

<https://www.doi.org/10.33910/1992-6464-2022-203-135-147>

*Т. Н. Адеева, С. А. Хазова*

## ПРЕДИКТОРЫ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ ДЕФЕКТА У ВЗРОСЛЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ДИЗОНТОГЕНЕЗА

Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ) в рамках научного проекта № 19-013-00768А.

*В статье рассматривается феномен внутренней картины дефекта (ВКД) взрослых людей с различными вариантами дизонтогенеза. ВКД рассматривается как сложное интегративное образование, как комплекс ощущений, знаний, переживаний, мотивационных изменений, связанных с нарушением и имеющим значение для социальной адаптации. Целью исследования является выявление предикторов компонентов внутренней картины дефекта в группах взрослых с различными вариантами дизонтогенеза. Выявлена специфика наполненности компонентов ВКД в зависимости от варианта дизонтогенеза. Значительная выраженность показателей индивидуально-личностных характеристик, показателей самооотношения, социально-психологической адаптации может рассматриваться как фактор возможного риска формирования неадекватной ВКД. При различных вариантах нарушенного развития определены индивидуально-личностные характеристики, показатели самооотношения и социально-психологической адаптации, являющиеся предикторами компонентов ВКД.*

**Ключевые слова:** внутренняя картина дефекта, взрослые, нарушения слуха, нарушения зрения, нарушения функций опорно-двигательного аппарата, тяжелые нарушения речи

*Т. Adeeva, S. Khazova*

## PREDICATION OF THE INTERNAL DISORDER PATTERN AMONG ADULTS WITH VARIOUS DYSONTOGENESIS VARIANTS

The study was supported by the Russian Foundation for Basic Research, Research Project No. 19-013-00768A.

*The article explores the internal disorder pattern (IDP) in adults with different forms of dysontogenesis. IDP is considered as a complex integrative structure. It is a set of sensations, knowledge, experiences, and motivational changes associated with the disorder that have consequences for social adaptation. The study aims to identify the predictors of the elements that comprise the internal disorder pattern in groups of adults with different forms of dysontogenesis. The study revealed the sets of structural elements of IDP specific for different forms of dysontogenesis. Possible risk factors for inadequate IDP correlate with the quality of indicators related to individual and personal characteristics, self-attitude, and social and psychological adaptation. The study identified the predictors of the elements that comprise IDP in different forms of dysontogenesis. Such predictors include individual and personal characteristics, indicators of self-attitude and social and psychological adaptation.*

**Keywords:** internal disorder pattern, adults, visual impairment, speech disorders, hearing impairment, mobility disabilities

### Введение

Изучение феномена внутренней картины дефекта связано с исследованием проблемы самосознания и Я-концепции личности.

Наличие ограниченных возможностей здоровья является условием развития личности, значимым для формирования самооотношения, представления о собственных возможностях,

способностях, а также значимым для социально-психологической адаптации личности. В немногочисленных современных исследованиях под внутренней картиной дефекта понимается «комплекс представлений и переживаний субъекта по поводу имеющегося дефекта, который обуславливает формирование устойчивого чувства собственной неполноценности, определяя тем самым индивидуальную активность личности» [5; 11]. Особенности внутренней картины дефекта имеют значение для процесса самореализации, самоактуализации личности, может рассматриваться как фактор адаптации и фактор риска дезадаптации [2; 9]. В то же время интересно определить обусловленность самого феномена ВКД. Однако данный вопрос в современной специальной психологии представлен фрагментарно.

Обращаясь к анализу научной литературы, следует отметить, что внутренняя картина дефекта становится предметом научного анализа в единичных работах [2; 6; 11]. В большинстве случаев в центре внимания исследователей находится специфика развития личности, Я-концепции при различных вариантах дизонтогенеза, а представление о нарушении и отношении к нему личности изучаются опосредованно. Одним из значимых факторов в данном случае является вариант дизонтогенеза. Часто в центре внимания исследователей оказывается проблема формирования самоотношения и отношения к собственному состоянию в условиях выраженного физического дефекта. Определены проблемы формирования самоидентичности, запаздывание этапов формирования идентичности [4; 15]. В ряде работ указано на трансформацию компонентов Я-концепции при возникновении нарушения во взрослом возрасте, а также в связи со спецификой «образа тела» при различных вариантах детского церебрального паралича [8; 10]. Охарактеризованы особенности негативных переживаний, значимых для социального взаимодействия, при наличии у человека последствий ДЦП и спинальных травм [7].

