

цию и самооценку возрастной категории. Для их социальной адаптации представляется целесообразным также проводить коррекционную работу по формированию адекватной возрастной идентификации и адекватному отношению к людям разных возрастных категорий.

Процессы социальной и трудовой адаптации подростков с нарушениями психического развития зависят от степени и качества их идентификаций. Нарушения телесной и именной идентификации создают дисбаланс формирующейся идентичности и указывают на неблагоприятное эмоционально-личностного развития. Возникновение системного нарушения идентификаций приводит к искаженной идентичности подростка.

Проведенное лонгитюдное исследование показало, что дети с интеллектуальной недостаточностью и синдромом дефицита внимания трудно входят в подростковый период. Трудности их подросткового возраста выходят за рамки нормативного кризиса. С одной стороны, нарушение поведения у подростков, имевших в прошлом задержку психического развития или синдромом дефицита внимания, связано с трудностями обучения в школе и может являться вторичным. В этом случае изменение системы оценивания подростка в семье и позитивное планирование его будущего могут дать положительные изменения в его поведении. С другой стороны, органическое поражение центральной нервной системы в детском возрасте может провоцировать формирование нарушений поведения в подростковый период. И в том и в другом случае психологическая коррекция поведения должна опираться на формирование адекватных базовых идентификаций подростка.

#### *Литература*

1. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание. М., 1986.
2. Выготский Л. С. Собр. соч.: В 6 т. М., 1982. Т. 2.
3. Кон И. С. Открытие «Я». М., 1978.
4. Реммидт Х. Подростковый и юношеский возраст. Проблемы становления личности. М., 1994.
5. Erikson E. N. Identity and the Life Cycle. N.Y.: IUP, 1959.

*Н. В. Зверева*

### **Самооценка у подростков при шизофрении и в норме развития**

**Введение в проблему.** Подростничество предстает одной из наиболее изучаемых и загадочных возрастных эпох. Возникнув всего около двух веков назад, оно быстро насыщалось важными для последующей жизни человека содержаниями. Подростковый, переходный, пубертатный возраст означает рубеж детства и взрослости, на который выпадает один из самых сложных кризисов развития современного челове-

ка. [4; 9; 12; 13; 17]. Изучение развития самооенок современных подростков предполагает учет переходного исторического времени, наличия префигуративного (по М. Мид) типа культуры, когда значительно возрастает роль молодого поколения по сравнению со старшим.

Важным компонентом новообразований подростничества является самооценка – центральное личностное образование, наиболее важный регулятор поведения человека [2; 5; 12; 13; 17]. В психологическом словаре самооценка определяется как субъективная оценка личностью самой себя (включает оценку реальных и потенциальных возможностей, качеств этой личности) и места личности среди других людей [11]. Самооценка отражает и определяет взаимоотношения человека с окружающими, имеет прямое отношение к критичности личности. В отечественной психологии хорошо изучено становление самооценки, ее структуры в детско-подростковом возрасте, в контексте возрастной и педагогической психологии, психологии развития, специальной психологии. Известны работы М. С. Неймарк, Л. И. Божович, Д. И. Фельдштейна, А. М. Прихожан, А. В. Захаровой и др. [2; 6; 17]. Самооценка претерпевает существенные изменения в течение всего подросткового возраста; важным по мнению А. А. Реана, является переход от фрагментарного, противоречивого представления о себе к относительно полной Я-концепции, когда самооценка становится в целом более обобщенной. В норме развития совершенствуются суждения по поводу собственных негативных качеств и недостатков [13].

Значительно меньше изучена данная проблематика в клинической психологии, это касается возрастных и клинико-нозологических аспектов исследования самооценки. М. В. Вагина показала, что у школьников с ДЦП, вне зависимости от возраста, отмечается нестабильность самооценки, завышение и занижение показателей, прежде всего, по эмоционально значимым шкалам (ум, счастье). С возрастом самооценка, как и в норме развития, становится более адекватной. Автор акцентирует внимание на своеобразии самооенок у детей с разными формами ДЦП [3]. Самооценка в структуре эмоционально-личностных отклонений изучалась у больных эпилепсией Л. А. Троицкой, которая показала своеобразии формирования самооценки [16].

