

Психологические особенности образа Я и самооценки у подростков с нарушением почечного функционирования разной степени тяжести

Вачков И.В.,

доктор психологических наук, профессор кафедры социальной педагогики и психологии, факультет педагогики и психологии ФГБОУ ВПО «Московский педагогический государственный университет», Москва, Россия, igorvachkov@mail.ru

Заруба Д.А.,

сотрудник, Благотворительный фонд «Твоя территория», Москва, Россия, dzdmitrieva@gmail.com

Куртанова Ю.Е.,

кандидат психологических наук, зав. кафедрой специальной психологии и реабилитологии, факультет клинической и специальной психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва, Россия, ulia.kurtanova@yandex.ru

В статье представлены результаты исследования особенностей самооценки и образа Я трех групп подростков: имеющих легкую степень нарушений почечного функционирования, находящихся в терминальной стадии (ожидающих пересадку почки) и условно здоровых, составивших контрольную группу. Основными результатами сравнительного анализа указанных групп стали выявление сходства или незначимых различий в параметрах самооценки и образа Я у здоровых подростков и подростков с легкой степенью нарушений почечного функционирования, а также выявление статистически значимых различий между первыми двумя группами и группой подростков, находящихся в терминальной стадии заболевания почек по целому ряду шкал и показателей. Эти различия обнаруживаются прежде всего в более высокой эгоцентричности, не критичности, в обедненном, поверхностном и слабо дифференцированном представлении о себе у подростков последней группы. Их самооценка имеет низкий уровень, при этом уровень притязаний высокий и особенно резко завышен по шкале Здоровье; существует значительный разрыв между оценкой наличного состояния и желаемого.

Ключевые слова: подростки, образ Я, самооценка, уровень притязаний, самоотчетные характеристики, нарушения почечного функционирования, заболевания разной степени тяжести.

Для цитаты:

Вачков И.В., Заруба Д.А., Куртанова Ю.Е. Психологические особенности образа Я и самооценки у подростков с нарушением почечного функционирования разной степени тяжести [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 3. С. 45–65. doi: 10.17759/psyclin.2018070303

For citation:

Vachkov I.V., Zaruba, D.A., Khurtanova Yu.Ye. Psychological Characteristics of Self-Image and Self-Assessment in Adolescents with Impaired Renal Functioning of Different Severity [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2018, vol. 7, no. 3, pp. 45–65. doi: 10.17759/psycljn.2018070303 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Особенности формирования личности, осложненного условиями хронической соматической болезни, выявление личностных черт, характерных для конкретной нозологии, исследование самооценки и ее мотивационная роль в выздоровлении – привлекают все больший интерес психологов последние десятилетия. Этим психологическим явлениям посвящены многие работы зарубежных и отечественных специалистов (В.Н. Мясищев, Р.А. Лурия, В.В. Николаева, Е.Т. Соколова, Ю.Е. Куртанова и др.)

Однако отдельного исследования, посвященного изучению самосознания, самовосприятия или образа Я, установлению зависимости в отклоняющемся формировании этих явлений от степени тяжести заболевания, не проводилось.

Почечная недостаточность – это патологическое состояние, которое характеризуется полной или частичной утратой функции почек по поддержанию химического постоянства внутренней среды организма. Почечная недостаточность проявляется в нарушении процесса образования и (или) выведения мочи, нарушениях водно-солевого, кислотно-щелочного и осмотического баланса.

У пациентов, страдающих нарушениями почечного функционирования, часто бывают головные боли, головокружения, отеки, повышенное и трудно сбываемое артериальное давление.

При хронической почечной недостаточности (ХПН) по мере накопления азотистых продуктов обмена в крови, появляются подергивания мышц, иногда болезненные судороги икроножных мышц. В терминальной стадии ХПН характерны тяжелые поражения нервов (полинейропатии) с болями и атрофией (уменьшением

объема) мышц. У таких больных наблюдается слабость, в том числе мышечная, из-за анемии, сонливость, ухудшение памяти и другие физиологические проявления, иногда случаются судороги. А в тяжелых случаях – тремор и парезы конечностей.

Симптоматика со стороны центральной нервной системы претерпевает динамику от быстрого утомления, снижения памяти, нарушений сна до выраженной заторможенности и возбуждения, острых психозов, эпилептиформных припадков, нарушений мозгового кровообращения, комы. Это обусловливается нарушением гидратации клеток мозга и нарушением внутриклеточной энергетики [3].

У больных с легкой степенью нарушения почечного функционирования наблюдаются: пониженное настроение, переоценка тяжести болезни, фиксация внимания на своих ощущениях и физиологических отправлениях (особенно у личностей с астеническими, ригидными и истероидными чертами) [3].

Также существует процент больных, у которых срабатывает защитный механизм «отрицания болезни». У таких пациентов внешне ровное спокойное поведение, для них характерно избегание разговоров о болезни [5]. При латентных формах заболевания встречается рациональное отношение к болезни, проявляющееся в общей осведомленности о ней. Больные испытывают особый психологический дискомфорт от ограничений в образе жизни и диете, особо переживают страх смерти [10].

При хронической почечной недостаточности в стадии компенсации или субкомпенсации у подростков наблюдаются астеноневротические расстройства, которые проявляются лабильностью настроения, капризностью, раздражительностью, повышенной утомляемостью. Больных беспокоят частые головные боли, тупые боли в поясничной области и другие неприятные ощущения.

Подростки с ХПН быстро истощаются, они ограничены в физической активности, часто им показан постельный режим. Учащихся в школе переводят на домашнее обучение, что лишает их возможности общения со сверстниками и способов самоутверждения. Длительное пребывание в стационаре вызывает депрессивные переживания. Часто подростки угнетены своим состоянием, испытывают чувство обреченности [6]. В то же время у других больных может наблюдаться благодушное настроение с недооценкой характера и тяжести заболевания.