Одним из актуальнейших на сегодняшний день остается вопрос о формировании Я-концепции и отношения к дефекту в условиях стигмации [1; 16]. Подчеркивается связь стигмации с наличием депрессивных расстройств, неадекватной самооценки, нарушением процесса формирования личностной идентичности и, как следствие, увеличение количества людей, имеющих статус инвалида. Традиционно подчеркивается роль семьи и семейных ценностей для обеспечения гармоничного взаимодействия ребенка с ОВЗ со средой [14].

Не менее значимым направлением исследований является проблема сохранности, адекватности самосознания личности и отношения к имеющемуся нарушению при различных вариантах медицинских воздействий. Подчеркивается недостаточность имеющихся исследований в данной области [12; 13; 17].

В ряде работ акцент сделан на особенностях взаимосвязей личностных характеристик, вариантов нарушенного развития, специфики социальных связей, выбора копинг-стратегий [3; 16]. Комплексный подход к феномену внутренней картины дефекта позволил не только выделить варианты ВКД, описать стойкие поведенческие паттерны, значимые для прогнозирования поведения личности в различных жизненных ситуациях, но и определить факторы, определяющие особенности ВКД. Среди наиболее важных из них С. В. Чебарыкова называет «сформированность способности адекватно относиться к окружающему миру, другим людям, самому себе; стрессоустойчивость, способность противостоять срывам; опыт и успешность предыдущей адаптации» [11]. В целом, анализ научной литературы позволяет сказать, что самосознание личности и внутренняя картина дефекта включены в сложную систему взаимосвязей и взаимовлияния.

В настоящей работе внутренняя картина дефекта рассматривается как составляющая Я-концепции, как сложное, интегративное образование; ВКД понимается как комплекс

ощущений, знаний, переживаний, мотивационных изменений, связанных с нарушением.

**Цель исследования:** определить предикацию компонентов внутренней картины дефекта в группах взрослых с различными вариантами дизонтогенеза; выявить возможные «негативные, рискованные» для личностного развития варианты связей.

Выборку исследования составили 75 человек: 21 человек с нарушениями зрения (НЗ, 7 мужчин, 14 женщин), 19 человек с тяжелыми нарушениями речи (ТНР, 10 мужчин, 9 женщин), 24 человека с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата (ОДА, 14 мужчин, 10 женщин), 11 человек с нарушениями слуха (НС, 5 мужчин, 6 женщин). Средний возраст 35 лет.

#### Методики исследования

Использована беседа «Изучение внутренней картины дефекта» Т. Н. Адеевой (2018). Разделы беседы были структурированы в соответствии с выделенными компонентами ВКД (сенситивный, физический, когнитивный, эмоциональный, мотивационный). Полученные ответы респондентов были обработаны методом контент-анализа. Использованы «Методика диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда» (адаптация А. К. Осницкого, 2004), тест-опросник самоотношения (В. В. Столин, С. Р. Пантелеев, 1989), индивидуально-типологический опросник (ИТО) Л. Н. Собчик (1995). Статистическая обработка проводилась с использованием программы 10.0 Statistica, для выявления детерминации компонентов ВКД применялся регрессионный анализ, для определения различий между группами использовался U-критерий Манна — Уитни.

В каждом разделе беседы выделены семантические блоки, иллюстрирующие представление человека о компонентах ВКД. В физическом компоненте сосредоточены вопросы о каждодневном самочувствии, о наличии или отсутствии специфических

ощущений, об изменении физического состояния при различных видах деятельности. Когнитивный компонент включает знания о причинах дефекта, об оценке ограничений в деятельности, связанных с нарушением, о профилактике и вариантах реабилитационных мероприятий. Эмоциональный компонент предполагает информацию о признании или игнорировании ограничений, об особенностях самооценки и отношения к дефекту. Изучение мотивационного компонента предполагает определение содержания мотивационной структуры личности, наличие или отсутствие ее изменения в связи с наличием нарушения.

#### Результаты

На первом этапе исследования определили выраженность компонентов внутренней картины дефекта у разных групп респондентов. Наибольшая наполненность компонентов ВКД наблюдается в группах респондентов с нарушениями опорно-двигательного аппарата и с нарушениями слуха (табл. 1).

Когнитивный, мотивационный и эмоциональный компоненты имеют в этих группах схожую проявленность. Физический компонент менее выражен при нарушениях речи и нарушениях слуха, мотивационный компонент имеет меньшую наполненность у респондентов с нарушениями зрения.