Противоречивость, нестойкость самооценки у подростков очень характерна для младших подростков, с возрастом самооценка становится более стабильной [2; 5; 6; 17]. Неизвестно, остается ли такая динамика самооценки при психической патологии. Варианты нормы в самооценке: подростки с тенденцией к сильному завышению самооценки имеют ограничения в деятельности и интенсивное, но малосодержательное общение; «крайняя» самооценка (либо самая высокая, либо самая низкая)

встречается у агрессивных подростков. У них возможна повышенная тревожность, эгоцентризм, страх перед социумом, неумение находить выходы из сложных ситуаций. Низкая самооценка, как правило, связана с депрессивными тенденциями (предшествует или следует за депрессивными состояниями) [17]. Сходные характеристики имеются в клинических характеристиках самооценок, самопринятия подростком самого себя при разных вариантах дизонтогенеза [4; 7; 10].

В патологии существует как возрастное, так и дополнительное модулирующее влияние фактора болезни на самооценку. Психиатры отмечают, что при оценке своих душевных качеств, способностей и возможностей подросток чаще всего недоволен ими. Многими врачами выделяется полярность оценок себя психически больными подростками, указывается на связь негативных самооценок и депрессий и т. п. [4; 7; 8; 10]. Особое звучание тема самооценки и самоотношения приобретает, когда подростки страдают шизофренией. Болезнь несет в себе риск утрированной рефлексии, проблемной социализации, трудностей контактов, семейных конфликтов. К сожалению, на этот период приходится один из «пиков» манифестаций шизофрении с началом в детско-подростковом возрасте, отмечают М. Ш. Вроно, В. В. Ковалев, А. Е. Личко [4; 8; 10].

Психологических исследований самооценки у подростков при эндогенной патологии немного, хотя тема очень важна в практическом отношении для выявления типичных для болезни проявлений отклонений в самооценке, для организации и проведения последующей коррекционной и реабилитационной работы. В исследовании С. М. Алейниковой и Н. В. Захаровой, посвященном изучению самосознания и произвольной регуляции деятельности у детей и подростков при шизофрении, было показано, что у больных детей и подростков нарушено формирование самосознания (Я-физического, Я-идеального, самооценки). Это проявляется в иной, по сравнению с нормой развития, динамике развития самосознания, самовосприятия, меньшей ориентированности на оценки других людей при построении образа Я. Такая особенность – меньшая ориентация на другого (партнера, сверстника, взрослого) проявляется как в конкретной деятельности, так и при построении образа Я [1].

Серьезное значение приобретает анализ различных средств диагностики самооценки у подростков с эндогенной патологией. Уже много лет патопсихологи в клинике применяют традиционную методику диагностики самооценки по Дембо-Рубинштейн. А. М. Прихожан, В. Г. Щур и др. разработали варианты для детей; имеются разнообразные варианты модификаций процедуры проведения (наименования стимульных шкал, способы оценивания результатов и т. п.) [6; 14]. Для изучения особенностей самооценки при эндогенной психической патологии в дифференциально-

диагностических, научных и практико-ориентированных целях в клинике НЦПЗ РАМН использовались общепринятые средства (методика Дембо-Рубинштейн), и другие – самооценка в конкретной деятельности (по типу ученических отметок за «работу» и «старание»); методика самооценки эмоциональных состояний. Последняя ранее мало применялась и практически не изучена для применения к подростковому возрасту. Ниже представлены материалы основного и пилотажного исследования применения разных средств самооценки у подростков.

**Цель:** изучение самооценок у подростков в норме развития и при шизофрении.

Поставленная цель была конкретизирована в следующих **задачах**.

1. Исследование своеобразия самооценки подростков при шизофрении по сравнению с нормой развития.
2. Анализ психодиагностической «совместимости» разных средств исследования самооценки (шкальной, выбор из списка, самописание) у подростков, больных шизофренией.
3. Оценка эффективности используемых для диагностики самооценки методик, их взаимодополняемости.
4. Анализ модификации методики Дембо-Рубинштейн (введение дополнительной шкалы «возраст» и оценки реального и идеального «Я»).

