

СТРУКТУРА САМОСОЗНАНИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

С.Н. Коваленко¹, М.Г. Романцов², С.В. Грибанова¹

¹Санкт-Петербургский филиал Современной гуманитарной академии,

²Санкт-Петербургская государственная медицинская академия

им. И.И. Мечникова, mr@nextmail.ru

В статье представлено исследование по оценке самосознания ВИЧ-позитивных беременных женщин, актуальность которого связана с увеличением в России ВИЧ-инфицированных женщин фертильного возраста. Беременность — сложный период в жизни любой женщины как с физиологической, так и психологической стороны. Изменения психики в этом физиологическом периоде в связи с ее настройкой на предстоящее общение с младенцем делают женщину более эмоционально уязвимой и беспомощной, нуждающейся в особой заботе и поддержке со стороны окружающих. Показано, что самосознание ВИЧ-инфицированных беременных женщин дезорганизовано устойчиво негативным отношением к себе, снижением социально-ролевой идентичности, противоречивыми связями и зависимостями между идентичностями, составляющими Я-концепцию.

Ключевые слова: самосознание, беременность, ВИЧ-инфекция, тревога, психологическая помощь.

STRUCTURE OF SELF-COMPREHENSION OF HIV-INFECTED OF PREGNANT WOMEN

S.N. Kovalenko¹, M.G. Romantsov², S.V. Gribanova¹

The ¹Sankt-Petersburg branch of Modern humanitarian academy,

The ²Sankt-Petersburg state medical academy of I.I. Mechnikova, mr@nextmail.ru

Research of features of consciousness of HIV-infected of pregnant women in due time and highly significantly in connection with increase in Russia quantities of HIV-infected of women фертильного age. Pregnancy — the difficult period in life of any woman, as with physiological, and psychological aspect. Alarm before forthcoming sorts, recourse and mentality changes in connection with its adjustment for forthcoming dialogue with the baby do the woman more emotionally vulnerable and helpless, requiring special care and supports from outside associates. Physical and psychological condition of HIV-infected of pregnant women even more difficult. Therefore so it was important to find out, how such woman understands itself, to concern itself, endures current situation as its system of representation about itself is arranged. The obtained data will help more competently and to render effectively the psychological help to pregnant women from HIV and to develop programs of psychological job with them.

Keywords: consciousness, pregnancy, HIV-infection, alarm, the psychological help.

Проблема самосознания (Я-образ, Я-концепция) сохраняет сегодня свою актуальность, что связано с потребностью определения степени важности человека в условиях современности, его способностей преобразовывать себя и окружающий мир, а разнообразие теоретических подходов к проблеме обуславливает необходимость проведения исследований [3, 6]. Л. С. Выготский, изучая проблему структуры самосознания, описывает направления, характеризующие самосознание, его структуру. Это накопление и углубление знаний о себе, рост их связности и обоснованности; вхождение в образ представлений о собственном внутреннем мире — «психологизация»; интеграция (осознание себя единым целым); осознание собственной индивидуальности; развитие внутренних моральных критериев при оценке себя, своей личности; развитие индивидуальных особенностей процессов самосознания. Структура самосознания, таким образом, понимается как единство познания себя (как отражение своих более или менее постоянных черт и представлений о своей сущности и общественной ценности), самооценки, отражающей уровень знания личностью себя и отношения к себе, саморегуляции [2]. Представляет интерес созданная О. А. Белобрыкиной психологическая модель самосознания личности, отражающая сущностные характеристики самосознания и самосмысловой сферы личности, показывая динамику их развития, а ощущение самоидентичности составляет базис развития самосознания личности [1]. В исследованиях А. Б. Орлова самосознание определяется особенностями самоотождествления и самопринятия. В процессе

персонализации личность самоотождествляется с «персоной». А.Б. Орлов отождествляет персонифицированную личность с «ликом», с «полноценно функционирующей личностью», характеризуя самосознание, определяя внешний и внутренний образ — Я [5].

