

ГЕНДЕРНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ И САМОАКТУАЛИЗАЦИЯ ЛИЧНОСТИ ЖЕНЩИНЫ СОГЛАСНО ЕЕ РЕПРОДУКТИВНОМУ ПОВЕДЕНИЮ

Крутова В.А., Биличенко Е.Н.

Современная теория о гендере и гендерной идентичности предполагает, что проявление различных личностных качеств человека, в том числе и его самоактуализация, связаны не столько с биологическим полом (мужчина/женщина), сколько с социально-психологическим полом – теми чертами, качествами и свойствами, которые сконструированы социокультурной средой. При этом процесс реализации гендерной идентичности различается в зависимости от той ситуации, в которой находится личность. Д.А. Леонтьев говорит о том, что процесс самоактуализации женщины идет путем реализации себя в форме личностных вкладов в других людях. Гендерная роль женщины неразрывно связана с материнством, как одним из способов реализации себя в другом человеке – ребенке. Эмоционально значимым в таком случае для женщины является диагноз бесплодие, который лишает ее возможности подтвердить свою женственность рождением ребенка. Мы предполагаем, что в подобной жизненной ситуации для личности женщины возможны изменения в системе ценностей и способах самоактуализации, которые необходимы для реализации идентичности в новых условиях.

Цель исследования – изучение взаимосвязи гендерной самооценки и самоактуализации личности женщин, находящихся в различных жизненных ситуациях: в ситуации материнства (наличия детей) и в ситуации бесплодия.

Предмет исследования: особенности самоактуализации личности женщины.

Предмет исследования: взаимосвязь самоактуализации и гендерной самооценки личности женщины.

Гипотеза: существует взаимосвязь между самоактуализацией и гендерной самооценкой личности женщины.

Объект исследования: в исследовании приняли участие 50 женщин в возрасте 20-40 лет, 30 из них, имеющие диагноз бесплодие (инфертильные) и 20 - имеющие детей (фертильные).

Для проведения исследования использовались следующие эмпирические методы: САТ (модифицированный вариант опросника личностных ориентаций Э. Шострома); методика Будасси (для выявления показателя гендерной самооценки самооценки); методика «Уровень соотношения ценности и доступности» (УСЦД) Е.Б. Фанталовой; методика «Незаконченные предложения» (разработана Саксом и Леви); проективное сочинение «Я - женщина».

Методы обработки данных: количественный (математическая статистика с использованием программного пакета STATISTICA 6.0); качественный (контент-анализ, аналитическое сравнение).

Результаты исследования. Данные опросника «САТ» по выделенным группам респондентов представлены в таблице 1 «Самоактуализация инфертильных и фертильных женщин» ($p < 0,05$).

Таблица 1. Самоактуализация инфертильных и фертильных женщин

Название шкалы	Инфертильные женщины	Фертильные женщины
Ориентация во времени	8,4	8,8
Поддержка	46	51
Ценностные ориентации	11,5	12
Гибкость поведения	11,0	14,0
Сензитивность к себе	6,6	6,0
Спонтанность	6,5	7,3
Самоуважение	8,0	10,0
Самопринятие	9,8	11,7
Представления о природе человека	5,5	5,3
Синергия	3,7	3,7
Принятие агрессии	7,8	8,2
Контактность	9,3	10,0
Познавательные потребности	5,2	4,9
Креативность	6,0	6,5

Полученные значения по всем 14 шкалам у обеих групп респонденток – лежат в области средних значений относительно максимального количества баллов, которые можно было набрать по САТ. Максимальное количество баллов не набрал никто, это означает, что среди женщин нет самоактуализирующихся. Однако, набранные по всем шкалам средние или выше среднего показатели, говорят о том, что ценности и черты самоактуализации в определенной мере присутствуют у респонденток, но имеют свои особенности. Так, например, у инфертильных женщин сильнее выражена тенденция к конформности и ориентации на групповые нормы. А фертильные женщины проявляют больше гибкости в поведении, взаимодействии с окружающими, быстрее реагируют на изменяющуюся ситуацию.

Обобщая данные, можно говорить о сходных для обеих групп женщин особенностях самоактуализации: незрелость и несамостоятельность личности (ориентация на поддержку), определенный консерватизм или следование традиции, специфическое отношение к контактам и сотрудничеству, подавление эмоциональной сферы (гнева), то есть ориентация на «терпение», стремление «быть хорошей, доброй, мягкой».

