

УДК 159.923, 616-05
**ТИПОЛОГИЯ САМООЦЕНКИ ЖЕНЩИН, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ
РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ**

И. Е. Валитова

*УО «Брестский государственный университет им. А.С. Пушкина»
бульвар Космонавтов 21, 224016, Брест, Республика Беларусь
irvalitova@yandex.ru*

В статье рассматриваются варианты профилей самооценки женщин, имеющих детей с раннего возраста с отклонениями в развитии вследствие неврологической патологии. С помощью модифицированной методики Дембо-Рубинштейн получены профили самооценки по шкалам здоровья, ума, красоты, характера и счастья. Выделено пять вариантов профилей самооценки: реалистичная гармоничная, низкая, высокая неадекватная, неравномерная и западающая самооценки. Распределение вариантов различается в группах матерей, имеющих детей с неврологической патологией и нормотипичных детей раннего возраста. Среди матерей детей с отклонениями в развитии распределение вариантов профилей самооценки не связаны со степенью нарушений развития у детей. Различные варианты профилей самооценки рассматриваются как способы сохранения приемлемого уровня самоуважения у матерей в процессе совладания с кризисом рождения проблемного ребенка.

Ключевые слова: самооценка; самоотношение; дети с отклонениями в развитии; ранний возраст; материнство.

**TYPOLOGY OF SELF-ESTEEM OF WOMEN HAVING EARLY AGE
CHILDREN WITH DEVELOPMENTAL DISORDERS**

I. E. Valitova

*Brest State A.S. Pushkin University
Boulevard Cosmonauts 21, 224016 Brest, Republic of Belarus*

The article discusses the options of self-assessment profiles of women who have early age children with developmental disorders due to neurological pathology. Using the modified Dembo-Rubinstein method, self-esteem profiles were obtained on the scales of health, intelligence, beauty, character, and happiness. There are five variants of self-esteem profiles: realistic harmonious, low, high inadequate, irregular, and falling self-esteems. The distribution of variants differs in groups of mothers of children with neurological disorders and normally developing early age children. Among mothers of children with developmental disorders, the variants of self-esteem profiles are not associated with the degree of developmental disorders in children. Various variants of self-esteem profiles are considered as ways to maintain an acceptable level of mothers' self-respect in the process of coping with the crisis of giving birth to a problem child.

Keywords: self-esteem; self-attitude; children with developmental disabilities; early age; motherhood.

На современном этапе в психологической науке и практике помощи ребенку с отклонениями в развитии растет интерес к возможностям семьи и повышению ее ресурсов в процессе совладания с кризисом рождения особого

ребенка. Женщина, воспитывающая такого ребенка, с момента установления диагноза или признания факта проблемного характера развития ребенка начинает осознавать себя как мать особенного (неполноценного, отличного от других) ребенка. Она испытывает комплекс разнообразных эмоций и чувств, среди которых и чувство вины за рождение ребенка перед ребенком и другими родственниками, и чувство неполноценности себя как женщины, которая не смогла родить здорового ребенка: «В обществе не существует примеров, по крайней мере, положительных, определения «мать ребёнка с особенностями психофизического развития» [1, с. 72].

Стереотипы неполноценности довлеют над матерью, и ей приходится справляться не только с проблемами самого ребенка, но и чувствами в отношении самой себя. Внутренняя работа со своими чувствами напрямую связана с модификацией образа Я, важнейшей составной частью которого является самооценка. В исследовании самооценки матерей детей дошкольного возраста с ДЦП установлено, что они по сравнению с матерями нормотипичных матерей меньше уважают себя, относятся к себе с меньшей симпатией, и их интерес к себе снижен, при этом они находятся с собой в гармоничных отношениях» [2].

Матери детей с отклонениями в развитии раннего возраста находятся в начале сложного пути совладания с трудностями воспитания и реабилитации особого ребенка. Изучение адаптации к трудной жизненной ситуации и личностного роста матери требуют внимательного анализа именно начала этого процесса, а анализ самооценки женщины является одной из задач такого исследования. Особенности оценки себя как матери ребенка раннего возраста с синдромом Дауна изучены С.Е. Иневаткиной [3], которая рассматривала образ себя у матери в связи с ценностями материнства и образом ребенка. Мы считаем необходимым анализировать самооценку женщины как целостной личности, а не только как матери, выполняющей набор ролевых функций.