Отмечена статистически значимая разница в наполненности ВКД в группах людей с нарушениями функций ОДА и нарушениями зрения по физическому ( $U = 126,5$ ,  $p \leq 0,012$ ), когнитивному ( $U = 30,5$ ,  $p \leq 0,000$ ), эмоциональному ( $U = 39,5$ ,  $p \leq 0,000$ ) компонентам. Определено статистически значимое отличие наполненности ВКД в группах людей с нарушениями слуха и нарушениями зрения по физическому ( $U = 38,5$ ,  $p \leq 0,003$ ), когнитивному ( $U = 50$ ,  $p \leq 0,018$ ), мотивационному ( $U = 13$ ,  $p \leq 0,000$ ), эмоциональному ( $U = 34,5$ ,  $p \leq 0,002$ ) компонентам. Между группами респондентов с ТНР и нарушениями функций ОДА отмечена статистически значимая разница в выраженности физического

Наполненность компонентов ВКД у взрослых с различными вариантами дизонтогенеза

Наполненность компонентов Варианты дизонтогенеза	Нарушения зрения	Нарушения речи	Нарушения слуха	Нарушение функций ОДА
Компоненты ВКД				
физический	4,42	2,84	2,63	4,33
когнитивный	4,1	4,8	6,0	5,8
эмоциональный	3,68	4,1	6,09	6,0
мотивационный	2,53	4,6	5,55	5,3

( $U = 129$ ,  $p \leq 0,014$ ) и эмоционального ( $U = 103$ ,  $p \leq 0,001$ ) компонентов. По показателям физического компонента отмечена статистически значимая разница между группами взрослых с ОДА и НС ( $U = 58$ ,  $p \leq 0,007$ ), а по наполненности эмоционального компонента отмечена разница между взрослыми с ТНР и НС ( $55$ ,  $5$ ,  $p \leq 0,035$ ).

Далее были определены некоторые особенности содержания компонентов ВКД при разных вариантах дизонтогенеза и специфика детерминации ее компонентов.

Внимание к физическим проявлениям состояния в группе лиц с нарушениями функций ОДА, вероятно, связано со структурой дефекта. Люди данной группы чаще других отмечали физический дискомфорт как при повседневных делах, так и при различных вариантах интеллектуальной и физической деятельности. В то же время респонденты среди своих главных физических характеристик отмечают «физическую силу», которая позволяет справляться с трудностями передвижения и оперативной деятельности.

Достаточную информированность о причинах, проявлениях, профилактике состояния демонстрируют респонденты с нарушениями функций ОДА и нарушениями слуха. В группе людей с нарушениями функций ОДА в большей степени присутствует знание об ограничениях в профессиональной, досуговой деятельности, связанных с дефектом. В обеих группах достаточно выражена

мотивация, связанная с преодолением ограничений, поддержанием здоровья, физических возможностей. Респонденты обеих групп (нарушение функций ОДА и нарушения слуха) чаще других высказывают отношение к имеющемуся нарушению, характеризуют себя с учетом специфики физического состояния.

В группе людей с нарушениями зрения отмечена большая наполненность когнитивного и физического компонентов ВКД. Особенностью когнитивного компонента в данной группе является трудность определения респондентами ограничений в различных видах деятельности, связанных с дефектом. В группе респондентов с нарушениями зрения мало выражена мотивация преодоления ограничений, отношение к нарушению представлено, как правило, реакциями игнорирования или компенсации.

В группе людей с тяжелыми нарушениями речи наиболее наполнены когнитивный и мотивационный компоненты. Респонденты недостаточно осведомлены о причинах и вариантах имеющегося нарушения, однако дают исчерпывающую информацию о возможностях компенсации и профилактических мерах. Респонденты демонстрируют готовность к преодолению ограничений, в то же время мотивы здоровья не являются ведущими в данной группе. Достаточную выраженность имеет эмоциональный компонент, отношение к нарушению можно определить, как сбалансированное.

На следующем этапе выделены факторы, определяющие наполненность компонентов ВКД в различных группах респондентов. Среди значимых факторов, определяющих

наполненность компонентов ВКД при нарушениях функций ОДА отмечены параметры самоотношения, адаптации и индивидуально-личностные характеристики (табл. 2).