При хронической почечной недостаточности у больных происходит интоксикация организма – уремия. Острое течение уремии сопровождается оглушенностью, и у больных могут проявляться разнообразные психопатологические нарушения: галлюцинации, амнестические расстройства, двигательное беспокойство [3].

При хронической уремии признаки интоксикации проявляются в нарушении памяти, мышления, эмоциональной сферы. Подростки страдают забывчивостью, у них проявляется эмоциональная неустойчивость. Они испытывают трудности

в общении [3]. Иногда может наблюдаться инфантильное поведение и отношение к болезни: подростки могут недооценивать значимость заболевания, нарушать режим, отказываться от лечения [11].

Таким образом, нарушения почечного функционирования – особый тип хронических заболеваний, поскольку часто приводит к неизлечимой форме – почечной недостаточности. ХПН способствует проявлению в личности больных психологических особенностей, которые отсутствуют у страдающих другой соматической патологией. Например, длительная интоксикация организма вызывает нарушения памяти, мышления, эмоциональной и коммуникативной сфер, появление психопатологических нарушений.

Для оказания психологической помощи подросткам, страдающим нарушением почечного функционирования, необходимо знать особенности их образа Я и самооценки. Поэтому **целью** проведенного исследования стало выявление особенностей образа Я и самооценки подростков с нарушением почечного функционирования разной степени тяжести.

Процедура исследования

В исследовании участвовали три группы испытуемых. Основную экспериментальную группу составили 18 подростков 12–17 лет, ожидающих пересадку почки в Российской детской клинической больнице (РДКБ). В исследовании эта группа была обозначена как RDKB. Группа Peditria (P) – 18 подростков от 12 до 17 лет, находящихся на стационарном лечении в отделении нефрологии ФГБУ НИИ педиатрии и детской хирургии РАМН. Контрольную группу (обозначена как Norma (N)) составили 20 подростков 12–14 лет, учащихся в среднеобразовательной школе № 553. Основные характеристики этих трех групп представлены в таблице 1.

Таблица 1

Характеристики исследованных групп

Характеристики	Norma (N)	Peditria (P)	RDKB
Возраст	12,7 \pm 0,75	13,9 \pm 1,32	12,9 \pm 1,58
Девочки (чел.)	11	8	5
Мальчики (чел.)	9	10	13
Всего (чел.)	20	18	18

В исследовании были использованы следующие методики: проективная методика Гудинаф-Харриса «Я в трех проекциях» (в модификации Е.Б. Фанталовой) [12]; тест М. Куна «Кто я?» (в модификации Т.В. Румянцевой) [9]; методика «Положительные и отрицательные качества»; методика исследования самооценки Дембо–Рубинштейн (интерпретация и подсчет по А.М. Прихожан) [8].

При статистической обработке данных использовался U-критерий Манна-Уитни. Для определения значимости различий величина полученных значений сравнивалась с таблицей критических значений для уровня значимости 0,05.

Был проведен качественный анализ рисунков тремя квалифицированными экспертами, имеющими профессиональный стаж более 10 лет, двое из которых имеют ученые степени.

Результаты и их обсуждение

Для оценки компонентов образа Я подростков и выявления различий было проведено попарное сравнение результатов, полученных по методике «Я в трех проекциях» (в модификации Е.Б. Фанталовой) [12], в трех группах испытуемых с помощью U-критерия Манна-Уитни.

Статистический анализ расхождения между рисунками показал, что при уровне значимости $p < 0,05$ по всем шкалам различия незначимы.

Если обратиться к оценке общих и средних баллов по указанной методике, то наблюдается различие между здоровыми детьми и детьми из групп Р и RDKB. Однако оно небольшое: 1-1,5 балла. Отметим, что между группой Р и группой RDKB различий практически нет, в отличие от сравнения этих групп с группой нормы.

Все три группы подростков относительно зависимы от мнения окружающих в видении себя реального и идеального. Причина этого может заключаться в том, что подростки – как здоровые, так и с хроническими заболеваниями – мало задумываются о самовосприятии, тем более – о восприятии их окружающими, что связано, видимо, со сниженной критичностью и характерной для этого возраста неустойчивой самооценкой [14].

Качественный анализ рисунков

Если обратиться к качественному анализу рисунков, сделанных при выполнении методики «Я в трех проекциях», то обращает на себя внимание тот факт, что в нормативной группе у девочек преобладают изображения ребусные, символические, а также изображения человека (девочек) или животных, а у мальчиков – схематичные рисунки. Иногда в этой группе встречались изображения лиц или изображения отсутствовали.

У подростков из группы Peditria рисунки наиболее содержательны, разносторонни и разнообразны, изредка встречались схематичные, формальные и неполные изображения – отдельных частей тела. Можно предположить, что это объясняется тем, что у подростков этой группы достаточно возможностей для общения, творчества, обучения, взаимодействия со взрослыми. Поэтому для них, как и для группы условной нормы, выполнение психодиагностических методик не является чем-то важным и увлекательным (исключение составили отдельные

испытуемые с эмоциональными трудностями или трудностями в коммуникации, которые, осознавая эти трудности, хотели разобраться в себе) [4].

Наиболее же упрощенные рисунки оказались у подростков в группе RDKB. У них встречается отсутствие рисунка (одного, нескольких), они часто изображают только лицо. Рисунки схематичные, примитивно детские, а изображения самих себя в метафорической или символической форме также крайне просты: в образе солнца, сердечка, книги, ноутбука. Это также может быть связано с высокой астеничностью и личностной инфантильностью детей. Изображения человека часто оказываются незавершенными: с недорисованными или короткими конечностями. Характеризуя себя, подростки используют отдельные прилагательные – хороший, добрый.