**Испытуемые.** Исследование проводилось на базе детского клинического отделения НЦПЗ РАМН в течение 2006–2010 гг. (28 подростков), здоровые подростки обследованы в московских школах в 2008–2010 гг. (47 подростков). Пилотажное исследование проводилось на базе НЦПЗ РАМН и 6 ДГКПБ (12 подростков) и одной из московских школ в 2010–2011 гг. (12 подростков). Данные об испытуемых представлены в табл. 1.

Таблица 1

### Половозрастная характеристика здоровых и психически больных подростков

| Возраст      | Основное исследование |    |         |    | Пилотажное исследование |   |         |   | Всего |
|--------------|-----------------------|----|---------|----|-------------------------|---|---------|---|-------|
|              | здоровые              |    | больные |    | здоровые                |   | больные |   |       |
|              | м                     | ж  | м       | ж  | м                       | ж | м       | ж |       |
| До 14 лет    | 17                    | 18 | 4       | 10 |                         |   |         |   | 48    |
| После 15 лет | 7                     | 5  | 5       | 9  | 8                       | 4 | 11      | 1 | 50    |
| <b>Всего</b> | 24                    | 23 | 9       | 19 | 8                       | 4 | 11      | 1 | 99    |

В *основном исследовании* представлены 2 выборки: **экспериментальная** – подростки с эндогенной психической патологией (шизофрения), 28 человек (средний возраст 14,2 лет), **контрольная** – здоровые подростки, ученики старших классов школ, всего 47 человек (средний возраст 13,8 лет).

В *пилотажном исследовании* также 2 выборки. **Экспериментальная** – подростки с шизофренией – 12 человек (средний возраст 15 лет), **контрольная** группа здоровых подростков – 12 человек (средний возраст 15 лет).

**Основные гипотезы:** имеется прямая связь между методиками на исследование самооценки как в норме, так и при шизофрении;

у подростков в норме развития и при шизофрении исследование самооценки выявляет меньше сходства, чем рассогласований;

введение модификации (шкала возраст и оценка реального и идеального Я) позволяет получить более дифференцированные данные о состоянии самооценки у подростков в норме развития и при шизофрении.

**Методики исследования.** В основном исследовании был применен комплекс из 4 методик, направленных на разные аспекты самооценки:

- классическая методика исследования самооценки по Дембо-Рубинштейн (здоровье, счастье, ум, характер);
- оценка результатов деятельности испытуемым (отметка за «работу» и за «старание»);
- самооценка эмоциональных состояний из списка утверждений (А. Уэссман и Д. Рикс, вариант для клиники использован Т. Д. Савиной);
- самописание в ответах на заданные вопросы (Кто Я? Какой или Какая Я?).

В пилотажном исследовании использована модификация методики Дембо-Рубинштейн (дополнительная шкала «возраст» и оценки себя реального и того, каким бы хотел быть).

**Оценка** полученных данных проводилась следующим образом. В методике Дембо-Рубинштейн вся шкала поделена на 5 интервалов – от 1 (самая низкая оценка) до 5 (самая высокая оценка). Оценка результатов успешности в конкретной деятельности проводилась в баллах, выставленных по окончании исследования каждым испытуемым отдельно за «работу» и за «старание» (по 5-балльной системе). Самооценка эмоциональных состояний проводилась по уровню, который выбрал испытуемый (от 1 до 10). Самописание оценивалось по общему количеству предложенных ответов, по наличию положительных, отрицательных и нейтральных характеристик (всего по группе). Для оценки достоверности полученных результатов использовались статистические критерии программы Excel и материалы описательной статистики.

**Результаты основного исследования и их анализ.** Анализ полученных результатов представлен последовательно по методикам. Основной методикой изучения самооценки была **методика Дембо-Рубинштейн**. Ниже в табл. 2 приведены результаты ее выполнения подростками сопоставляемых групп.