Таблица 2

**Результаты регрессионного анализа компонентов ВКД и индивидуально-типологических показателей, показателей самоотношения в группе респондентов с нарушениями функций ОДА**

Компоненты ВКД		Физический	Когнитивный	Мотивационный
Показатели значимости регрессионной модели		R2 = 0,558 F = 13,276 p = 0,000	R2 = 0,681 F = 14,234 p = 0,000	R2 = 0,614 F = 7,567 p = 0,001
Показатели самоотношения	Шк самопринятия 3 (M = 70)		$\beta = 0,454$ p = 0,002	
	Шк аутоимпатии II (M = 58)			$\beta = 0,362$ p = 0,029
	Шк самоинтересов IV (M = 72)			$\beta = 0,352$ p = 0,041
Индивидуально типологические показатели	Сензитивность (M = 5)	$\beta = 0,636$ p = 0,000		
	Спонтанность (M = 4,62)	$\beta = 0,596$ p = 0,001		
	Ригидность (M = 4,8)		$\beta = -0,473$ p = 0,002	
	Ложь (M = 4,2)		$\beta = 0,423$ p = 0,005	
Показатели адаптации	Лживость (M = 29)			$\beta = -0,537$ p = 0,007
	Эмоциональный комфорт (M = 23)			$\beta = 0,607$ p = 0,002

M – средние значения в группе

**Шрифтом** выделены пограничные или значительно выраженные показатели

Значимыми предикторами компонентов ВКД в группе людей с нарушениями слуха также оказались параметры самоотношения,

адаптации и индивидуально-личностные характеристики (табл. 3).

Таблица 3

**Результаты регрессионного анализа компонентов ВКД и индивидуально-типологических показателей, показателей самоотношения в группе с нарушениями слуха**

Компоненты ВКД		Физический	Когнитивный	Мотивационный	Эмоциональный
<b>Показатели значимости регрессионной модели</b>		R2 = 0,851 F = 22,843 p = 0,000	R2 = 0,848 F = 22,392 p = 0,001	R2 = 0,925 F = 28,751 p = 0,000	R2 = 0,999 F = 697,541 p = 0,000
Показатели самоотношения	Шк самопонимания 7 (M = 69)				$\beta = -0,936$ p = 0,000
	Шк самопринятия (M = 80)				$\beta = 0,163$ p = 0,002
	Самопринятие 3 (M = 72)			$\beta = 0,721$ p = 0,001	$\beta = 0,523$ p = 0,000
	Шк самоинтереса 6 (M = 80)	$\beta = -0,754$ p = 0,001			
Индивидуально типологические показатели	Сензитивность (M = 5,4)	$\beta = 0,396$ p = 0,022		$\beta = 1,065$ p = 0,000	
	Лабильность (M = 4,72)			$\beta = -0,314$ p = 0,022	
Показатели адаптации	Внутренний контроль (M = 51)		$\beta = 0,730$ p = 0,001		$\beta = 0,146$ p = 0,004
	Лживость (M = 29)		$\beta = -0,482$ p = 0,008		$\beta = -0,913$ p = 0,000

M — средние значения в группе

**Шрифтом** выделены пограничные или значительно выраженные показатели

Достаточно большой перечень показателей выполняет роль предикторов компонентов

ВКД в группе людей с нарушениями зрения (табл. 4).

Таблица 4

Результаты регрессионного анализа компонентов ВКД и индивидуально-типологических показателей, показателей самооотношения и адаптации в группе с нарушениями зрения

Компоненты ВКД		Физический	Когнитивный	Мотивационный	Эмоциональный
Показатели значимости регрессионной модели		R2 = 0,236 F = 5,568 p = 0,03	R2 = 0,792 F = 20,291 p = 0,000	R2 = 0,967 F = 40,171 p = 0,000	R2 = 0,642 F = 9,556 p = 0,001
Показатели самооотношения	Шк самоуверенности I (M = 81,33)		$\beta = 0,544$ p = 0,000		$\beta = 0,560$ p = 0,003
	Шк самопринятия (M = 71)		$\beta = -0,371$ p = 0,008		
	Шк самоуважения I (M = 80)			$\beta = 0,485$ p = 0,000	
	Шк самоинтересов IV (M = 54,67)			$\beta = -0,293$ p = 0,001	$\beta = 0,467$ p = 0,01
Индивидуально-типологические показатели	Тревожность (M = 5)	$\beta = 0,486$ p = 0,03		$\beta = 0,822$ p = 0,000	
	Интроверсия (M = 4,9)		$\beta = -0,718$ p = 0,000		$\beta = -0,471$ p = 0,007
	Ложь (M = 4,3)			$\beta = -1,363$ p = 0,000	
	Ригидность (M = 6)			$\beta = -0,400$ p = 0,000	
Показатели адаптации	Внутренний контроль (M = 55,45)			$\beta = 0,178$ p = 0,029	
	Доминирование (M = 7,85)			$\beta = 0,179$ p = 0,018	

M — средние значения в группе

**Шрифтом** выделены пограничные или значительно выраженные показатели

Наименьшее количество предикторов компонентов ВКД определено в группе людей с тяжелыми нарушениями речи (табл. 5).