Существующие подходы в исследовании структуры самосознания позволяют определить сложность изучаемой проблемы, ее многоплановость. В отечественной психологии структурными компонентами самосознания выступают когнитивный; эмоционально-оценочный (самоотношение); поведенческий (регулятивный), и в зависимости от исследовательских задач выделяется компонент, выступающий предметом их изучения, который описывается как структура и/или процесс [3, 7]. Исследование особенностей самосознания ВИЧ-инфицированных беременных своевременно и высоко значимо в связи с увеличением в России количества ВИЧ-инфицированных женщин фертильного возраста. Беременность — сложный период в жизни женщины как с физиологической, так и с психологической стороны. Тревога перед предстоящими родами, регресс и изменения психики в связи с ее настройкой на предстоящее общение с младенцем делают женщину эмоционально уязвимой и беспомощной, нуждающейся в особой заботе и поддержке со стороны окружающих. Физическое и психологическое состояние ВИЧ-инфицированных беременных женщин еще более сложное. Поэтому важно выяснить, как такая ВИЧ-позитивная женщина понимает себя, относится к себе, переживает сложившуюся ситуацию, как устро-

ена ее система представления о себе, что, безусловно, поможет более эффективно оказывать психологическую помощь ВИЧ-позитивным беременным и разрабатывать программы психологической работы с ними [4]. Я-концепция является одним из базовых элементов, составляющим структуру самосознания. Я-концепция является системой определений, отражающих собой идентичности, сформировавшиеся в результате состоявшихся процессов идентификации (например, в какой степени женщина идентифицирует себя как мать, жена, женщина и т.д.), в силу чего содержание Я-концепции определяет специфику самосознания личности [8].

Материал и методы

Нами предпринята попытка изучить особенности Я-концепции 63 ВИЧ-позитивных беременных женщин [2-я, основная группа, HIV (+)] и 57 беременных, не инфицированных вирусом [1-я, контрольная группа, HIV (-)] [4, 7]. Проведенный контент-анализ текста «20 высказываний Т. Макпартлэнда — М. Куна «Кто Я» по 4 тестам позволил выявить ответы, отражающие определения, составляющие Я-концепцию женщин, принявших участие в опросе: 1). общее количество ответов; 2). количество идентичностей; 3). половая идентичность; 4). семейно-ролевая идентичность; 5). социально-ролевая идентичность; 6). материнская идентичность; 7). обще-социальная идентичность; 8). эмоционально-положительная идентичность; 9). эмоционально-отрицательная идентичность; 10). физические характеристики; 11). эмоционально-положительная характеристика; 12). эмоционально-

отрицательная характеристика; 13). Нравственная характеристика; 14). Инфантильное описание.

Обсуждение результатов

В результате проведенных диагностических подходов выявлены различия у респондентов контрольной и экспериментальной групп по нескольким показателям (таблица.1). У беременных женщин без ВИЧ-инфекции общее количество ответов больше, составив 620 против 415 у ВИЧ-инфицированных женщин, и связано с тем, что ВИЧ-позитивные беременные женщины выделили меньше половых, социальных, семейных и других идентичностей (435 против 600), т.е. у них меньшая степень самопонимания, недифференцированное отношение к себе. Показатель (сексуальной) половой идентичности выявлен у женщин обеих групп, составив 536 и 499, соответственно, среди них отметили свою половую принадлежность лишь 48% беременных женщин и 70% ВИЧ-инфицированных женщин. Оценка значимости по критерию Фишера $\varphi^* = 1,984 - 1,531 \sqrt{20 \cdot 25 / 20 + 25} = 1,5018$ ($p = 0,067$) показала, что различия не имеют статистической достоверности, поскольку респонденты обеих групп включают половую идентичность (женскую) в структуру своего «Я-образа», но для ВИЧ-позитивных женщин понимание себя как представителя женского пола более значимо. Респонденты обеих групп отметили семейно-ролевую идентичность, число ответов составило 624 и 411 соответственно. Однако ВИЧ-негативные беременные женщины дали ответов почти в 2 раза больше (44), чем ВИЧ-позитивные беременные (24), отражая то, что беременные женщины ВИЧ-негативные имеют большее количество