Также заметна разница в размерах рисунков: у подростков из группы RDKB рисунки часто очень маленького размера, а у подростков из группы *Pediatrics* они занимают все пространство (одна четверть листа) выделенной части бланка. Подростки с тяжелыми нарушениями и в норме редко использовали разные цвета, чаще рисовали простым карандашом, в отличие от подростков из группы *Pediatrics*, которые максимально раскрашивали свои рисунки. У многих подростков из групп Р и RDKB вызывало затруднение задание нарисовать себя, особенно это касалось темы «Я глазами других». Но если подростки из группы Р справились с первоначальной трудностью, помогая себе вербальным описанием, то подростки из группы RDKB часто не могли справиться с заданием. Это подтверждается статистически: показатели U-критерия по шкале «Я глазами других» 57 и 99 при уровне значимости $p < 0,05$.

Сложность задания могла вызвать у подростков с тяжелыми нарушениями непредсказуемую реакцию, например, у них полностью пропадало и так не слишком выраженное желание общаться с психологом, и исчезала всякая мотивация к выполнению заданий. Это, видимо, можно объяснить инфантильностью и недостаточным уровнем произвольной регуляции подростков этой группы, что было выявлено в некоторых исследованиях. Тяжелое заболевание ребенка формирует у матерей воспитательную установку, ориентированную на лечение. Сосредоточившись на болезни своих детей и их лечении, родители недостаточно внимания уделяют их эмоциональному и интеллектуальному развитию [2]. Без должного внимания остаются такие стороны личностного развития, как самовосприятие и образ Я. Возможно, сказывается эгоцентризм, в целом характерный для людей, страдающих серьезными соматическими заболеваниями, который мешает воспринимать точку зрения другого [11]. А возможно, некоторым подросткам, имеющим сопутствующие заболевания, например, нарушенный слух, представить себя глазами других проблематично или неприятно.

В нашем исследовании уровень интеллектуального развития специально не изучался, однако можно предположить, что качество выполнения заданий от него зависело. Это касается и рисунков (например, подростки могли изображать себя метафорически, ребусно, могли выбирать философские самоопределения), и качества и количества вербальных ответов. Вместе с тем и в протоколах условно

здоровых подростков встречаются формальные ответы и рисунки. Таким образом, остается неясным: либо они не доверяли психологу, либо не хотели всерьез задумываться над поставленными вопросами [4].

Интересно также, что подростки из группы *Pediatria* охотнее шли на контакт, доверяли психологу и раскрывались без затруднений, выполняли задания не формально, а с явным интересом. Этого нельзя сказать об испытуемых из двух других групп. Можно предположить, что подростки из группы условной нормы были более критичны и недоверчивы, они порой проявляли негативное отношение к процедуре исследования. Подростки с тяжелой степенью заболевания в силу недостаточно сформированных коммуникативных навыков, возможно, сниженного интеллектуального уровня порой не могли выполнить задания и отшучивались или просто отказывались.

При создании рисунка «Я глазами других» подростки всех групп активно использовали метафоричные образы: например, характеризуя себя как «любопытную, разговорчивую», девочка изображает ухо, к которому приложена телефонная трубка. «Другие видят меня приятным в общении, отзывчивым человеком»: подросток изображает рот как средство общения и песок на пляже, «потому что на пляже приятно находиться и общаться». Или, например, реплика «Другие видят меня жестоким, сильным, вспыльчивым» проиллюстрирована изображением Змея Горыныча, имеющего три головы: «в зависимости от ситуации какую-то голову приходится отсекать». Еще пример: подросток использует образ хамелеона, чтобы продемонстрировать переменчивость своих эмоциональных состояний. В таблице 2 представлены данные по группам о типах рисунков, встретившихся при выполнении методики «Я в трех проекциях».

Таблица 2

Распределение рисунков по характеру их выполнения (в %)

Категории	Norma			Pediatria			RDKB		
	Символ, ребус, предмет, персонаж, животное	Человек, лицо	Отсутствие рисунка	Символ, ребус, предмет, персонаж, животное	Человек, лицо	Отсутствие рисунка	Символ, ребус, предмет, персонаж, животное	Человек, лицо	Отсутствие рисунка
Я глазами других	85	15	0	61	33	6	16	39	45
Я-реальное	80	20	0	55	39	6	50	40	10
Я-идеальное	80	10	10	45	33	22	45	45	10

Охотнее всего подростки из всех трех групп выполняли задание «Я хотел(а) бы быть» и делали рисунки на эту тему. В своих ответах подростки называли:

- профессию или деятельность, которую хотели бы освоить (стать врачом, военным, водителем, получить образование, работать в зоопарке). Подростки из групп Р и RDКВ часто среди профессий называли врача. Здоровые подростки больше ориентировались на богатство и успех («Хочу быть миллиардером», «богом», «риэлтором», «популярным психологом»);
- качества, которые хотели бы иметь (настойчивость, успешность, уверенность, независимость в себе и др.);
- способности («быть умным», «быть талантливой»);
- эмоциональные состояния («радостной, счастливой», «веселой»);
- физическую привлекательность («красивой», «сильным», «чтобы были мускулы», «хочу отрастить бакенбарды»);
- здоровье: прямые формулировки типа «быть здоровой», «вылечить здоровье» у подростков с хроническими заболеваниями встречались редко, зато часто – косвенные, связанные с хорошей физической формой, возможностью заниматься спортом; у здоровых подростков вообще отсутствуют упоминания о здоровье.

Некоторые подростки ничего не хотели в себе менять, их все устраивало («Остаться такой, какая я есть»). Были ответы экзистенциального характера: «Я хотела бы быть обычной звездой во Вселенной».

Подростков с соматическими заболеваниями больше волнуют их возможные успехи, дальнейшая деятельность, здоровье, внешность. А подростков из группы условно здоровых – успех, независимость, самостоятельность, богатство. Они говорят о том, что порой ощущают себя несчастными, хотят быть сильными и не испытывать боли, которую причиняют им сверстники, в том числе и те, в которых они влюблены. Для них важно, что о них думают другие подростки [13; 14]. В ходе беседы с психологом здоровые подростки 12-14 лет иногда указывали, что уже сталкивались с трудностями в любовных отношениях и это причиняло им страдания. В то же время подростки с хроническими заболеваниями не упоминали о своих сердечных переживаниях и не называли себя несчастными в связи с этим.