**Уровень самооценки по Дембо-Рубинштейн  
в сопоставляемых группах подростков (в средних баллах)**

|                | I        | II      | III  | IV       | всего |
|----------------|----------|---------|------|----------|-------|
|                | Здоровье | Счастье | Ум   | Характер |       |
| Здоровые (все) | 3,6      | 3,6     | 3,3  | 3,4      | 13,9  |
| Здоровые м     | 3,5      | 3,5     | 3,1* | 3,2      | 13,3* |
| Здоровые ж     | 3,7      | 3,7     | 3,6  | 3,7      | 14,6  |
| Больные (все)  | 3,5      | 3,6     | 3,4  | 3,5      | 14,1  |
| Больные м      | 3,9      | 3,8     | 3,9* | 3,6      | 15,1* |
| Больные ж      | 3,3      | 3,6     | 3,2  | 3,5      | 13,6  |

Здесь и далее:

\* различия статистически значимы на уровне 0,05;

\*\* различия статистически значимы на уровне 0,01.

Как видно из табл. 2, по средним значениям уровня (среднего балла) самооценки практически не различаются в группах нормы и патологии. Тем не менее, следует указать на статистически значимые отличия между группами здоровых и больных шизофренией мальчиков-подростков по суммарному баллу и по шкале «ум». По другим шкалам значимые отличия не получены. Однако если провести анализ выставляемых оценок с точки зрения попадания в позиционно средние, самые высокие и самые низкие, получаем следующее. В норме развития оценка близка позиционно средней, в группе больных имеются разные варианты, в том числе завышенные оценки. Позиционно средняя оценка по шкале «ум» в норме у всех испытуемых встречается в 51 % случаев, а в группе патологии – в 33 %, эти различия статистически значимы на уровне 0,05. Сопоставление подростков по позиционно-средней самооценке (по всем шкалам) выявляет аналогичное соотношение: в норме развития – 46 %, в группе патологии – 32 %, различия также статистически значимы ( $\varphi^*_{эмп} = 2,376$ , уровень значимости 0,01). Самые высокие оценки значимо чаще встречаются у подростков, больных шизофренией ( $\varphi^*_{эмп} = 3,14$ , уровень значимости 0,01), также как и самые низкие ( $\varphi^*_{эмп} = 2,918$ , уровень значимости 0,01).

Рассмотрим **оценки**, выставленные испытуемыми за общий результат «работы» и за свое «старание» в ходе обследования.

Как видно из табл. 3, испытуемые обеих групп имеют сходные оценки, различия между нормой и патологией не достигают уровня значимости. Можно говорить о различии между нормой и патологией по оценке за «старание» на уровне тенденции. Анализ корреляций показал, что в норме развития и у больных шизофренией подростков оценки за «старание» и «работу» имеют положительную значимую корреляцию ( $r=0,775$  и  $r=0,786$ , соответственно, уровень значимости 0,01). Можно

Таблица 3.

**Результаты оценивания «работы» и «старания» в конкретной деятельности здоровыми и больными шизофренией подростками (в средних баллах)**

| показатели | Оценка конкретной деятельности |      |         |      |          |         |
|------------|--------------------------------|------|---------|------|----------|---------|
|            | здоровых                       |      | больных |      | здоровых | больных |
|            | м                              | ж    | м       | ж    | Всего    | Всего   |
| Работа     | 4,14                           | 4,37 | 4,25    | 4,61 | 4,3      | 4,25    |
| Старание   | 3,9                            | 4,05 | 4,25    | 4,25 | 4        | 4,25    |

полагать, что в каждой сопоставляемой группе имеется прямое соответствие оценок. Отсутствие значимых корреляций с результатами методики самооценки по Дембо-Рубинштейн (шкала «ум») как в группе здоровых, так и больных шизофренией подростков указывает, что более свободная оценка результатов деятельности (за «работу») ведет к более высокой оценке. В методике самооценки по Дембо-Рубинштейн у здоровых подростков на первый план выступает позиционно средняя оценка (3 балла), а в группе больных подростков разброс более широкий.