семейно-ролевых идентичностей (в среднем по группе 1,7), для них характерна большая значимость семейной идентичности (624 ответа) в структуре их Я-концепции, они семейно адаптированы. Так, 84% ВИЧ-негативных беременных состоят в официальном браке, а ВИЧ-позитивные женщины имеют законного мужа в 64% случаев. Показатель социально-ролевой идентичности характеризует их представленность в структуре Я-концепции, позволяя оценить, в какой степени респонденты осознают свое положение, статус в социуме. Количество социальных идентичностей у ВИЧ-позитивных беременных женщин (в среднем по группе 0,55, против 2,0) ниже ($p=0,007$, $p<0,01$), чем у ВИЧ-негативных беременных женщин, указывая на то, что у ВИЧ-позитивных беременных женщин не сформирована и/или деформирована система социально-ролевых идентичностей. Они в силу своего заболевания часто подвержены нападкам в обществе, становятся «изгоями» и поэтому сами стремятся изолировать себя от него, проводя больше времени в одиночестве или в окружении своих близких, что влияет на их самовосприятие и самооценку, и как следствие, на структуру их Я-концепции. Показатель «материнская идентичность» характеризует социально-ролевую позицию матери в структуре Я-концепции женщины. У женщин обеих групп эта идентичность составила в среднем 0,64 и 0,70, т.е. женщины обеих групп одинаково осознают себя как мать. Но ВИЧ-позитивные беременные женщины отметили материнскую идентичность в 70%, тогда как ВИЧ-негативные женщины — в 56% случаев, указывая на то, что у ВИЧ-позитивных беременных

женщин материнская идентичность больше (но незначимо) выражена в структуре Я-образа, они более остро осознают свою материнскую ответственность, переживая за здоровье будущего малыша.

Возможность оценить наличие идентичностей, характеризующих женщину как представителя каких-то неформальных общественных групп, организаций, дает общесоциальная идентичность, составившая в среднем по группам соответственно 1,25 и 1,36, т.е. она представлена в обеих наблюдаемых группах. Ответы субъективного характера, в которых женщина дает негативную эмоциональную оценку себе, особенностям своего характера и своему поведению, представлены в эмоционально-отрицательной идентичности. Сравнительный анализ идентичностей (0,12 против 0,8 по средним показателям) в двух наблюдаемых группах показал их достоверность ($p=0,004$). ВИЧ-негативные беременные женщины дали только 12% ответов, а у ВИЧ-позитивных беременных женщин — 60% ответов, имеющих эмоционально-отрицательную окраску. Можно предположить, что в структуре Я-концепции ВИЧ-позитивных беременных преобладает устойчиво негативное отношение к себе, а причиной появления идентичностей с отрицательным конвенционным знаком является чувство вины перед собой, семьей, будущим малышом, а также негативные установки общества по отношению к ВИЧ-инфицированным. Ответы в форме прилагательных, носящие эмоциональный характер позитивного ряда (умная, добрая, ласковая) оцениваются с помощью эмоционально-положительной идентичности. ВИЧ-