Самооценка как эмоциональное отношение к себе и оценка собственных качеств и компетентности в отдельных сферах выполняет различные функции, к числу которых относят регулятивную функцию, характеризующую стремление личности к самосовершенствованию, стремление к сохранению своего образа Я, проявление самоуважения. О.А. Белобрыкина подчеркивает: «Самооценка, являясь специфическим индивидуально-личностным образованием, представляет собой направленный побудитель и регулятор поведения и деятельности, обладающий комплексом функций, среди которых наиболее существенным является функция регулирования отношений человека с социумом при сохранении собственной самобытности» [4, с. 45]. Самооценка трактуется также как критическая позиция индивида по отношению к собственному потенциалу [5], что позволяет соотносить ее с такими принятыми в зарубежной психологии терминами как самоэффективность, self-love, self-respect, self-worth, self-acceptance, self-appraisal, sense of competence [6]. Оценка собственной компетентности и эффективности при совладании с трудностями может рассматриваться как особенно важный компонент в структуре самооценки. Очевидно, что самооценки матерей могут различаться в связи с их индивидуально-психологическими особенностями, различными характеристиками детей и другими факторами.

Цель данной статьи – описать варианты структуры самооценки матерей детей раннего возраста с неврологической патологией. Для выявления вариантов самооценки использовалась модифицированная нами методика

исследования самооценки Дембо-Рубинштейн [7]. Исследуемым в процессе клинической беседы предъявляют бланк с набором шкал (10 вертикальных линий длиной 10 см каждая). Им предлагают поставить на каждой линии метку, которая отражает свое место среди других людей по данному качеству. Матери оценивают себя по 5 шкалам: здоровье, ум, красота, характер, счастье. Обработка состоит в вычислении значения оценки в сантиметрах, которые могут различаться в диапазоне от 0 до 10.

Выборка исследования: В основную группу вошли 82 матери детей с неврологической патологией (НП), средний возраст детей – 25,1 месяца. Дети из этой группы имеют отставание в двигательном, познавательном, речевом и социальном развитии разной степени тяжести, в соответствии с чем они разделены на три подгруппы: 3 – выраженные нарушения, 2 – нарушения средней степени, 1 – легкие нарушения. В группу сравнения (нормотипичные дети, НТ) вошли 76 матерей, имеющих детей без неврологического диагноза, средний возраст детей – 23,9 месяца. Обследование проводилось в формате клинической беседы.

Первичный анализ результатов позволил выделить пять вариантов самооценки у матерей обеих групп на основании критериев высоты самооценки и ее равномерности, выделенных в работах исследователей самооценки (Л.В. Бороздина, О.Н. Молчанова, П.В. Яньшин). Варианты самооценки изображены на рисунке 1, а количественные результаты распределения вариантов в группах представлены в таблице 1.

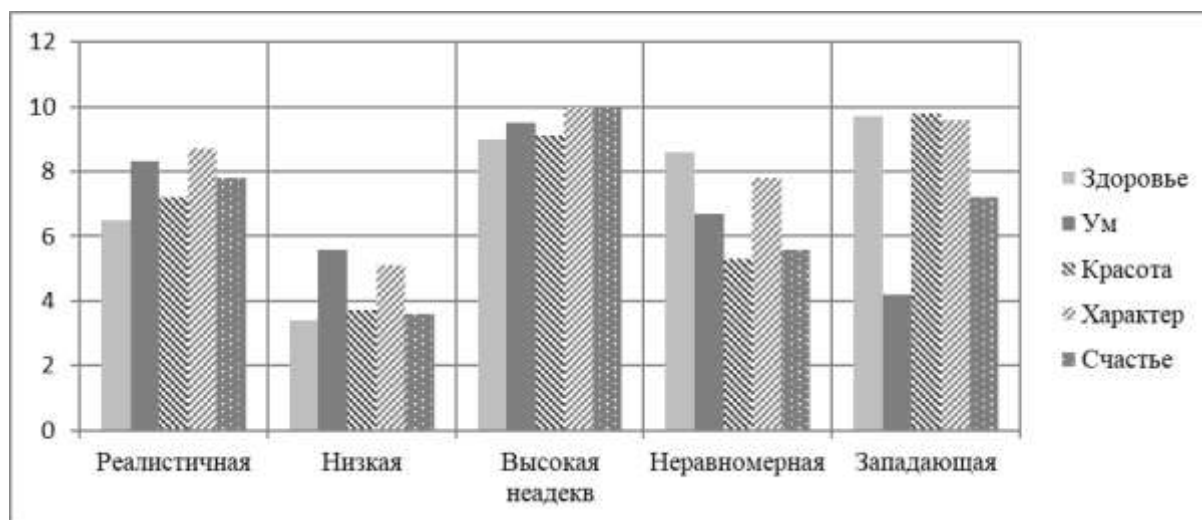


Рис.1 – Варианты профилей самооценки (примеры)

Вариант 1 – Гармоничная, реалистичная самооценка: оценки по всем шкалам в пределах 6–8, по шкале счастья выше 8. Исследуемый реалистично оценивает себя, ориентируется на принцип «выше середины», по разным шкалам оценки несколько различаются. Возможно действие механизма генерализации: перенос оценки себя по одному качеству или в одном виде деятельности на другие сферы. Оценка себя выше среднего обеспечивает поддержку позитивного взгляда на себя, высокие оценки себя являются фактором здоровья и благополучия личности.