Причины ощущения себя несчастными у здоровых подростков связаны с их взаимоотношениями со сверстниками, с недостаточно высоким статусом в группе, с отсутствием признания. А у подростков, страдающих соматическими заболеваниями, негативные эмоции вызваны отсутствием здоровья и возможностей заниматься тем, чем бы хотелось, необходимостью постоянного лечения, пребывания вне дома и семьи, недостатком контактов со сверстниками [1]. Но в целом подростки с хроническими соматическими заболеваниями, в отличие от

своих здоровых сверстников, чаще ощущают себя счастливыми и стараются быть такими (см. табл. 9, шкала «Счастье», распределение ответов в процентах: у детей из групп Р, RDKB в два раза меньше ответов «низкий уровень счастья» по сравнению с детьми из группы N).

Таким образом, можно предположить, что подростков с соматическими заболеваниями волнуют их возможные успехи, дальнейшая деятельность, здоровье, а представителей группы условно здоровых – успех, независимость, самостоятельность, богатство, отношение к ним других подростков.

Анализ результатов по методике М. Куна «Кто я?»

Показатель количества самохарактеристик, полученных в выборке по методике М. Куна «Кто я?» (в модификации Т.В. Румянцевой), отражает уровень самопрезентации подростков как вовне (презентация себя социуму), так и самовосприятие: насколько хорошо или плохо, глубоко или поверхностно они знают себя (табл. 3). Контент-анализ ответов позволяет выявить повторы, которые являются сигналом о какой-то волнующей подростка проблеме [9].

Таблица 3

Уровень самопрезентации (количество ответов)

	Группа N / P	Группа N / RDKB	Группа P / RDKB
Уровень самопрезентации	145,5	62,5*	69,5*

Примечание. * – различия значимы на уровне $p < 0,05$.

По данным таблицы 3 мы видим, что достоверно значимыми являются различия в группах Peditria/RDKB и Norma/RDKB. Количество названных характеристик в группах различается: у подростков из группы Norma в среднем оказалось 10 ответов на человека, а в группе RDKB – практически в два раза меньше (в среднем 5). Количество ответов от 9 до 17 – средний, умеренный уровень самопрезентации, свыше 15 – можно говорить о высоком уровне рефлексии. Не более 8 – показатель низкого уровня рефлексии, и он означает, скорее всего, что подростки из группы RDKB не задумываются о себе, используют наиболее простые и очевидные характеристики [9]. Также это говорит об особом эмоциональном состоянии: замкнутости, тревожности, неуверенности в себе, трудностях в самоконтроле [11].

Короткий контент-анализ ответов (психолингвистический анализ) включал подсчет использованных частей речи, времени сообщения, количества субъективных или объективных характеристик, а также положительных или отрицательных. Анализ проводился тремя квалифицированными экспертами, имеющими профессиональный стаж более 10 лет, двое из которых имеют научные

степени. При этом под субъективными ответами мы понимаем оценочные, личностно-значимые характеристики (например, «одиночка», «веселый», «смелый» и т.д.), а под объективными – все то, что является фактом объективной действительности подростков (пол, возраст, имя, фамилия, социальное положение и т.д.) [9]. Результаты отражены в таблице 4.

Таблица 4

Контент-анализ ответов по тесту М. Куна «Кто я?» (в %)

Переменные		Norma	Pediatria	RDKB
Части речи	Существительные	34	47	35
	Прилагательные	42	42	39
	Глагол	24	11	26
Время	Настоящее	97	97	100
	Прошрое	1,5	1,5	0
	Будущее	1,5	1,5	0
Характеристики	Объективные характеристики	30	30	27
	Субъективные характеристики	70	70	73
Субъективные характеристики	Положительные	72	80	85
	Отрицательные	28	20	15

Таблица 4 показывает, что у подростков из группы *Pediatria* меньше выявлено глаголов, что может свидетельствовать о недостаточной уверенности в себе, недооценке своей эффективности. У подростков из *RDKB* высокая представленность глаголов, по-видимому, не означает уверенности в себе, скорее – недостаточную критичность [9]. Интересно, что в самохарактеристиках о своем будущем в равной степени (хоть и не часто) писали подростки условной нормы и подростки из группы *Pediatria*. Полностью отсутствует упоминание будущего у представителей группы *RDKB*. Возможно, это связано с тем, что подросткам из этой группы думать о будущем страшно, т.к. они находятся перед чертой, за которой вопрос стоит не о вариантах будущего, а о жизни и смерти. При этом подростки этой группы не вспоминают и о прошлом: они живут только настоящим моментом, что опять-таки связано, по-видимому, с переживанием тяжести заболевания. Во всех группах преобладает позитивная валентность идентичности – т.е. положительных качеств подростки называют больше. Хотя у некоторых подростков из групп *Pediatria* и *RDKB*, в отличие от их здоровых сверстников, встречаются откровенно уничижительные самохарактеристики (*дурак, неряха, слабак*).

Качественный анализ ответов позволил отметить, что главная тема здоровых подростков – это общение и все что с ним связано: статус в группе, одиночество и непризнанность (*«изгой», «я берегу чужие чувства, а мне кидают нож в спину»*); дружелюбие и общительность; наличие друзей или отсутствие друзей; трудности

в общении («*есть мальчик в классе, которого я ненавижу*»), что является совершенно адекватным этому возрастному этапу [7]. Часто встречаются ответы «*до конца сам не знаю, кто я*» или просто «*не знаю*».