Как уже говорилось выше, среди выделенных нами групп нет самоактуализирующихся респонденток, но им присущи ценности самоактуализации. Для того чтобы выделить актуальные ценности, присутствующие в сознании женщин, участвующих в исследовании, а также уровень доступности этих ценностей, состояния внутриличностных конфликтов и «вакуумов» мы использовали методику Е.Б. Фанталовой «УСЦД». Общие результаты диагностики представлены в таблице 2.

Таблица 2. Результаты диагностики «УСЦД» инфертильных и фертильных женщин

	Инфертильные женщины	Фертильные женщины
Ведущие ценности	1. Счастливая семейная жизнь 2. Здоровье 3. Любовь	1. Счастливая семейная жизнь 2. Любовь
Наиболее доступные ценности	-	Счастливая семейная жизнь
Малозначимые ценности	1. Активная жизнь 2. Красота природы и искусства, творчество	1. Активная жизнь 2. Красота природы и искусства, творчество
Недоступные ценности	-	Здоровье
Вакуум	Красота природы и искусства, творчество	-
Конфликт	Ценность здоровья и невозможность его сохранить	Ценность здоровья и невозможность его сохранить

Анализ результатов диагностики ценностных ориентаций показал, что бесплодные женщины в настоящий момент выделяют три актуальных для них ценности: счастливая семейная жизнь, здоровье, любовь; тогда как женщины, имеющие детей, определяют ведущими ценностями только счастливую семейную жизнь и любовь. При этом счастливая семейная жизнь для них является одновременно и наиболее доступной ценностью, для получения которой не надо прилагать усилий. Обе группы респонденток малозначимыми ценностями определяют активную жизнь, красоту природы и искусства, т.е. наличие этих ценностей в жизни не является важным для респонденток.

Следует обратить внимание на то, что недоступной ценностью для женщин, имеющих детей является здоровье, при этом здоровье не входит в круг наиболее актуальных ценностей. Низкий уровень доступности ценности характеризуется приложением большого количества сил для ее реализации. При этом бесплодные женщины не выделяют каких-либо недоступных ценностей, но определяют красоту природы и искусства как ценность, находящуюся в вакуумном состоянии, т.е. уровень ее доступности гораздо выше, чем необходимость в самой ценности. Состояние вакуума сопровождается ощущением внутренней опустошенности, снижением побуждений к действиям.

В состоянии внутреннего конфликта для обеих групп респонденток находится ценность здоровья. Т.е. именно эта ценностная категория имеет наибольшее расхождение в мотивационно - личностной сфере. Состояние внутреннего конфликта – это, прежде всего состояние «разрыва» в системе «сознание-бытие», а именно расхождение между потребностью в достижении внутренне значимых ценностных объектов и возможностью такого достижения в реальности. Таким образом, ценность категории «здоровье» очень высока (так у бесплодных это одна из наиболее актуальных ценностей), а способов и возможностей ее реализовать и поддержать мало.

Самоактуализационный тест показал, что между бесплодными женщинами и теми, кто имеет детей, существует различие в уровне самопринятия. Особенности гендерной самооценки изучались с помощью методики Будасси. Результаты диагностики представлены в таблице 3.

Таблица 3. Распределение результатов гендерной самооценки женщин (%)

Уровень самооценки	Инфертильные женщины	Фертильные женщины
Низкий	33	31
Средний	42	38
Высокий	25	31

Обладатели средних и высоких показателей по гендерной самооценке характеризуются как уверенные в себе, имеющие устойчивые гендерные самоописания, иногда (особенно обладатели высокой самооценки) могут быть закрыты для нового опыта или игнорировать не соответствующую их гендерным представлениям информацию. В общем средние и высокие показатели характеризуют позитивное отношение личности к себе как к женщине, удовлетворенность своими гендерными характеристиками. Соответственно, низкая гендерная самооценка может быть показателем неустойчивых гендерных самоописаний и неудовлетворенности своими гендерными характеристиками.

Количественный анализ методики показал, что среди респондентов обеих групп чаще всего встречается средняя самооценка (42% и 38%). Но, среди тех женщин, у которых есть дети, низкий и высокий уровень самооценки встречается равное количество раз (31%), тогда как у бесплодных женщин преобладает низкий уровень самооценки.

В данной методике, респонденты оценивают себя по тем качествам, которые записывают сами, поэтому мы провели качественный анализ результатов. Бесплодные женщины чаще всего описывают себя через следующие характеристики: добрая – 67%; заботливая – 46%; трудолюбивая, женственная – 42%; ответственная, умная, целеустремленная – 36%. Из общего числа характеристик себя - 13% имеют негативную окраску (сварливая, вредная, злая и т.д.).