В данном исследовании была применена **методика самооценки эмоциональных состояний** (выбор из ранжированного списка утверждений), которая обычно используется для взрослых испытуемых, в том числе в клинике. Подобное исследование со взрослыми больными шизофренией проводила Т. Д. Савина [15]. Ниже, в табл. 4 приведены результаты группы нормы и патологии.

Таблица 4

**Выполнение методики на самооценку эмоциональных состояний здоровыми и больными шизофренией подростками (в средних баллах)**

| группы испытуемых | Самооценка эмоциональных состояний |                        |                                    |                                  | Сумма |
|-------------------|------------------------------------|------------------------|------------------------------------|----------------------------------|-------|
|                   | Спокойствие–тревожность            | Активность–пассивность | Положительный–отрицательный аффект | Уверенность–неуверенность в себе |       |
| Здоровые (все)    | 7                                  | 7,1**                  | 7,1**                              | 7,0                              | 27,7* |
| Здоровые м        | 6,7                                | 7,5                    | 7,4                                | 6,8                              | 27,6  |
| Здоровые ж        | 7,3                                | 6,6                    | 6,8                                | 7,1                              | 27,9  |
| Больные (все)     | 6,3                                | 5,5**                  | 5,5**                              | 6,5                              | 23,9* |
| Больные м         | 6,1                                | 5,2                    | 5,1                                | 5,6                              | 22    |
| Больные ж         | 6,4                                | 5,8                    | 5,8                                | 7,1                              | 25    |

Как видно из табл. 4, получены статистически значимые межгрупповые различия по шкале активность-пассивность ( $t=3,5$ ) и положительный/отрицательный аффект ( $t=2,7$ ), в норме результаты значимо выше (уровень значимости 0,01). Заметим, что в группе нормы не встречались самые низкие оценки и ярко выраженная полярность оценок по четырём шкалам. Получены статистически значимые различия по общему суммарному баллу между группой здоровых и больных подростков ( $t=2,4$ , уровень значимости – 0,05). Сопоставление показывает некоторый разброс в группах по шкалам: в норме средняя оценка незначимо выше по шкале спокойствия-тревожности, уверенности/неуверенности в себе, чем в патологии. Сопоставление общего балла по методике самооценки Дембо-Рубинштейн и методике самооценки эмоциональных состояний в группе больных шизофренией и здоровых подростков выявляет высокую корреляционную связь (соответственно, коэффициент  $r=0,952$  и  $r=0,958$ , уровень значимости 0,01).

В работе использовалось **произвольное самописание**, поэтому количество ответов не ограничивалось, но, с другой стороны, и не стимулировалось, чтобы достичь определенного значения. В табл. 5 сопоставлены данные выполнения самописания здоровыми и больными шизофренией подростками.

Таблица 5

**Результаты самописания в сопоставляемых группах  
(среднее количество ответов)**

| Состояние      | Всего ответов | Позитивные | Негативные | Нейтральные |
|----------------|---------------|------------|------------|-------------|
| Здоровые (все) | 7,6           | 5,1        | 1,9        | 3,8         |
| Здоровые м     | 6,1*          | 4,2        | 1,8        | 3,4         |
| Здоровые ж     | 9,2*          | 5,9        | 2          | 4           |
| Больные (все)  | 7,5           | 4,4        | 3,1        | 3,3         |
| Больные м      | 6,3           | 3,1        | 2,7        | 2,4         |
| Больные ж      | 8,1           | 5,1        | 3,5        | 4,1         |

Как видно из табл. 5, общее количество ответов при самописании у девочек-подростков в норме выше, чем у мальчиков-подростков ( $t=2,2$ , значимость 0,05). В патологии такое соотношение не достигает уровня значимости. Сопоставление самописаний показывает сходную картину по количеству привлеченных характеристик, однако число позитивных характеристик в норме имеет тенденцию превышать аналогичный показатель в патологии; для негативных характеристик получены иные результаты. У здоровых девочек-подростков среди общего числа ответов-самописаний отрицательные составляют 9,4 %, в группе патологии – 11,7, среди здоровых мальчиков-подростков – 35, в группе патологии – 19,2 %.