У подростков из группы Peditria ответы имеют более рефлексивный характер, они больше направлены на них самих, хотя тема общения также присутствует: «*общительный*», «*дружелюбный*», «*хочу больше общаться*». Видимо, эта тема актуальна для них в связи с резким сужением круга общения в связи с переходом на домашнее обучение.

Подростки из группы RDKB в основном также называли свои субъективные качества («*хороший*», «*нормальный*», «*умный*», «*смелый*»), свои хобби, увлечения, внешность. Так, встречались повторяющие описания себя, например, «*красивая*», «*красавчик*», «*красивый*», «*милашка*». Упоминали свою принадлежность к семье («*брат*», «*сын*», «*внук*»). Тема общения не проявлялась в их ответах. Особенности самохарактеристик каждой группы подростков (компонентов самоидентичности) представлены в таблице 5.

Таблица 5

**Распределение самохарактеристик подростков
по компонентам идентичности**

Компонент идентичности	Группа N / P	Группа N / RDKB	Группа P / RDKB
Социальное «Я»	162	136	142,5
Коммуникативное «Я»	144,5	81,5*	113,5
Материальное «Я»	180,5	171	153
Физическое «Я»	128	122	151
Деятельное «Я»	194	130,5	87,5*
Перспективное «Я»	190,5	169,5	145
Рефлексивное «Я»	191	105*	86,5*

Примечание. * – различия значимы на уровне $p < 0,05$.

Из данных таблицы 6 видно, что значимые различия выявляются при сравнении группы нормы с подростками из группы RDKB по параметрам «Коммуникативное Я» и «Рефлексивное Я». По параметрам «Деятельное Я» и «Рефлексивное Я» результаты испытуемых группы RDKB отличаются от результатов подростков группы Peditria, имеющих значимо более высокие показатели. При этом значимых различий между подростками группы Peditria и их здоровыми сверстниками нет.

Однако стоит обратить внимание на содержательное наполнение ряда компонентов идентичности. Так здоровые подростки часто писали о себе как об

ученике, гражданине страны, мальчике или девочке, в то время как подростки из других групп чаще указывали на роль в семье («сын», «внучка», «дочь»). Также здоровые подростки часто указывали на наличие или отсутствие друзей («общительный», «много друзей», «изгой», «одиночка»), т.е. воспринимали себя членом группы, сообщества, фиксировали свой статус в коллективе. Подростки из групп Peditria и RDKB называли только свои качества – «общительный», «люблю общаться».

Физический компонент идентичности у условно нормативных подростков также выражается более интенсивно, они часто писали о своей внешности, ощущениях, формальных характеристиках тела (рост, вес).

Таким образом, можно сказать, что подростки с заболеванием в терминальной стадии испытывают трудности с разрешением базовых задач подросткового возраста – общения, профессиональной ориентации, самоопределения в силу складывающейся из-за болезни социальной ситуации развития (ограниченность в общении, недостаток полноценного обучения, снижение требований к ним со стороны взрослых – учителей и родителей). Это самым непосредственным образом сказывается на уплощении, обеднении их самовосприятия, содержания образа Я, делает его поверхностным, мешает развитию рефлексивности.

Анализ результатов по методике «Положительные и отрицательные качества»

Анализ результатов методики показывает, что значимые различия по параметрам «Общее количество качеств» и «Общее количество отрицательных качеств» наличествуют между группами N и P и группами P и RDKB. То есть подростки из группы с хроническими нарушениями работы почек (но не в терминальной стадии) более критично относятся к себе, чем здоровые подростки, и выделяют в себе положительные и отрицательные качества примерно в равной пропорции. У подростков из групп N и RDKB количество положительных качеств преобладает над количеством отрицательных (табл. 6).

Таблица 6

Соотношение положительных и отрицательных качеств

Переменные	Группа N	Группа P	Группа RDKB
Общее количество названных качеств	82,5*	165	63,5*
Общее количество положительных качеств	114	175	107,5
Общее количество отрицательных качеств	96,5*	126	44*

Примечание. * – различия значимы на уровне $p < 0,05$.

Здоровые подростки в качестве положительных качеств выделяют в себе эмпатичность (в эту категорию были включены такие характеристики как доброта, отзывчивость, готовность помочь), а также жизнерадостность, оптимизм, общительность (дружелюбие, наличие друзей). Рассматривают как недостатки лень (неуспешность в учебе), мягкость (в эту категорию были включена такие характеристики как нерешительность, доверчивость, застенчивость), агрессивность (злость, раздражительность, вспыльчивость, упрямство).

Подростки из группы Peditria называют сходный набор качеств. Но они реже выделяют общительность и оптимизм, однако чаще – способности (ум, любовь к учебе), прилежание (категорию, к которой были отнесены честность, ответственность, принципиальность, старательность и т.д.). Среди негативных качеств появляются упоминание о недостатке здоровья, эгоистичности, эмоциональной неустойчивости (нервность, импульсивность, тревожные переживания) (табл. 7).

Таблица 7

Наборы выделяемых качеств

Группы	Положительные качества	Отрицательные качества
Norma	Эмпатичность (30%) Жизнерадостность (25%) Общительность (20%) Способности (9%) Воспитанность (6%) Успешность (6%) Здоровье (4%)	Лень (36%) Мягкость (23%) Агрессивность (15%) Вранье, вредность (10%) Пессимизм (10%) Неудовлетворенность внешностью (5%)
Peditria	Эмпатичность (33%) Способности (19%) Оптимизм (15%) Прилежание (15%) Физические характеристики (12%) Общительность (6%)	Антиспособности, лень (18%) Мягкость (18%) Агрессивность (14%) Эмоциональная неустойчивость (16%) Эгоистичность (14%) Здоровье (11%) Неудовлетворенность внешностью (9%)
RDKB	Доброта (34%) Способности, увлечения (27%) Прилежание (17%) Оптимизм (12%) Общительность (2%) Сила воли (2%)	Агрессивность (26%) Эмоциональная неустойчивость (26%) Неуспешность (17%) Здоровье (26%) Вредность (4%)

Заметим, что тяжело больные подростки самое большое значение придают доброте, помощи, однако в их ответах нет упоминания эмпатичности (возможно, это связано с недостатком общения). В то же время для подростков с болезнью в терминальной стадии оказалось важным прилежание (старательность, трудолюбие), у них есть свои увлечения (чтение, компьютерные игры), и они выделяют в себе способности (ум, фантазия). А вот общительность в отличие от подростков из двух других групп практически не упоминается. Негативные качества – эмоциональная неустойчивость (вспыльчивость, ранимость), агрессивность, недостаток здоровья. При этом о болезни говорится не напрямую, а косвенно: плохая память, плохой слух, физическая слабость и т. п.