Женщины, имеющие детей, выделяют следующие характеристики: добрая, красивая – 87%; умная – 81%; любящая (мужа, ребенка, близких), трудолюбивая, хозяйственная – 69%; заботливая – 63%. Среди этих описаний негативных характеристик всего 7%.

Таким образом, женщины, имеющие детей, имеют о себе более стереотипное представление, чем бесплодные, и меньше описывают себя через негативные характеристики. Различия в характеристиках выглядят следующим образом: бесплодные женщины основными своими качествами чаще всего называли: женственность, целеустремленность и ответственность, а женщины, имеющие детей, чаще приписывают себе такие качества, как - красивая, любящая (мужа, ребенка, близких), хозяйственная.

Важно заметить, что у бесплодных женщин самые популярные качества встречаются не меньше, чем в 36% самоописаний, а у имеющих детей – не меньше, чем в 63%. Это позволяет нам сделать вывод о том, что для фертильных женщин характерна трансляция более устойчивого, позитивного и стереотипного представления о себе, тогда как реальный и идеальный Образ Я у инфертильных женщин имеет больше вариаций и он более реалистичен за счет большего включения респондентами в тексты своих отрицательных качеств.

Использование проективных методик позволяет нам выяснить как в сознании женщин представлен Образ Я, какие жизненные стратегии и темы они считают важными, какие жизненные сферы являются для них наиболее актуальными, куда прилагаются основные силы и, соответственно, куда направлен вектор самоактуализации. Анализируя сочинения необходимо отметить следующее:

- В сознании бесплодных женщин достаточно четко представлен Образ Я и образ партнера (близкого). Тогда как у женщин, имеющих детей актуальными являются образы других людей: мужа, детей, мужчин в целом. Можно проследить некоторую иерархию в распределении тем, касающихся семьи. У бесплодных женщин: Образ Я, отношения с мужем, материнство, у женщин, имеющих детей – материнство, отношения с мужем и другими мужчинами, отношение к своему возрасту.
- Супружеские отношения у бесплодных женщин в большинстве случаев являются ресурсными и гармоничными, где они получают поддержку, заботу и могут реализовать свои чувства, а для женщин имеющих детей, отношения с партнером в большей степени носят рациональный характер, распределение ролей и борьбы за власть. Кроме того, выбор партнера по всем видимости для женщин имеющих детей не завершился, т.к. тема других мужчин, отношения к ним является для них достаточно актуальной.
- В целом, можно говорить о том, что материнство для бесплодных женщин является актуальной ценностью, но отнюдь не самой главной. Для второй группы респонденток материнство обозначено как главная функция, которую необходимо выполнять.

Для проверки особенностей взаимосвязи между самоактуализацией и гендерной самооценки мы использовали метод корреляции Спирмена ($p < 0,05$). Показатели корреляции средних значений методики «САТ» и данных по результатам гендерной самооценки представлены в таблице 4.

Таблица 4. Самооценка и самоактуализация и инфертильных и фертильных женщин

	Инфертильные женщины	Фертильные женщины
Самооценка и ориентация во времени	0,06	-0,19
Самооценка и поддержка	-0,11	-0,11
Самооценка и ценностные ориентации	-0,10	-0,43
Самооценка и гибкость поведения	-0,21	0,03
Самооценка и сензитивность к себе	-0,11	-0,23
Самооценка и спонтанность	0,02	0,02
Самооценка и самоуважение	0,05	-0,13
Самооценка и самопринятие	-0,3	0,3
Самооценка и представление о природе человека	-0,06	-0,6
Самооценка и синергия	0,003	-0,52
Самооценка и принятие агрессии	0,02	-0,12
Самооценка и контактность	-0,13	0,3
Самооценка и познавательная потребность	-0,02	0,01
Самооценка и креативность	-0,01	0,1

Как видно из таблицы у женщин, имеющих детей, связей между самооценкой и шкалами самоактуализационного теста больше, чем у бесплодных. У бесплодных женщин существует слабая обратная зависимость между самооценкой и самопринятием, т.е. повышение самооценки ведет к понижению способности к принятию себя, вне зависимости от оценки своих качеств. У женщин, имеющих детей, корреляция между этими шкалами имеет такую же силу, но противоположный вектор, т.е. для них повышение самооценки ведет к повышению способности принимать себя со всеми достоинствами и недостатками.

