресії) спостерігаються прояви самостигматизації. Вона оцінила комунікативні навички на 9 балів, вміння знаходити спільну мову з іншими людьми на 8 балів, пояснивши, що тривалий час працювала у професійній сфері, що вимагала розвинених комунікативних навичок. Однак після появи хвороби значно скоротила коло контактів, тому сказала, що зараз комунікативних здібностей у неї немає. З бесіди відомо, що після появи психічного розладу жінка змушена була влаштуватися на низькокваліфіковану роботу, яка не потребувала розвинених комунікативних навичок і не передбачала можливості їхнього розвитку. В ході бесіди було встановлено, що ця ситуація спричиняла досить сильний душевний дискомфорт, тому одним із завдань індивідуальної програми реабілітації був пошук тих

видів діяльності, де особа змогла б реалізувати і розвивати свої комунікативні навички, причому не лише у професійній, але й в інших видах діяльності.

Отже, у жінок з біполярно-афективним розладом відповіді залежать від фази розладу: під час манії вони висловлюють прагнення до діяльності, але не завжди можуть оцінити свої можливості у планах на майбутнє, а під час депресії відмовляються від будь-якої активної діяльності.

Окрім отриманих діагностичних даних, за допомогою МВДЗ було виявлено деякі проблемні питання та труднощі, які можуть виникати під час діагностики та психокорекційної роботи. Наприклад, описані А.Б. Холмогоровою порушення конструктивної функції рефлексії можуть виглядати як прояв негативізму і відмова від діалогу з психологом. Так, пацієнтка З. (параноїдна шизофренія) повідомляла про те, що кілька років займалася малюванням на полотні. Однак зараз вона припинила писати картини, мотивуючи свою відмову тим, що через стан здоров'я не в змозі приділяти багато часу заняттям: «щоб досягти результату, потрібно малювати по 10-12 годин, а в мене зараз немає сил». На запитання психолога, чи можна зменшити час щоденної роботи або робити перерви на відпочинок, пацієнтка відповіла, що це неможливо, тому краще взагалі перестати займатися цим видом діяльності. В цьому випадку можна спостерігати прояви крайнощів в поведінці, максималістське ставлення до роботи, відсутність гнучкості у виборі методів і способів організації власної діяльності. Таким чином, МВДЗ може використовуватися не лише для виявлення здібностей, знань, умінь і навичок, але й діагностики психопатологічних симптомів і змін особистості.

Висновки і перспективи подальших досліджень.

1. На основі аналізу наукових джерел було з'ясовано, що рефлексія є одним із психологічних чинників, які впливають на розвиток здібностей через усвідомлення суб'єктом своїх навичок, умінь і знань, а також зосередження уваги на власних психічних процесах. Рефлексивні здібності, які і будь-які інші здібності, можна цілеспрямовано розвивати.

2. Результати дослідження, отримані з допомогою тесту М. Куна-Т. Макпартленда та методики вивчення динаміки здібностей свідчать, що в цілому особи із психічними розладами у стані ремісії спроможні рефлексувати свої здібності, однак рівень рефлексії залежить від типу психічного розладу. У пацієнток з шизофренією спостерігаються такі явища, як некритичність до свого стану, неможливість зіставити й оцінити наявні та бажані можливості, схильність до надмірної деталізації. Рефлексія пацієнток з біполярно-афективним розладом залежить від періоду протікання хвороби (манії чи депресії), у відповідях можна простежити прояви самостигматизації. У пацієнток з тривожно-депресивним розладом відмічається зниження мотивації до успіху та професійної самореалізації, невизначеність життєвих цілей і перспектив.

3. Результати дослідження можуть стати основою для розроблення теоретичної моделі розвитку здібностей як адаптаційного ресурсу, формування нових цінностей, які найбільшою мірою відповідатимуть особливостям особистості пацієнтів та їхній життєвій ситуації.

Тема розвитку рефлексивних здібностей заслуговує на *подальші дослідження* у сфері клінічної психології, оскільки усвідомлення людиною своїх знань, умінь і навичок, а також змін особистості, що відбулися внаслідок прогресування хвороб, є першим кроком до формування подальшої життєвої стратегії, ефективної реадaptaції та повноцінного функціонування в суспільстві.