Таким образом, легко увидеть, что самописание посредством положительных и отрицательных характеристик сходно у подростков из группы условной нормы и *Pediatrics* и отличается у подростков с тяжелыми формами болезни. Для них характерно сужение числа характеристик, преобладание положительных качеств над отрицательными.

Анализ результатов исследования самооценки по методике Дембо–Рубинштейн

Из данных табл. 8 видно, что высота самооценки у здоровых подростков и подростков с хроническими заболеваниями (не в терминальной стадии) распределяется одинаково (преобладает средняя и выше средней, что является нормой [7; 8]).

Имеются некоторые различия по шкалам *Счастье* и *Здоровье*: подростки из группы *Pediatrics* в меньшей степени ощущают себя счастливыми и здоровыми.

Подростки из группы RDKB большое значение придают характеру (что также отразилось и в ответах по методике «Положительные, отрицательные качества»), высота самооценки по шкале *Характер* – на высоком и очень высоком уровнях.

При анализе уровня притязаний выявилось, что здоровые подростки отмечали уровень притязаний в 100 баллов по шкалам *Счастье* и *Здоровье*. Также согласно полученным данным, завышенные ожидания, желанность *Здоровья* обнаруживаются у подростков из группы RDKB – с заболеванием в терминальной стадии. Практически все они делали отметки высоты притязаний на верхнем полюсе этой шкалы.

Наибольший разрыв между самооценкой и желаемым уровнем у здоровых подростков приходится на шкалу *Ум*, у подростков из группы *Pediatrics* и RDKB – на шкалу *Здоровье*. Между тем, разрыв больше 23 баллов свидетельствует о конфликте между возможным и желаемым, что может тормозить личностное развитие [8]. Также это выступает свидетельством неудовлетворенности собой или тем состоянием, в котором находится человек.

Таблица 8

Распределение уровней самооценки по методике Дембо–Рубинштейн (в %)

Шкалы	Norma				Pediatria				RDKB			
	Низ.	Ср.	В. ср.	Выс.	Низ.	Ср.	В. ср.	Выс.	Низ.	Ср.	В. ср.	Выс.
Ум	5	50	30	15	10	40	30	20	28	33	17	22
Характер	10	45	25	20	28	17	33	22	17	11	28	44
Здоровье	23	28	23	26	33	34	23	10	33	33	6	28
Счастье	40	0	10	50	22	17	33	28	11	22	28	39
Общая	19	31	22	28	23	27	30	20	22	25	20	33

Примечание. Низ. – низкий уровень самооценки (<45 баллов); ср. – средний уровень самооценки (45–59 баллов); в. ср. – уровень самооценки выше среднего (75–100 баллов) и выс. – высокий уровень самооценки (75–100 баллов).

Анализ данных, представленных в табл. 9, показывает, что между подростками с нарушением почечного функционирования в легкой степени и их здоровыми сверстниками достоверных различий нет, а вот между этими двумя группами и группой подростков, у которых заболевание в терминальной стадии, различия отношения уровня притязаний статистически значимы.

Таблица 9

**Сравнение параметров методики Дембо–Рубинштейн в разных группах
 (величина U критерия)**

Шкалы	Высота самооценки			Уровень притязаний		
	N / P	N / RDKB	P / RDKB	N / P	N / RDKB	P / RDKB
Ум	154,5	148,5	136,5	163,5	113,5	117
Характер	169	123,5	110,5	146	71*	86*
Здоровье	122	147,5	151	175,5	68*	49*
Счастье	171	157	145	148,5	60*	79,5*

Примечание. * – различия значимы на уровне $p < 0,05$.

Таким образом, у здоровых подростков и подростков из группы с легкой формой нарушения почечного функционирования преобладает средний и высокий уровень самооценки и притязаний, расхождение между актуальной самооценкой и уровнем притязаний также колеблется между средней и слабой степенью (больше половины ответов). Самооценка, уровень притязаний и степень расхождения между «хочу» и «могу» подростков с тяжелой формой заболевания имеют отличия от

показателей других групп: самооценка преобладает низкая, уровень притязаний высокий и предельно завышен по шкале *Здоровье*, у них наблюдается наибольший процент сильного расхождения между «могу» и «хочу».

Выводы

Сравнительный анализ особенностей самосознания трех групп подростков (условно здоровых, имеющих нарушения почечного функционирования в легкой степени и тех, у кого заболевание в терминальной стадии) выявил совпадения по большинству параметров между подростками первых двух групп. В то же время сравнение подростков с заболеванием в терминальной стадии со здоровыми сверстниками и подростками с нарушениями почечного функционирования легкой степени по многим показателям и шкалам дает достоверные различия.

Подростки из группы RDКВ испытывают трудности и ограничения в решении задач своего возраста – самопознание, идентификация, поиск своего места в мире, жизни, обществе. Их коммуникативный, рефлексивный и деятельностный компоненты идентичности имели самые низкие показатели.

Образ Я подростков с заболеванием в терминальной стадии характеризуется эгоцентричностью, не критичностью, обедненностью. Идентичность этой группы детей малодифференцирована, однообразна, поверхностна. Подросткам присущ низкий уровень рефлексии, импульсивность.