Так же у фертильных женщин существует умеренная обратная зависимость между самооценкой и шкалой ценностных ориентаций, т.е. высокая самооценка ведет к менее частому выбору ценностных ориентаций, присущих самоактуализирующейся личности. Между самооценкой и блоком концепции человека, куда входят шкалы представление о природе человека и синергия выявился средний уровень обратной связи, что говорит о следующем - повышение самооценки ведет к тому, что личность чаще склонна не воспринимает природу человека как положительную и дихотомии мужественность - женственность, рациональное - эмоциональное становятся антагонистическими и непреодолимыми, понижается способность к целостному восприятию мира.

Таким образом, мы можем сформулировать следующий вывод: для бесплодных женщин характерна ситуация: «Чем лучше я думаю о себе, как о женщине, тем труднее мне принимать все свои недостатки», а для женщин, имеющих детей – «Чем выше я ценю себя как о женщину, тем легче мне принимать свои достоинства и недостатки, но я реже выбираю ценности, присущие самоактуализирующимся людям и хуже думаю об окружающих меня людях, а так же реже воспринимаю мир как целостный образ».

Для выявления особенностей психологических переживаний у женщин нами был проведен анализ блока незаконченных предложений, связанных с самоотношением. Описание выделенных особенностей приведено ниже.

Инфертильные женщины определяют одним из основных критериев счастья рождение ребенка. Их основные желания связаны с достижением личного благополучия. Основными скрытыми желаниями они называют стремление к материнству (при этом только 23% респонденток верят в то, что они способны стать матерями), благоустроенность жизни, проявление своих способностей в профессии и творчестве, т.е. ищут способы подтвердить свою значимость и состоятельность как личности в обход выполнения родительской функции. Основные страхи связаны с невозможностью добиться поставленной цели и с нарушениями здоровья. В их жизни присутствует стремление избавиться от негативных эмоций, переживаний, связанных с давлением со стороны. При этом в случае возникновения трудностей или опасностей только треть этих респонденток готова выступать в субъектной позиции, предпринимать что-либо для предложения трудностей. Чувство вины в большинстве случаев инфертильные женщины испытывают за равнодушное отношение к здоровью, а также за обман и обиды, причиненные ими окружающим. Своими слабостями чаще всего инфертильные женщины называют страхи, сомнения, неуверенность в себе, а так же высокий уровень доверия к окружающим.

Женщины, имеющие детей, в свою очередь в качестве критерия счастья выделяют обретение душевного спокойствия, нарушение которого связано с личными переживаниями и конфликтами с близкими людьми. Эта группа респонденток в большей степени ориентирована на отношения с окружающими и на заботу об окружающих, что можно подтвердить распределением количества желаний о себе (50%) и о других (39%) в ответах, материальное благополучие, позволяющее путешествовать, заниматься бизнесом, т.е. реализовываться вне семьи, определяется ими как скрытое желание, что, возможно, говорит о стремлении реализоваться в сферах, не связанных с семьей. Основными своими страхами фертильные женщины называют боязнь высоты и возможность брать на себя ответственность, при этом избавиться они хотели от всех опасений связанных со своей семьей. Единственные поступки, которые готовы представить как вызывающие чувство вины для этих женщин – это совершенный ими обман, в остальных случаях респондентки либо не готовы говорить о том, за что они чувствуют себя виноватыми, либо вообще не признают за собой таких поступков. Женщины, имеющие детей верят в свои возможности реализоваться в профессиональной сфере, а наибольшими своими слабостями неумение регулировать свои эмоции.