Вариант 2 – Низкая самооценка: оценки по всем шкалам ниже 5, оценка осуществляется по принципу «ниже середины», что отражает неуверенность в

себе. Люди с низким уровнем самооценки не способны минимизировать значимость своих недостатков, они склонны застревать на неудачах.

Вариант 3 – Высокая неадекватная самооценка – оценки по всем шкалам выше 8, исследуемые оценивают себя некритично, принцип оценки «я среди самых лучших». Неадекватно высокая самооценка свидетельствует о снижении критичности, о стремлении «к самовозвышению». Завышенная оценка себя выполняет функцию защиты, так как блокируется восприятие оценок окружающих, свой опыт игнорируется или искажается.

Вариант 4 – Неравномерная самооценка – по разным шкалам уровень самооценки существенно различается, низкие оценки по одним шкалам сочетаются с высокими оценками по другим шкалам. Низкая оценка себя по отдельным шкалам свидетельствует о колебаниях самооценки. В этом варианте сочетаются признаки гармоничной самооценки и низкой самооценки.

Вариант 5 – Западающая самооценка – сочетание очень низких оценок по одним шкалам с очень высокими (9-10) оценками по другим шкалам. Свидетельствует о компенсации частной проблемы (низкая оценка по одной шкале) чрезмерным завышением по другим шкалам, принцип «Я не очень (красивая)..., зато я очень (умная)...».

В варианте 5 обнаруживается несколько комбинаций в зависимости от сочетаний низких и высоких самооценок по разным шкалам: «я не очень красивая, зато я очень хорошая (хороший характер)»; «я не очень умная, зато я очень здоровая, красивая, хорошая», «я не очень здоровая, зато я очень умная, красивая, хорошая» и другие комбинации. В половине случаев встречаются комбинации «я не очень красивая, и не очень хорошая, зато я очень счастливая».

К психологически благоприятным вариантам профиля самооценки мы предлагаем относить варианты 1 и 4, варианты 2, 3 и 5 – к психологически неблагоприятным. Описанные варианты самооценки объясняются посредством реализации механизмов поддержания стабильной самооценки, описанных В.Ф. Сафиным [8]. К ним относятся механизмы «я не хуже и не лучше других», «я хуже в этом, зато лучше в том», «если я лучше других в этом, значит, лучше других и в другом». Варианты профилей самооценки рассматриваются также как способы защиты определенного уровня самооценки и поддержания позитивного образа, например, к ним относят феномен самовозвышения как компенсацию низкого самоуважения путем повышения симпатии к себе за другие достижения.

Приведенные в таблице 1 данные показывают, что у матерей, имеющих детей с НП, чаще всего встречаются вариант 1 (реалистичная гармоничная) – 39 % и вариант 5 (западающая) – 20,7 %. У матерей НТ детей чаще других встречается вариант 3 (высокая неадекватная) – 57,9%, у них вообще не встречается вариант 2 (низкая). Матери детей с НП, таким образом, отличаются от матерей НТ детей преобладающими способами создания профиля самооценки.

Таблица 1 – Варианты самооценки матерей, количественные данные

Группа	Вариант СО									
	1		2		3		4		5	
	Гармоничная, реалистичная		Низкая		Высокая неадекватная		Неравномерная		Западающая	
	кол	%	кол	%	кол	%	кол	%	кол	%
НП n=82)	32	39	5	6,1	16	19,5	12	14,6	17	20,7
НТ(n=76)	14	18,4	0	0	44	57,9	8	10,5	8	10,5

Различия распределения вариантов самооценки в группах статистически значимы: $df=4$, Значение критерия $\chi^2_{эмп}=28.816$, $\chi^2_{крит}=13.277$ при $p=0.01$.

Высокие значения самооценки, то есть склонность к локализации самооценки в верхней трети шкалы является типичной для современных женщин в период ранней взрослости (от 21 года до 35 лет), как установлено в работе О.Н. Молчановой [9]. Все женщины в нашем исследовании попадают в данную возрастную группу – как матери детей с НП, так и матери НТ детей. Описанные автором общевозрастные характеристики самооценки типичны и для части наших испытуемых, в особенности для матерей, имеющих НТ детей. Склонность оценивать себя в верхней части шкалы объясняется изменением мотивации оценивания: «Происходит усиление мотива самовозвышения, что, в свою очередь, по-видимому, обусловлено ориентацией современного общества на достижения, успехи, экспансию или, по крайней мере, ожиданием именно от молодых «достижительных» ... стратегий жизни» [9, с.49].