У подростков с заболеванием в терминальной стадии преобладает низкая самооценка, уровень притязаний высокий и резко завышен по шкале *Здоровье*, обнаруживается значительное расхождение между оценкой наличного состояния и желаемого.

В образе Я подростков с нарушениями почечного функционирования в легкой степени нет различий по большинству параметров, однако была обнаружена определенная специфика в сферах, связанных с общением (выраженное желание общаться и недостаток общения), здоровьем (проблемы со здоровьем попадали в списки отвергаемых в себе качествах) и счастьем. Самооценка и притязания подростков с нарушениями почечного функционирования в легкой степени имеют средний и высокий уровни. Расхождение между актуальной самооценкой и уровнем притязаний имеет среднюю и слабую степень.

На основании представленных выводов можем сформулировать ряд рекомендаций по работе психолога с подростками и родителями. Работа психолога с детьми должна быть направлена на развитие рефлексии посредством совместной деятельности со сверстниками (командные игры, театральные постановки с обсуждением полученного опыта в конце каждой встречи). Цель – научить подростков говорить о своих чувствах, переживаниях, выражать отношение к другим, учиться сравнивать и анализировать. Также необходимо моделировать такие ситуации общения, которых дети лишены или в которых ограничены; важно

развитие самопознания, способности слышать себя и выражать свои чувства и эмоции (занятия могут быть как групповыми, так и индивидуальными). Эффективны в работе с подростками в соматической клинике игры, арт-терапевтические занятия с целью снижения страхов, тревожных состояний, повышения уровня самопринятия.

Работа с родителями должна быть направлена на снятие тревожности и страхов, которые могут возникать в связи с болезнью ребенка. Психологу нужно помочь родителю расширить эмоциональный опыт взаимодействия с ребенком, акцентировать внимание родителей на психологические потребности ребенка и необходимость развивать его личностные особенности, его эмоциональную, интеллектуальную, культурную, рефлексивную, коммуникативную, творческую стороны личности.

Литература

1. *Агаларова К.Н.* Восприятие подростками больничной среды [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Т. 5. № 1. С. 33–44. doi:10.17759/cpse.2016050103
2. *Буслаева А.С.* Родительские воспитательные установки при хроническом соматическом заболевании ребенка (на материале юношеского ревматоидного артрита) [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Т. 5. № 4. С. 61–75. doi:10.17759/cpse.2016050405
3. *Васильева И.А.* Качество жизни больных при лечении гемодиализом: биологические и психосоциальные факторы, методы оценки и подходы к коррекции: автореф. дис. ... док. психол. наук. СПб., 2010. 45 с.
4. *Венгер А.Л.* Психологические рисуночные тесты: Иллюстрированное руководство. М.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003. 160 с.
5. *Исаев Д.Н.* Формирование внутренней картины болезни у детей и психосоматическая ситуация // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2001. № 1. С. 20–31.
6. *Куртанова Ю.Е.* Возможности психологической реабилитации пациентов с первичными лимфедемами [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Т. 5. № 4. С. 118–127. doi:10.17759/cpse.2016050409
7. *Обухова Л.Ф.* Возрастная психология. М.: Юрайт, 2010. 460 с.
8. *Прихожан А.М.* Диагностика личностного развития детей подросткового возраста. М.: АНО «ПЭБ», 2007. 56 с.

Вачков И.В., Заруба Д.А., Куртанова Ю.Е.
Психологические особенности образа Я и самооценки
у подростков с нарушением почечного
функционирования разной степени тяжести
Клиническая и специальная психология
2018. Том 7. № 3. С. 45–65.

Vachkov I.V., Zaruba, D.A., Khurtanova Yu.Ye.
Psychological Characteristics of Self-image and Self-
assessment in Adolescents with Impaired Renal
Functioning of Different Severity
Clinical Psychology and Special Education
2018, vol. 7, no. 3, pp. 45–65.

9. *Румянцева Т.В.* Психологическое консультирование: диагностика отношений в паре. СПб.: Речь, 2006. 176 с.

10. *Свистунова Е.В.* Ребенок и болезнь: психологический аспект проблемы // Педиатрия. 2010. № 3. С. 54–58.

11. *Соколова Е.Т., Николаева В.В.* Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М.: SvR-Аргус, 1995. 359 с.

12. *Фанталова Е.Б.* Я-образ в условиях переживания внутренних конфликтов у студентов // Современная психодиагностика России. Преодоление кризиса: сборник материалов III Всероссийской конференции по психологической диагностике / Под ред. Н.А. Батурина. Челябинск: Издательский центр ЮУрГУ. 2015. Т. 2. С. 184–187.

13. *Харламенкова Н.Е.* Самоутверждение подростка. М.: Институт психологии РАН, 2007. 384 с.

14. *Эриксон Э.* Идентичность: юность и кризис. М.: Прогресс, 1996. 342 с.

Psychological Characteristics of Self-Image and Self-Assessment in Adolescents with Impaired Renal Functioning of Different Severity

Vachkov I.V.,

Doctor in Psychological Sciences, Professor, Institute for Social Sciences of Russian Academy of National Economy and Public Administration under the President of Russian Federation, Moscow, Russia, igorvachkov@mail.ru

Zaruba, D.A.,

co-worker, Charity Fund "Your territory", Moscow, Russia, dzdmitrieva@gmail.com

Khurtanova Yu.Ye.,

PhD in Psychology, head of the Department of Special Education and Rehabilitation, faculty of Clinical and Special Psychology, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, ulia.kurtanova@yandex.ru

The article presents the study results of the features of self-assessment and self-image of three groups of adolescents: with a mild degree of renal failure, in the terminal stage (waiting for a kidney transplant) and healthy, who formed the control group. The main results of the comparative analysis of these groups were the identification of similarities or minor differences in the parameters of self-assessment and self-image among healthy adolescents and adolescents with mild renal dysfunction, as well as the identification of statistically significant differences between the first two groups and the group of adolescents in the terminal stage of kidney disease on a number of scales and indicators. These differences are found, first of all, in higher egocentricity, uncritical, in poor, superficial and poorly differentiated representation of themselves in adolescents of the last group. Their self-assessment is low, while the level of claims is high and particularly sharply overstated on the Health scale; there is a significant gap between the assessment of the available condition and the desired one.