В табл. 6 приведены данные сопоставления групп по испытуемым, с отрицательными характеристиками в самоописании. Индивидуальный анализ показывает, что подростки, дающие отрицательные характеристики в самоописании, склонны давать также более низкие оценки по другим видам самооценки, однако не всегда это прямое соответствие. Так, здоровые подростки, например, при самооценке в конкретной деятельности дают более низкую оценку за старание, чего нет у больных подростков. Кроме того, у больных подростков, давших себе отрицательные характеристики, существенно ниже показатели самооценки по Дембо-Рубинштейн и самооценке эмоциональных состояний. В аналогичном случае у здоровых подростков этой связи не прослеживается. Различия между группами статистически значимы.

В табл. 6 представлены результаты испытуемых, которые дали отрицательные характеристики в самоописании. Парное сопоставление подростков группы нормы и патологии по применяемым методикам изучения

Таблица 6

**Результаты сопоставления разных методик самооценки и отрицательных характеристик произвольного самоописания в группах здоровых и больных шизофренией подростков**

| Параметры   | Больные | Норма  |
|---|---------|--------|
| Отрицательное самоописание (среднее количество ответов) | 3,2     | 1,9    |
| Самооценка по Дембо-Рубинштейн (суммарный балл)         | 11,3**  | 14,5** |
| Самооценка эмоциональных состояний (общий балл)         | 22**    | 28**   |
| «Работа» (оценка по 5-балльной системе)                 | 4,25    | 4,2    |
| «Старание» (оценка по 5-балльной системе)               | 4,5     | 3,9    |

самооценки показало, что у больных подростков, приписывающих себе отрицательные характеристики в самоописании, показатели в методике Дембо-Рубинштейн и самооценке эмоциональных состояний значимо ниже, чем у таких же (т. е. с отрицательными характеристиками в самоописании) здоровых сверстников. Такие результаты сопоставления отрицательных характеристик самоописания и других видов самооенок указывают на неодинаковое содержание отрицательных характеристик в норме развития и при шизофрении у подростков.

**Результаты пилотажного исследования.** В пилотажном исследовании поставлена задача оценки модификации методики Дембо-Рубинштейн в виде введения новой шкалы – возраст и двух оценок (реальное Я и идеальное Я). Модификации эти уже известны, используются в практической психологии, однако важно, что здесь это применено для изучения подростков с шизофренией. Результаты представлены в табл. 7.

Таблица 7

**Результаты исследования реального Я и идеального Я  
у здоровых и больных шизофренией подростков методом  
самооценки по Дембо-Рубинштейн (средний балл оценки)**

| Категории | Здоровье   |             | Ум         |             | Характер   |             | Счастье    |             | Возраст    |             |
|-----------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|
|           | Я-реальное | Я-идеальное | Я-реальное | Я-идеальное | Я-реальное | Я-идеальное | Я-реальное | Я-идеальное | Я-реальное | Я-идеальное |
| Больные   | 3,6        | 4,5         | 3          | 4,4         | 3,25       | 4,6         | 3          | 4,7         | 2,6        | 3,8         |
| Норма     | 3,8        | 4,7         | 3,3        | 4,2         | 3,2        | 3,8         | 3,9        | 4,4         | 2,5        | 3           |

Как видно из табл. 7, у больных подростков суммарный балл по самооценке идеального Я оказывается выше (4,4), чем у здоровых подростков ( $t=2,7$ ;  $p=0,05$ ) (4,0).

Интересно проанализировать распределение самооценок в каждой из сопоставляемых групп по выставленному баллу (от 1 до 5) для Я-реального и Я-идеального по всем шкалам. Эти данные представлены в табл. 8.