Обнаруженные нами варианты профилей самооценки с наличием или преобладанием оценок в средней и особенно в нижней трети шкал у матерей детей с неврологической патологией, вероятно, можно объяснить проявлением чувства неполноценности по отношению к себе как к матери, родившей особенного ребенка.

Далее рассмотрим результаты сравнительного анализа профилей самооценки матерей в зависимости от степени тяжести нарушений развития у ребенка (таблица 2).

Таблица 2 – Самооценка матерей, имеющих детей с разной степенью тяжести нарушений

Варианты СО	Ст. тяж. ср.знач.	Всего		3 ст тяж		2 ст тяж		1 ст тяж	
		кол	%	кол	%	кол	%	кол	%
(1) Реалист. гарм.	1,72	32	39	3	9,37	17	53,1	12	37,5
(2) Низкая	2,2	5	6,1	2	40	2	40	1	20
(3) Неадекв. выс.	2,0	16	19,5	6	37,5	4	25	6	37,5
(4) Неравномерная	2,25	12	14,6	4	33,3	7	58,3	1	8,3
(5) Западающая	1,88	17	20,7	4	23,5	7	41,2	6	35,3
Итого		82	100	19	23,17	37	45,12	26	31,7

Распределение оценок степени тяжести между разными вариантами СО матерей не имеет статистически значимых различий (критерий χ^2 , $p \geq 0,05$). Статистически значимые различия между средними значениями степени тяжести нарушений статистически отсутствуют (t-критерий Стьюдента, $p \geq 0,05$).

Анализ таблицы 2 показывает, что распределение вариантов самооценки матерей не различается при разной степени нарушений развития у детей. Обращает на себя внимание только тот факт, что среди матерей с реалистичной гармоничной самооценкой редко встречаются дети с

нарушениями третьей (тяжелой) степени. При нарушениях у детей первой степени тяжести (легкие нарушения) у их матерей одинаково часто встречаются разные варианты самооценки матерей – реалистичная гармоничная, высокая неадекватная и западающая. Можно предположить, что варианты самооценки определяются индивидуальными психологическими особенностями матери, имеющей ребенка раннего возраста с отклонениями в развитии.

Осознавая себя как мать маленького ребенка с неврологическим заболеванием, женщина выстраивает определенную стратегию отношения к себе в разных сферах, которая отражается в разных вариантах профилей ее самооценки. Варианты построения профиля самооценки можно рассматривать как один из способов совладания с ситуацией рождения особенного ребенка, направленного на сохранение приемлемого уровня самоуважения.

Методика выявления самооценки и данные о профилях самооценки матерей могут использоваться в процессе психологического консультирования при оказании психологической помощи семье ребенка раннего возраста с отклонениями в развитии.

Библиографические ссылки

1. Behinderte J.M. Kinder, behinderte Mütter?: Die Unzumutbarkeit einer sozial arrangierten Abhängigkeit. Frankfurt am Main, 1990.
2. Карпова Н.Е., Стрекалова Т.А. Особенности самопринятия матерей, воспитывающих детей с детским церебральным параличом // Материалы Всероссийской научной конференции «Психологические проблемы современной семьи». Часть II. М., 2005. С. 111–119.
3. Иневаткина С.Е. Внутренняя позиция матери ребенка раннего возраста с синдромом Дауна: дисс. ... канд. психол. наук: 19.00.10 – Коррекционная психология. М., 2009.
4. Белобрыкина О.А. Развитие самосознания в детском возрасте. Новосибирск, 2003.
5. Бороздина Л.В., Молчанова О.Н. Самооценка в возрасте первой зрелости // Вестн. Моск. Ун-та. Сер. 14. Психология. 1990. № 1. С. 24–38.
6. Wells L.E., Marwell G. Self-Esteem. Its conceptualization and measurement. Beverly Hills-London, 1976.
7. Яньшин П.В. Исследование самооценки по Дембо-Рубинштейн с элементами клинической беседы // Практикум по клинической психологии. Методы исследования личности. СПб., 2004. С. 15–40.
8. Сафин В.Ф. Устойчивость самооценки и механизм ее сохранения // Вопросы психологии. 1975. № 3. С. 62–72.
9. Молчанова О.Н. Самооценка: стабильность или изменчивость? // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2006. Т. 3, №2. С. 23–51.