Резюмируя все вышесказанное, мы можем говорить о существовании различий в гендерной самооценке и самоактуализации у женщин, находящихся в различных жизненных ситуациях: ситуации материнства и ситуации бесплодия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение – М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2004 – 336с.
2. Анохин Л.В., Коновалов О.Е. Бесплодие в браке. – Рязань, 1995.- 128с.
3. Братусь Б.С. Смысловая сфера личности // Психология личности в трудах отечественных психологов/ Сост. И общая редакция Л.В. Куликова. – СПб.: Питер, 2001. – 480 с., с.130-139.
4. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Кратк. Учебн. / Пер. с нем. Г.А.Обухова, А.В.Бруенка; Предисл. В.Г.Остроглазова. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376 с.
5. Волков А.Е. Личностные особенности женщин во время беременности. Краснодар – Анапа, 2003. С.370 – 373.
6. Волков А.Е. Психосоматический синдром у беременных, страдающих поздним гистозом. Краснодар – Анапа, 2003. С.385 – 388.
7. Волков А.Е. Психологические особенности беременных и родильниц. Краснодар – Анапа, 2003. С.373-376
8. Волкович Е.А., Яценко О.К., Муромская Г.А., Зыкова Л.А. Состояние межличностных отношений супругов в бесплодном браке / Актуальные вопросы сексопатологии: тезисы докладов. – Киев, 1984. – С. 35.
9. Дахно Ф.В., Каталевская Л.Г., Белоус Л.Н., Чадаев В.Е. Исследование эмоционально-волевой сферы у бесплодных женщин // Физиологии и патологии репродуктивной функции женщины: науч. тр. - Харьков, 1984. - С. 7 - 8.
10. Дейнека Н.В. Психологические проблемы женского бесплодия: диагностика и пути коррекции. Авт.дисс. канд.мед.наук. Самара, 2001.
11. Лоныч В.В., Богдашкин Н.Г., Кришталь В.В., Терещук Л.М., Парашук Ю.С., Сердюк А.И., Лоныч М.В., Игнатенко В.С. Сексуальная дисгармония супружеской пары при женском бесплодии // Эксперим. и клинич. медицина, 1999, N 1. - 144-147 с.
12. Лоныч В.В. Немедикаментозные методы терапии инфертильности и сексуальной дисгармонии при генитальном инфантилизме. Диссертация ... канд. мед. наук. – Харьков, 1989.-с. 210.

13. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. – М.: “МЕДпресс”, 1999. – 592 с.
14. Менегетти А. Психосоматика/Пер. с итальянского ННБФ «Онтопсихология». – М.: ННБФ «Онтопсихология», 2004 – 360с.
15. Микиргумов Б.Е. Клинико-психологическая характеристика больных с психогенной аменореей в пубертатном возрасте. Акушерство и гинекология №3, 1987. С.23 – 26
16. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. Издательство МГУ, 1987. - 168 с.
17. Оганесян М.Г. Патологические аспекты нарушения репродуктивной функции после воздействия психоэмоционального стресса. Авт.дисс.д.м.н. М., 1997.
18. Пепперел Р.Дж., Хадсон Б., Вуд К. Бесплодный брак.- М.: Медицина, 1986.
19. Пшеничникова Т.Я. Бесплодие в браке. - М., 1991. - С. 206 - 228.
20. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара: Издательский Дом “БАХРАХ”, 1998. – 672с.
21. Рябикова З.И. Личность и «пространства её бытия» //Психологические проблемы самореализации личности. Сборник научных трудов. Выпуск 3. – Краснодар, 1998
22. Славская А.Н. Личность как субъект интерпретации. – Дубна: Феникс +, 2002 - 240с.
23. Сулейманова Г.П. Психосоматические соотношения и внутренняя картина болезни у больных синдромом первичной фибромиалгии. Дисс.к.м.н. Волгоград, 2005.
24. Шенкер Дж. Стресс и бесплодие // Акушерство и гинекология. – 1993. - № 2. – С. 39-42.
25. Юнда И.Ф. Бесплодие в супружестве. – Киев: Здоровья, 1990.- 462 с.
26. Abbey A., Halman C.J. Fertil Steril 1992; 57:1:122-128.
27. Andrews F.M., Abbey A. Fertil Steril 1992; 57:6:1247-1253.
28. Deutsch H. Psychology of women. 1st edn Grime and Stratton. - New York:-1945, -v. 2.-ch.5.
29. Domar A.D. et. al. Fertil. Steril – 1992.-v.58.-N.6.-P. 1158-1163.
30. Erikson E.N. Childhood and Society// W. Norton, New York. – 1963.
31. Menning B.E. The emotional needs of infertile couples // Fertil. and Steril.-1980.-34.- N3/4.-P. 313-319.
32. McEwan K.L. et al. Adjustment to infertility //J. Abnorm. Psychol.-1987.-96.-P. 1088-116.
33. Nachigall R.D. et al. Fertil Steril.- 1992.-v.57.-N1 P.113-121.
34. Stauber M. Psychosomstischen Untersuchungen zur sterilen Partnerschaft//Gynaekologie.-1982.v.15.-N4.-P.202-206.
35. Zech H. Психологическая диагностика и терапия при бесплодии. Проблемы репродукции, №1, 1995. С.97 – 99.