### Обсуждение

Обращаясь к интерпретации результатов, отметим, что в разных группах респондентов один из параметров может оказывать влияние на разные компоненты ВКД. Однако считаем важным определить те предикторы, которые могут предсказывать возможные проблемы формирования ВКД. Напомним, что мы рассматриваем ВКД как условие самореализации

и варианта адаптации личности. На наш взгляд, нужно обратить внимание на те параметры, выраженность которых находится вне средних тестовых показателей. В первую очередь, это индивидуально-типологические параметры. В каждой группе респондентов они находятся на уровне умеренно выраженных значений, что может свидетельствовать об акцентуированных чертах личности. Некоторые показатели самооотношения и социально-психологической адаптации также имеют пограничное значение у некоторых групп респондентов. Возможно, что влияние

Таблица 5

**Результаты регрессионного анализа компонентов ВКД и индивидуально-типологических показателей, показателей самооотношения в группе респондентов с ТНР**

Компоненты ВКД		Физический	Мотивационный
<b>Показатели значимости регрессионной модели</b>		R <sup>2</sup> = 0,935 F = 37,356 p = 0,000	R <sup>2</sup> = 0,377 F = 10,284 p = 0,005
Показатели самооотношения	Шк самоинтересов IV (M = 71)	$\beta = -0,477$ p = 0,000	
	Самоинтерес 6 (M = 54)	$\beta = 0,281$ p = 0,015	
	Шк самопоследовательности Саморуководства (M = 60)		$\beta = -0,614$ p = 0,005
Показатели адаптации	Внешний контроль (M = 17,94)	$\beta = 2,112$ p = 0,000	
	Адаптация (M = 65)	$\beta = 1,368$ p = 0,000	
	Принятие других (M = 22)	$\beta = -0,178$ p = 0,044	

M — средние значения в группе



таких «напряженных» личностных показателей будет обуславливать неадекватность компонентов ВКД.

В группе лиц с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата качества сензитивности и спонтанности имеют повышенные значения и определяют физический компонент. В используемом тесте данные качества рассматриваются как противоположные, способствующие проявлению двух вариантов поведения. Можем предположить, что в группе встречаются два варианта ВКД, связанные в большей степени с тем или иным качеством. Спонтанность предполагает самоутверждение, напористость, стремление к лидерованию, сензитивность — ориентирование на авторитет сильной личности, конформность, зависимость. Контент-анализ высказываний подтверждает такое предположение. Часть ответов содержит указание на физический дискомфорт и утомляемость: «Да, каждое движение дается с трудом, много причиняет боль», «Да, нервничаю, испытываю слабость и усталость». Однако также довольно часто встречаются ответы, демонстрирующие стремление к самодостаточности, подчеркивающие необходимость респондентов для окружающих людей: «Сильные руки у меня», «Сильные руки, помогаю мужу передвигаться на коляске». Качество ригидности в данной группе также имеет повышенное значение и обуславливает неточность, недостаточность знаний о своем состоянии. В группе, таким образом, можно выделить два варианта влияний, наличие которых может быть связано с рисками формирования.

В группе людей с нарушениями слуха высокие показатели зафиксированы по личностным параметрам сензитивности, лабильности, по параметрам самоотношения — самоинтерес и самопринятие, а также по показателю адаптации — внутренний контроль. Довольно высокий уровень этих параметров в данном случае определяет специфику физического и мотивационного компонентов. Физический компонент здесь минимально наполнен по сравнению с дру-

гими группами, респонденты практически не упоминают особенностей своего состояния, обусловленных нарушением. Заметим, что высокий показатель по шкале самоинтереса имеет отрицательную связь с физическим компонентом. Можем предположить, что уверенность личности в своей важности для окружающих связывается в сознании с блокированием, снижением чувствительности к ощущениям, обусловленным дефектом слуха. Уровень самопринятия в данной группе также имеет явно завышенный уровень, что говорит, возможно, о работе компенсаторных механизмов. Выраженность данного параметра определяет достаточную наполненность эмоционального компонента ВКД. Это подтверждается и данными контент-анализа, характеризуя свои особенности, люди упоминают о наличии нарушения «Я — слабослышащий», «Стесняюсь и слышу плохо». Ориентация на авторитет, черты конформности связаны с достаточным стремлением к преодолению ограничений. А выраженная изменчивость настроения, повышенная эмотивность, демонстративность снижают мотивацию. В данной группе большое значение имеет также параметр внутреннего контроля. Таким образом, получается достаточно противоречивая картина. С одной стороны, у респондентов наблюдается стремление к самопринятию, уверенность в своем интересе для других и черты конформности, зависимости. Присутствует высокий уровень внутреннего контроля и высокий уровень лабильности. Такая противоречивость параметров может свидетельствовать о наличии внутриличностного конфликта, что обуславливает достаточную наполненность, напряженность компонентов ВКД.