Таблица 8

**Распределение суммарных показателей самооценки (баллов)  
для идеального «Я» и реального «Я» у здоровых и больных  
шизофренией подростков (в абсолютных значениях и процентах)**

| Балл | Идеальное Я |    |          |    | Реальное Я |    |          |    |
|------|-------------|----|----------|----|------------|----|----------|----|
|      | больные     |    | здоровые |    | больные    |    | здоровые |    |
|      | Абс.        | %  | абс.     | %  | абс.       | %  | абс.     | %  |
| 5    | 38          | 63 | 26       | 43 | 9          | 15 | 5        | 8  |
| 4    | 10          | 17 | 16       | 27 | 13         | 22 | 21       | 35 |
| 3    | 9           | 15 | 12       | 20 | 21         | 35 | 24       | 40 |
| 2    | 3           | 5  | 5        | 8  | 12         | 20 | 9        | 15 |
| 1    | 0           | 0  | 1        | 2  | 5          | 8  | 1        | 2  |

Больные шизофренией подростки по сравнению с подростками в норме развития склонны давать завышенные оценки идеального Я по всем шкалам ( $\phi=2,213$

э уровень значимости 0,05). По оценкам реального Я выраженных различий между группами не обнаружено, имеется тенденция к несколько большему количеству низких и очень низких самооценок в группе больных по сравнению со здоровыми подростками, а в группе нормы – тяготение к самооценке немного выше середины.

## **Выводы**

1. Выявлена высокая степень соответствия методик, оценивающих самооценку у подростков в норме развития и при шизофрении, прежде всего методики Дембо-Рубинштейн и методики самооценки эмоциональных состояний.
2. Исследование самооценки по методу Дембо-Рубинштейн выявляет значимо большое количество позиционно средних оценок в группе подростков нормы развития по сравнению подростками, больными шизофренией. Кроме того, у больных шизофренией подростков значимо чаще встречаются самые низкие и самые высокие оценки.
3. Больные шизофренией подростки значимо ниже здоровых сверстников оценивают свои эмоциональные состояния (активность-пассивность и положительные – отрицательные эмоции), тогда как оценки по шкале тревожности и уверенности в себе значимо не различаются.
4. Самооценка в конкретной деятельности («работа» и «старание») не обнаружила различий между сопоставляемыми группами подростков. В обеих группах имеется высокая степень соответствия оценок между собой.
5. Самоописание как вид самооценки адекватно при работе со здоровыми и больными шизофренией подростками. Обнаружено значимо большее количество описаний у девочек-подростков по сравнению с мальчиками. Количество отрицательных характеристик значимо не различается, однако у больных шизофренией подростков, приписывающих себе отрицательные характеристики, самооценки в других методиках значимо ниже, чем у нормативных подростков.
6. Модификация методики Дембо-Рубинштейн посредством введения шкалы «возраст» не выявила значимых различий между группами, однако в группе здоровых подростков разница между реальным Я и идеальным Я меньше, чем в группе патологии.
7. У больных шизофренией подростков по сравнению с подростками нормы развития завышены оценки идеального Я по всем шкалам.

## **Заключение**

Целью проведенного исследования самооценки у подростков в норме развития и при шизофрении было показать общие и различные параметры самооценивания у подростков. Дополнительной целью было показать адекватность применяемого комплекса и модификаций методик для работы с подростками. Очевидно, что материалы, изложенные в статье, имеют значение для практической психологии аномального развития. Выдвинутые гипотезы получили свое подтверждение. Результаты исследования самооценки в сравниваемых группах совпадают частично, что, по-видимому, обусловлено общим возрастным фактором. Показано, что

использованные методики и их модификация могут быть эффективны для диагностики качественных особенностей самооценки подростков, больных шизофренией. Все использованные методики имеют высокую степень связанности, хотя направлены на разные компоненты самооценки и различаются по способу самооценивания. Заниженная самооценка имеет высокую корреляцию с наличием отрицательных ответов в самоописании в группе больных шизофренией. Для подростков, больных шизофренией, характерна большая полярность самооценки по результатам самоописания, самооценки психических состояний по Т. Д. Савиной и методике Дембо-Рубинштейн. Можно полагать, что самооценка подростков, больных шизофренией, менее согласована, чем в норме у подростков того же возраста и пола. Самооценка больных шизофренией подростков отчасти является утрированным вариантом того, что обычно приписывают нормативным младшим подросткам (в нашем исследовании больные подростки были в основном старшего возраста), это может быть проявлением психического дизонтогенеза в самооценке у подростков при шизофрении. Проведенное исследование показывает значение изучения возрастных кризисов, прежде всего пубертатного, в норме и патологии, свое место в этом занимает изучение самооценки. В дальнейшем важен учет других клинических показателей (давность заболевания, преобладающий синдром и т. п.), изучение различий по полу.