Список використаних джерел:

1. Зейгарник Б.В. Патопсихология / Б.В. Зейгарник. – М.: Издательство Юрайт, 2014. – 367 с.
2. Здібності, творчість, обдарованість: теорія, методика, результати досліджень / За ред. В.О. Моляко, О.Л. Музика. – Житомир: Вид-во Рута, 2006. – 320 с.
3. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология / Б.Д. Карвасарский. – Спб.: Питер, 2004. – 553 с.
4. Карпов А.В. Рефлексивность как психическое свойство и методика ее диагностики // Психологический журнал, 2003. – Т. 24. – №5. – С. 45-57.
5. Карпов А.В. Психология метакогнитивных процессов личности / А.В. Карпов, И.М. Скитяева. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2005. – 352 с.
6. Лефевр В.А. Рефлексия / В.А. Лефевр. – М.: Когито-центр, 2003. – 496 с.
7. Максименко С.Д. Медична психологія / С.Д. Максименко, І.А. Коваль, К.С. Максименко, М.В. Папуча. – Вінниця: Нова книга, 2008. – 520 с.
8. МКБ-10: Международный классификатор болезней 10-го пересмотра [Электронный ресурс]. – 1999. – Режим доступа: <http://mkb-10.com>
9. Олпорт Г. Становление личности / Г.Олпорт. – М.: Смысл, 2002. – 464 с.
10. Найдьонов М.І. Формування рефлексивного управління в організаціях [Текст]: дис. ... докт. псих. наук: / Найдьонов Михайло Іванович; НАПН України, Ін-т психології імені Г.С. Костюка. – К., 2010. – 434 с.
11. Николаева В.В. О психологической природе алекситимии [Электронный ресурс] / В.В. Николаева // Интернет-журнал «Ломоносов», 4.11.2000. – Режим доступа: <http://nature.web.ru/db/msg.html?mid=1155658>
12. Психологічні засади розвитку обдарованої особистості в освітньому середовищі: методичний посібник / О.Л. Музика, Д.К. Корольов, Р.О. Семенова. – Київ-Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І.Франка, 2015. – 146 с.
13. Румянцева Т.В. Психологическое консультирование: диагностика отношений в паре / Т.В. Румянцева. – СПб.: Речь, 2006. – 176 с.
14. Семенов И.Н. Рефлексия в организации творческого мышления и саморазвития личности [Электронный ресурс] / И.Н. Семенов, С.Ю. Степанов. – Режим доступа: <http://voppsy.ru/issues/1983/832/832035.htm>
15. Степанов С.Ю. Психология рефлексии: проблемы и исследования [Электронный ресурс] / С.Ю. Степанов, И.Н. Семенов. – Режим доступа: <http://voppsy.ru/issues/1985/853/853031.htm>
16. Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра / А.Б. Холмогорова. – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2011. – 480 с.
17. Шадриков В.Д. Роль рефлексии и рефлексивности в развитии способностей учащихся // Психология. Журнал высшей школы экономики. – 2012. – Т.9. – №4. – С. 133-144.
18. Щедровицкий Г.П. Мышление. Понимание. Рефлексия / Г.П. Щедровицкий. – М.: Наследие ММК, 2005.
19. Ясперс К. Общая психопатология / К. Ясперс. – М.: Практика, 1997. – 1056 с.

Spysok vykorystanyh dzherel

1. Zejgarnik B.V. Patopsihologija / B.V. Zejgarnik. – М.: Izdatel'stvo Jurajt, 2014. – 367 s.
2. Zdibnosti, tvorchist', obdarovanist': teorija, metodyka, rezul'taty doslidzhen' / Red. V.O. Moljako, O.L. Muzyka. – Zhytomyr: Vyd-vo Ruta, 2006. – 320 s.
3. Karvasarskij B.D. Klinicheskaja psihologija / B.D. Karvasarskij. – Spb.: Piter, 2004. – 553 s.
4. Karpov A.V. Refleksivnost' kak psicheskoe svojstvo i metodika ee diagnostiki // Psihologicheskij zhurnal, 2003. – Т. 24. – №5. – S. 45-57.
5. Karpov A.V. Psihologija metakognitivnyh processov lichnosti / A.V. Karpov, I.M. Skitjaeva. – М.: Izd-vo «Institut psihologii RAN», 2005. – 352 s.