В группе людей с нарушениями зрения наблюдаем несколько схожую ситуацию, которая, тем не менее, имеет свою специфику. Мотивационный компонент определяется очень разноплановыми влияниями. С одной стороны, имеет значение высокий показатель тревожности, который можно интерпретиро-

вать как избыточную тревожность, склонность к навязчивым страхам, мнительность. С другой стороны, на мотивационный компонент влияют параметры самоуважения и внутреннего контроля. Кроме того, значимым оказывается влияние личностной ригидности, тугоподвижности установок. Вероятно, такая разноплановость влияний проявляется в низкой выраженности мотивации к преодолению ограничений. Наличие высокой тревожности определяет и специфику физического компонента, заключающуюся в наличии у респондентов пугающих, «труднообъяснимых» ощущений, а более 50% респондентов отмечают у себя «отличный» слух, прекрасный голос, что может свидетельствовать о действии меха-

низма компенсации. Эмоциональный и когнитивный компоненты ВКД испытывают также противоположное влияние самоуверенности и интроверсии (понимаемой как социальная пассивность). Отличие данной группы от респондентов с нарушениями слуха заключается в меньшей выраженности, «напряженности» компонентов ВКД.

Группа респондентов с ТНР представлена наиболее сбалансированным вариантом обусловленности компонентов ВКД, поскольку в данной группе не наблюдаем выраженных или пограничных значений параметров.

Отметим особенности влияния указанных параметров на компоненты внутренней картины дефекта в общей выборке респондентов (табл. 6).

Таблица 6

**Результаты регрессионного анализа компонентов ВКД и индивидуально-типологических показателей, показателей самооотношения в общей выборке респондентов**

Компоненты ВКД		Физический	Когнитивный	Мотивационный
<b>Показатели значимости регрессионной модели</b>		R2 = 0,294 F = 9,736 p = 0,000	R2 = 0,181 F = 7,871 p = 0,001	R2 = 0,122 F = 10,016 p = 0,002
Показатели самооотношения	Шк S интегральная	$\beta = -1,062$ p = 0,003		
	спонтанность	$\beta = -0,349$ p = 0,001		
	Сумма баллов	$\beta = -0,763$ p = 0,031		
Индивидуально-типологические показатели	Шк самоинтереса		$\beta = 0,319$ p = 0,004	
	Ригидность		$\beta = -0,251$ p = 0,023	$\beta = -0,349$ p = 0,002

Выявлено, что высокие показатели глобального недифференцированного самоотношения снижают внимание человека к физическим ощущениям. Уверенность в своей важности, интересности для других, ожидаемое положительное отношение других определяют наличие знаний о своем состоянии, его причинах, вариантах профилактики ухудшений. Наличие ригидных личностных установок, педантизма, настороженной подозрительности негативно влияет на возможность создания объективной картины состояния, формирования мотивации к преодолению ограничений, связанных с дефектом.

### Выводы

1) Выявлена специфика наполненности компонентов ВКД в зависимости от варианта дизонтогенеза. В группе людей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата и нарушениями слуха отмечена большая наполненность когнитивного и эмоционального компонентов. В группе людей с нарушениями слуха и ТНР отмечена наименьшая наполненность физического компонента, в группе людей с нарушениями зрения отмечена наименьшая наполненность мотивационного компонента.