#### *Литература*

1. *Алейникова С. М., Захарова Н. В.* Особенности формирования самосознания и произвольной деятельности у детей, больных шизофренией. Материалы III республиканского съезда невропатологов, психиатров и наркологов Грузии. Тбилиси, 1987.
2. *Божович Л. И.* Проблемы формирования личности. – М.: МПСИ; Воронеж: НПО «МОДЭК», 1995.
3. *Вагина М. В.* Психологическая диагностика нарушений формирования самооценки у учащихся с детским церебральным параличом. – автореф. дисс ... канд. психол. наук. – СПб., 2009.
4. *Вроно М. Ш.* Шизофрения у детей и подростков. – М.: Медицина, 1971.
5. *Выготский Л. С.* Педология подростка // Психология подростка / Под ред. Ю. И. Фролова. – М.: «Роспедагентство», 1997.
6. *Захарова А. В.* Генезис самооценки. Тула, 1998.
7. *Иовчук Н. М., Северный А. А., Морозова Н. Б.* Детская социальная психиатрия для непсихиатров. М.: Питер, 2006.
8. *Ковалев В. В.* Психиатрия детского возраста. – М.: Медицина, 1995.
9. *Лебединская К. С., Лебединский В. В.* Нарушения психического развития в детском и подростковом возрасте. М.: Академический проект, 2011.
10. *Личко А. Е.* Шизофрения у подростков. – Л.: Медицина, 1989.
11. *Мещеряков Б. Г., Зинченко В. П.* Большой психологический словарь. 3-е изд. – СПб.: Прайм-Еврознак, 2003.
12. *Обухова Л. Ф.* Возрастная психология. – М.: «Роспедагентство», 1996.

13. Реан А. А. (ред.) Психология подростка. Полное руководство. – СПб.: Евразик, 2008.
14. Рубинштейн С. Я. Методики экспериментальной патопсихологии. М., 1970.
15. Савина Т. Д. Экспериментально-психологическое исследование изменений психической активности у больных шизофренией с разными типами дефектных состояний. // Журн. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. 1993. Т. 93. № 3.
16. Троицкая Л. А. Особенности эмоциональной сферы и познавательной деятельности у детей и подростков в норме и при патологии ЦНС. – автореф. дисс. ... д-ра психол. наук, М. 2009.
17. Фельдштейн Д. И. Психологические особенности развития личности в подростковом возрасте – Вопросы психологии. 1988. № 6.

А. М. Щербакова

### **Проблемы самоопределения подростков с интеллектуальной недостаточностью**

Конечной целью специальной психолого-педагогической помощи детям с ограниченными возможностями здоровья является социализация, обеспечивающая интеграцию их в общество. Самоопределение понимается как относительно самостоятельный этап социализации, сущность которого заключается в формировании у индивида осознания цели и смысла жизни, готовности к самостоятельной жизнедеятельности на основе соотнесения своих желаний, наличных качеств, возможностей и требований, предъявляемых к нему со стороны окружающих и общества, что предполагает определенный уровень развития самосознания. В становлении самосознания велико значение самооценки. Способность оценивать себя закладывается в раннем детстве, а развитие и совершенствование самооценки происходит в течение всей жизни человека.

Самооценка является свойством личности, обусловленным всей ее жизнедеятельностью; она носит общественный характер и складывается под воздействием социальных условий. В качестве основных условий развития самооценки выступают такие факторы, как общение с окружающими и собственная деятельность ребенка.

Самооценка является центральным звеном произвольной саморегуляции, определяет направление и уровень активности личности. Исходные формы самооценки являются непосредственным отражением оценок взрослых. По мере развития ребенка преодолевается прямое принятие оценок взрослых, начинается процесс опосредствования их собственным опытом. Подлинная самооценка появляется тогда, когда ребенок наполняет ее новым содержанием, вытекающим из результатов его собственной активности.