6. Lefevr V.A. Refleksija / V.A. Lefevr. – M.: Kogito-centr, 2003. – 496 s.
7. Maksymenko S.D. Medychna psychologija / S.D. Maksymenko, I.A. Koval', K.S. Maksymenko, M.V. Papucha. – Vinnycja: Nova knyga, 2008. – 520 s.
8. MKB-10: Mezhdunarodnyj klassifikator boleznej 10-go peresmotra [Elektronnij resurs]. – 1999. – Rezhim dostupu: <http://mkb-10.com>
9. Olport G. Stanovlenie lichnosti / G. Olport. – M.: Smysl, 2002. – 464 s.
10. Najd'onov M.I. Formuvannja refleksyvnogo upravlinnja v organizacijah [Tekst]: dys. ... dokt. psych. nauk: / Najd'onov Myhajlo Ivanovyh; NAPN Ukrai'ny, In-t psychologii' imeni G.S. Kostjuka. – K., 2010. – 434 s.
11. Nikolaeva V.V. O psihologicheskoy prirode aleksitimii [Elektronnij resurs] / V.V. Nikolaeva // Internet-zhurnal «Lomonosov», 4.11.2000. Rezhim dostupu: <http://nature.web.ru/db/msg.html?mid=1155658>
12. Psychologichni zasady rozvytku obdarovanoi' osobystosti v osvitr'omu seredovyshhi: metodychnyj posibnyk / O.L. Muzyka, D.K. Korol'ov, R.O. Semenova. – Kyi'v-Zhytomyr: Vyd-vo ZhDU im. I.Franka, 2015. – 146 s.
13. Rumjanceva T.V. Psihologicheskoe konsul'tirovanie: diagnostika otnoshenij v pare / T.V. Rumjanceva. – SPb.: Rech', 2006. – 176 s.
14. Semenov I.N. Refleksija v organizacii tvorcheskogo myshlenija i samorazvitija lichnosti [Elektronnij resurs] / I.N.Semenov, S.Ju. Stepanov. – Rezhim dostupu: <http://voppsy.ru/issues/1983/832/832035.htm>
15. Stepanov S.Ju. Psihologija refleksii: problemy i issledovanija [Elektronnij resurs] / S.Ju. Stepanov, I.N. Semenov. – Rezhim dostupu: <http://voppsy.ru/issues/1985/853/853031.htm>
16. Holmogorova A.B. Integrativnaja psihoterapija rasstrojstv affektivnogo spektra / A.B. Holmogorova. – M.: ID «MEDPRAKTIKA-M», 2011. – 480 s.
17. Shadrikov V.D. Rol' refleksii i refleksivnosti v razvitii sposobnostej uchashhihsja // Psihologija. Zhurnal vysshej shkoly jekonomiki. – 2012. – T.9. – №4. – S. 133-144.
18. Shhedrovickij G.P. Myshlenie. Ponimanie. Refleksija / G.P. Shhedrovickij. – M.: Nasledie MMK, 2005.
19. Jaspers K. Obshhaja psihopatologija / K. Jaspers. – M.: Praktika, 1997. – 1056 s.

Goncharuk O.V. Peculiarities of abilities reflection in women with mental disorders. The article analyzes the term of reflection and reflection abilities as self-regulation mechanism of personality which can be developed consciously and purposefully. Results of research testify that in general women with mental disorders are able to reflect their abilities and skills. At the same time there is a decrease of ability to alternative thinking, uncritical attitude to one's condition, distortion of values, motives and their semantic function, difficulties with correlation of real and desired skills, forming of life goals and plans for the future. The study of reflection is necessary to determine adaptive and compensatory mechanisms, to form adaptive ways of behavior which are relevant to current life situation.

Key words: reflection, reflection abilities, adaptive resource, readaptation, mental disorders, psychosocial rehabilitation.