- 2) Выявлена специфика содержания компонентов ВКД в зависимости от варианта дизонтогенеза.
- 3) При различных вариантах нарушенного развития определены индивидуально-личностные параметры, показатели самоотношения и социально-психологической адаптации, являющиеся предикторами компонентов ВКД.
- 4) Значительная выраженность указанных параметров может рассматриваться как показатель возможного риска формирования неадекватной ВКД.
- 5) В группе людей с нарушениями функций ОДА в качестве рисков формирования ВКД могут рассматриваться индивидуально-типологические параметры личности.
- 6) В группе людей с нарушениями слуха и нарушениями зрения в качестве рисков развития может рассматриваться разнонаправленность влияний на компоненты ВКД со стороны указанных факторов.
- 7) В группе людей с ТНР не выявлено параметров, которые можно охарактеризовать как факторы риска формирования неадекватной внутренней картины дефекта.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вязова Н. В., Толстошеина В. М. Роль стигматизации в процессе идентификации лиц с ограниченными возможностями здоровья // Вестник Московского государственного гуманитарно-экономического института. 2013. № 4 (16). С. 63–71.
2. Гайдужевич Е. А. Специфика внутренней картины дефекта подростков с ДЦП // Вестник психопсихологии. 2018. № 2. С. 45–50.
3. Горьковая И. А., Микляева А. В. Жизнестойкость и копинг-стратегии подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата // Клиническая и специальная психология. 2019. Т. 8. № 1. С. 90–102.
4. Дьяков Д. Г. Динамика самоидентификации как высшей психической функции у лиц с детским церебральным параличом в период подростничества // Здоровье. Личность. Общество: сборник научных трудов. Харьков: Финарт, 2014. С. 36–46.
5. Калягин В. А., Овчинникова Т. С. Внутренняя картина дефекта и дидактогении обучающихся с ограниченными возможностями здоровья // Известия РГПУ им. А. И. Герцена. 2020. № 198. С. 115–122. <https://doi.org/10.33910/1992-6464-2020-198-115-122>
6. Калягин В. А., Овчинникова Т. С. Логопсихология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: Академия, 2006. 320 с.

7. Мешкова Т. А., Гаврилова Е. Л. Особенности отношения к телу лиц с последствиями детского церебрального паралича и спинальной травмы разной степени тяжести // Клиническая и специальная психология. 2021. Т. 10. № 1. С. 180–205. <https://doi.org/10.17759/cpse.2021100109>

8. Нагорная Л. А., Нагорный Н. Н. Коррекция Я-образа студентов с ограниченными возможностями здоровья как одно из направлений оптимизации инклюзивного образования в российской высшей школе // Наука и образование: новое время. 2017 № 6 (23). С. 412–421.

9. Тельминова К. В. Различия социализации взрослых в условиях врожденной и приобретенной инвалидности // Известия РГПУ им. А. И. Герцена. 2021. № 200. С. 174–189. <https://www.doi.org/10.33910/1992-6464-2021-200-174-189>

10. Тимофеева И. В. Образ тела как компонент «я-концепции» личности детей с детским церебральным параличом // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 3: Педагогика и психология. 2011. № 4. С. 99–105.

11. Чебарыкова С. В. Личность в условиях дизонтогенеза: внутренняя картина дефекта. Хабаровск: Изд-во Тихоокеанского государственного университета, 2017. 140 с.

12. Bjorgaas H. M., Elgen I. B., Hysing M. Trajectories of psychiatric disorders in a cohort of children with cerebral palsy across four years // Disability and Health Journal. 2021. Vol. 14 No. 1. Article 100992. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100992>

13. Collins J., Barnoux M., Langdon P. E. Adults with intellectual disabilities and/or autism who deliberately set fires: A systematic review // Aggression and Violent Behavior. 2021. Vol. 56. Article 101545. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101545>

14. Ramirez Y. H., Heredia M. E. R. Resilience, family and spiritual resources in caregivers of children with disabilities // Journal of Behavior, Health & Social Issues. 2017. Vol. 9. No. 2. P. 70–81. <https://doi.org/10.1016/j.jbhsi.2018.01.005>

15. Shefaly Sh., Esperanza D. The lived experiences of children and adolescents with non-communicable disease: A systematic review of qualitative studies // Journal of Pediatric Nursing. 2020. Vol. 51, P. 75–84. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.12.013>

16. Trani J.-F., Moodley J., Anand P., Graham L., Maw M. T. T. Stigma of persons with disabilities in South Africa: Uncovering pathways from discrimination to depression and low self-esteem // Social Science & Medicine. 2020. Vol. 265. Article 113449 <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113449>

17. Zimmermann N., Castro-Pontes M., Barqueta R., Goe P., Mufarrej G. et al. Self-awareness and underestimation of cognitive abilities in patients with adult temporal lobe epilepsy after surgical treatment // Epilepsy & Behavior. 2020. Vol. 112. Article 107463 <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2020.107463>

## REFERENCES

1. Vyazovova N. V., Tolstosheina V. M. Rol' stigmatizatsii v protsesse identifikatsii lits s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya // Vestnik Moskovskogo gosudarstvennogo gumanitarno-ekonomicheskogo instituta. 2013. № 4 (16). С. 63–71.