**Сравнительная статистика величин,
составляющих Я-концепцию беременных женщин**

Показатели	Средний показатель 1 группа-HIV(-)	Средний показатель 2 группа (HIV+)	Сумма ответов 1 группа HIV(-)	Сумма ответов 2 группа (HIV+)	U	P –уровень
Сумма ответов	14,64	12,3	620	415	205	0,304018
Сумма идентичностей	7,52	6,35	600	435	225	0,567976
Сексуальная (половая) идентичность	0,64	0,8	536	499	211	0,373031
Семейно-ролевая идентичность	1,72	1,2	624	411	201	0,263047
Социально-ролевая идентичность	2	0,55	693	342	132	0,007036
Материнская идентичность	0,64	0,7	554	481	229	0,631463
Общесоциальная идентичность	1,36	1,25	548,5	486,5	223,5	0,544982
Эмоционально-положительная идентичность	1,04	1,1	553,5	481,5	228,5	0,623363
Эмоционально-отрицательная идентичность	0,12	0,8	450,5	584,5	125,5	0,004461
Физические характеристики	0,08	0	585	450	240	0,819324
Эмоционально-положительная характеристика	4,84	3,2	623,5	411,5	201,5	0,267949
Эмоционально-отрицательная характеристика	1,4	0,95	587,5	447,5	237,5	0,775248
Нравственные характеристики	0,12	0,25	546	489	221	0,507715
Инфантильные ответы	0,68	1,55	569,5	465,5	244,5	0,900027

Примечание: 1 группа — ВИЧ-негативные беременные женщины; группа 2 — ВИЧ-позитивные беременные женщины; жирным шрифтом выделены различия на уровне $p < 0,01$.

отрицательные беременные дали 121 ответ с положительно-эмоциональной окраской против 64 ответов у ВИЧ-позитивных женщин. Женщины с ВИЧ-отрицательным статусом, склонны оценивать себя с положительной стороны (сумма ответов 450,5), а количество эмоционально отрицательных идентичностей беременных с ВИЧ-инфекцией составило 584,5, они в меньшей степени оценивали себя положительно.

У ВИЧ-позитивных женщин больше (1,55) инфантильных ответов, чем у бере-

менных без наличия HIV (0,68 в среднем по группе). Вероятно, ВИЧ-позитивные беременные эмоционально менее зрелые, не понимают и не осознают своего заболевания и его последствий.

Таким образом, у ВИЧ-инфицированных беременных женщин минимальная степень самопонимания, для них более значимо осознавать себя представителем женского пола, в структуре их Я-концепции семейный статус не является значимым, не сформирована система социально-ролевых идентич-

ностей, их самосознание дезорганизовано негативным отношением к себе. У беременных (ВИЧ-негативных) женщин семейный и социальный статус имеет существенное значение в структуре Я-концепции,

Выводы

Самосознание ВИЧ-инфицированных беременных женщин дезорганизовано устойчиво негативным отношением к себе и снижением в 2 раза социально-ролевой идентичности (342 против 693); причиной является инфицированность вирусом иммунодефицита человека. Их самосознание дезорганизовано противоречивыми связями и зависимостями между идентичностями, составляющими Я-концепцию. Оно основывается на внутреннем конфликтном самоотношении и снижении самопривязанности — положительного, принимающего отношения к себе.

Список литературы

1. Белобрыкина О.А. Психологические условия и факторы развития самооценки

личности на ранних этапах онтогенеза: Автореф. дис. канд. психол. наук — Н., 2000.

2. Выготский Л.С. Педология подростка. Собр. соч. — Т. 4. — М.: Педагогика 1984. — С. 229–231.

3. Мерлин В.Е. Личность и общество. Структура личности. — Пермь, 1990.

4. Ниаури Д.А. Психологическая адаптация ВИЧ-инфицированных женщин // Вестник СПбГУ. — 2006. — Выпуск №1. — С. 38–46.

5. Орлов А.Б. Эмпирическая личность и ее структура // Вопросы психологии. — 1995. — № 2.

6. Рубинштейн С.Л. Самосознание личности и ее жизненный путь. Собр. соч. в 2-х т. — М., 1989. — Т.2. — С. 236 — 250.

7. Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. — М.: МГУ. — 1989.

8. Сорокина Т.Т. Роды и психика. — Минск. — 2003.