Keywords: adolescents, self-image, self-assessment, level of claims, self-characteristics, renal dysfunction, diseases of different severity.

References

1. Agalarova K.N. Vospriyatie podrostkami bol`nichnoj sredy` [Elektronnyi resurs] [Adolescent's perception of hospital spaces]. *Klinicheskaya i special'naya psixologiya [Clinical Psychology and Special Education]*, 2016, vol. 5, no. 1, pp. 33–44 (In Russ., abstr. in Engl.). doi:10.17759/cpse.2016050103
2. Buslaeva A.S. Roditel'skie vospitatel'ny'e ustanovki pri xronicheskom somaticheskom zabolevanii rebenka (na materiale yunosheskogo revmatoidnogo artrita) [Parental Attitude to Upbringing the Child with Chronic Somatic Disease (Based on Juvenile Rheumatoid Arthritis)] [Elektronnyi resurs]. *Klinicheskaya i special'naya psixologiya [Clinical Psychology and Special Education]*, 2016, vol. 5, no. 4, pp. 61–75. (In Russ., abstr. in Engl.). doi:10.17759/cpse.2016050405
3. Vasil`eva I.A. Kachestvo zhizni bol'ny`x pri lechenii gemodializom: biologicheskie i psixosocial'ny'e faktory`, metody` ocenki i podxody` k korrekcii: avtoref. dis. ... dok. psiol. nauk [Quality of life of patients with hemodialysis treatment: biological and psychosocial factors, assessment methods and approaches to correction. Dr. Sci. (Psychology). Thesis]. Saint-Petersburg, 2010. 45 p. (In Russ.).
4. Venger A.L. Psixologicheskie risunochny`e testy`: Illyustrirovannoe rukovodstvo [Psychological Picture Tests: Illustrated Guide]. Moscow: Vldos-Press, 2003. 160 p. (In Russ.).
5. Isaev D.N. Formirovanie vnutrennej kartiny` bolezni u detej i psixosomaticheskaya situaciya [Formation of the internal picture of the disease in children and psychosomatic situation]. *Voprosy` psixicheskogo zdorov'ya detej i podrostkov [Questions of mental health of children and adolescents]*, 2001, no. 1, pp. 20-31. (In Russ.).
6. Kurtanova Yu.E. Vozmozhnosti psixologicheskoy rehabilitacii pacientov s pervichny`mi limfedemami [Elektronnyi resurs] [The Possibilities of Psychological Rehabilitation of Patients with Primary Lymphedema]. *Klinicheskaya i special'naya psixologiya [Clinical Psychology and Special Education]*, 2016, vol. 5, no. 4, pp. 118–127. (In Russ., abstr. in Engl.). doi:10.17759/cpse.2016050409
7. Obuxova L.F. Vozrastnaya psixologiya [Age psychology]. Moscow: Yurajt, 2010. 460 p. (In Russ.).
8. Priozhan A.M. Diagnostika lichnostnogo razvitiya detej podrostkovogo vozrasta [Diagnosis of the personal development of adolescent children]. Moscow: ANO «PE`B», 2007. 56 p. (In Russ.).
9. Rumyancheva T.V. Psixologicheskoe konsul'tirovanie: diagnostika otnoshenij v pare [Psychological counseling: diagnosis of relationships in pairs]. Saint-Petersburg: Rech`, 2006. 176 p. (In Russ.).

Вачков И.В., Заруба Д.А., Куртанова Ю.Е.
Психологические особенности образа Я и самооценки
у подростков с нарушением почечного
функционирования разной степени тяжести
Клиническая и специальная психология
2018. Том 7. № 3. С. 45–65.

Vachkov I.V., Zaruba, D.A., Khurtanova Yu.Ye.
Psychological Characteristics of Self-image and Self-
assessment in Adolescents with Impaired Renal
Functioning of Different Severity
Clinical Psychology and Special Education
2018, vol. 7, no. 3, pp. 45–65.

10. Svistunova E.V. Rebenok i bolezni: psixologicheskij aspekt problemy` [Child and illness: the psychological aspect of the problem]. *Pediatrics [Pediatric]*, 2010, no. 3, pp. 54–58. (In Russ., abstr. in Engl.).
11. Sokolova E.T., Nikolaeva V.V. Osobennosti lichnosti pri pogranichny`x rasstrojstvax i somaticheskix zabolevaniyax [Features of personality in borderline disorders and somatic diseases]. Moscow: SvR-Argus, 1995. 359 p. (In Russ.).
12. Fantalova E.B. Ya-obraz v usloviyax perezhivaniya vnutrennix konfliktov u studentov [Self-image in terms of the experience of internal conflicts in students]. In N.A. Baturina (ed.) *Sovremennaya psixodiagnostika Rossii. Preodolenie krizisa: sbornik materialov III Vserossijskoj konferencii po psixologicheskoi diagnostike [Modern psychodiagnostics Russia. Overcoming the crisis: proceedings of the III all-Russian conference on psychological diagnosis]*, 2015, vol. 2, pp. 184–187. (In Russ., abstr. in Engl.).
13. Kharlamenkova N.E. Samoutverzhdenie podrostka [Self-affirmation of a teenager]. Moscow: publ. of IP RAS, 2007. 384 p. (In Russ.).
14. Erikson E. Identichnost`: yunost` i krizis [Identity: youth and crisis] Moscow: Progress, 1996. 342 p. (In Russ.).