2. Gajdukevich E. A. Spetsifika vnutrennej kartiny defekta podrostkov s DTsP // Vestnik psikhofiziologii. 2018. № 2. С. 45–50.

3. Gor'kovaya I. A., Miklyaeva A. V. Zhiznestojkost' i koping-strategii podrostkov s narusheniyami oporno-dvigatel'nogo apparata // Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya. 2019. Т. 8. № 1. С. 90–102.

4. D'yakov D. G. Dinamika samoidentifikatsii kak vysshej psikhicheskoy funktsii u lits s detskim tserebral'nym paralichom v period podrostnichestva // Zdorov'e. Lichnost'. Obshchestvo: sbornik nauchnykh trudov. Khar'kov: Finart, 2014. С. 36–46.

5. Kalyagin V. A., Ovchinnikova T. S. Vnutrennyaya kartina defekta i didaktogenii obuchayushchikhsya s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya // Izvestiya RGPU im. A. I. Gertsena. 2020. № 198. С. 115–122. <https://doi.org/10.33910/1992-6464-2020-198-115-122>

6. Kalyagin V. A., Ovchinnikova T. S. Logopsikhologiya: ucheb. posobie dlya stud. vyssh. ucheb. zavedenij. M.: Akademiya, 2006. 320 s.

7. Meshkova T. A., Gavrilova E. L. Osobennosti otnosheniya k telu lits s posledstviyami detskogo tserebral'nogo paralicha i spinal'noj travmy raznoj stepeni tyazhesti // Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya. 2021. Т. 10. № 1. С. 180–205. <https://doi.org/10.17759/cpse.2021100109>

8. Nagornaya L. A., Nagornyy N. N. Korrektsiya Ya-obraza studentov s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya kak odno iz napravlenij optimizatsii inkluzivnogo obrazovaniya v rossijskoj vysshej shkole // Nauka i obrazovanie: novoe vremya. 2017 № 6 (23). S. 412–421.

9. Tel'minova K. V. Razlichie sotsializatsii vzroslykh v usloviyakh vrozhdennoj i priobretennoj invalidnosti // Izvestiya RGPU im. A. I. Gertsena. 2021. № 200. S. 174–189. <https://www.doi.org/10.33910/1992-6464-2021-200-174-189>

10. Timofeeva I. V. Obraz tela kak komponent "ya-kontseptsii" lichnosti detej s detskim tserebral'nym paralizhom // Vestnik Adygejskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya 3: Pedagogika i psikhologiya. 2011. № 4. S. 99–105.

11. Chebarykova S. V. Lichnost' v usloviyakh dizontogeneza: vnutrennyaya kartina defekta. Khabarovsk: Izd-vo Tikhoockeanskogo gosudarstvennogo universiteta, 2017. 140 s.

12. Bjorgaas H. M., Elgen I. B., Hysing M. Trajectories of psychiatric disorders in a cohort of children with cerebral palsy across four years // Disability and Health Journal. 2021. Vol. 14 No. 1. Article 100992. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100992>

13. Collins J., Barnoux, M., Langdon, P. E. Adults with intellectual disabilities and/or autism who deliberately set fires: A systematic review // Aggression and Violent Behavior. 2021. Vol. 56. Article 101545. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101545>

14. Ramirez Y. H., Heredia M. E. R. Resilience, family and spiritual resources in caregivers of children with disabilities // Journal of Behavior, Health & Social Issues. 2017. Vol. 9. No. 2. P. 70–81. <https://doi.org/10.1016/j.jbhsi.2018.01.005>

15. Shefaly Sh., Esperanza D. The lived experiences of children and adolescents with non-communicable disease: A systematic review of qualitative studies // Journal of Pediatric Nursing. 2020. Vol. 51, P. 75–84. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.12.013>

16. Trani J.-F., Moodley, J., Anand, P., Graham, L., Maw, M. T. T. Stigma of persons with disabilities in South Africa: Uncovering pathways from discrimination to depression and low self-esteem // Social Science & Medicine. 2020. Vol. 265. Article 113449 <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113449>

17. Zimmermann N., Castro-Pontes M., Barqueta R., Goe, P., Mufarrej G. et al. Self-awareness and underestimation of cognitive abilities in patients with adult temporal lobe epilepsy after surgical treatment // Epilepsy & Behavior. 2020. Vol. 112. Article 107463 <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2020.107463>