

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ И ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ ДЕФЕКТА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ДЦП

Е. А. Гайдукевич, Ю. Т. Матасов

Аннотация. В статье изложены результаты изучения взаимосвязанных механизмов внутренней картины дефекта и психологической защиты детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Проанализированы основные литературные источники, в которых раскрываются подходы к пониманию детерминант этих механизмов. Представлены результаты эмпирического исследования взаимосвязи психологической защиты и внутренней картины дефекта подростков с детским церебральным параличом. Выявлены и описаны основные тенденции в проявлении защитных механизмов психики подростков с ДЦП, а также влияние защитных механизмов на формирование типов личностной реакции школьников с ДЦП на имеющийся у них двигательный дефект.

Ключевые слова: внутренняя картина дефекта, психологическая защита личности, механизмы психологической защиты, нарушения опорно-двигательного аппарата, детский церебральный паралич.

THE RELATIONSHIP BETWEEN PSYCHOLOGICAL DEFENSE MECHANISMS AND THE INTERNAL PERCEPTION OF DEFECTS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH CEREBRAL PALSY

E. A. Gaidukevich, Yu. T. Matasov

Abstract. The article provides a theoretical analysis of scientific literature on psychological defense mechanisms in children and adolescents with motor disorders. It examines various research approaches to understanding the determinants of these psychological phenomena. The article also presents the results of an empirical study investigating the relationship between psychological defense mechanisms and the internal perception of defects in children and adolescents with cerebral palsy. In particular, the study explored the impact of psychological defense mechanisms on the development of specific individual reactions of children and adolescents with cerebral palsy to their motor disorder.

Keywords: internal perception of defects, psychological defense, psychological defense mechanisms, adolescents with cerebral palsy, motor disorders

Основной целью системы специального образования является адаптация школьников с ОВЗ к условиям окружающего мира, их успешная интеграция в социум. Успешность включения таких детей в социальную среду зависит от совокупности целого ряда факторов, включающих как внешние условия, в которых растёт и развивается ребенок с ОВЗ, так и его нозологические и индивидуально-

психологические особенности. Наличие у детей и школьников нарушений опорно-двигательного аппарата, особенно тяжелых, значительно затрудняет процесс их социально-психологической адаптации. Недостатки моторной функции и связанные с ними ситуации неуспеха (в быту, учебе, коммуникативной сфере и т. д.) вызывают у детей негативную эмоциональную реакцию, обуславливая

формирование неблагоприятной внутренней картины дефекта, которая в значительной степени сказывается на их социальной активности. Переживание родителями имеющегося у ребенка нарушения развития отражается на их установках относительно возможностей и перспектив развития ребенка, приводит к формированию неблагоприятных стилей воспитания в семье, которые психологически травмируют и социально дезадаптируют ребенка.

Обобщая вышеизложенное, можно заключить, что ситуация двигательной депривации у упомянутой категории детей является постоянно действующим психотравмирующим фактором, дестабилизирующим их личностный статус. В этих условиях особое значение приобретают усилия специалистов, нацеленные на сохранение целостности личностного Я ребенка, его способности защитить себя, справляясь с внешним и внутренним дискомфортом и в результате сравнительно успешно адаптироваться к меняющимся социальным условиям.

Важным механизмом адаптационного процесса является психологическая защита личности, позволяющая ослаблять излишнее эмоциональное напряжение, гармонизировать самооценку индивида на основе устранения из его сознания источников конфликтных переживаний. В современных исследованиях детерминацию пусковых механизмов психологической защиты (МПЗ) связывают с необходимостью преодоления субъектом психотравмирующих ситуаций, возникающих в условиях социального взаимодействия. «Включаясь в психотравмирующей ситуации, защитные механизмы выступают в роли своеобразных барьеров на пути продвижения информации. В результате взаимодействия с ними тревожная для личности информация либо игнорируется, либо искажается, либо фальсифицируется... Такое защитное внутреннее изменение рассматривается как особая форма приспособления человека к среде» (Никольская, Грановская 2006, 11). В тех случаях, когда не находится продуктивное решение психотравмирую-

щих ситуаций, возникает своеобразный внутренний конфликт, провоцирующий психическую и физиологическую дезорганизацию личности.

Самосознание человека, будучи тесно взаимосвязанным с психологической защитой личности, формируется под ее влиянием и, в свою очередь, влияет на выработку защитных стратегий личности. В процессе самопознания человек оценивает самого себя, и эта оценка может оказаться неудовлетворительной, что приводит к внутреннему конфликту. Избежать психотравмирующего влияния внутреннего конфликта индивид может, прибегая к приемам самоусовершенствования, либо пытаясь привести в действие защитные механизмы с целью вытеснения или искажения психотравмирующих сведений. На этой основе формируется важная для субъекта позиция сознания, которая подчинена установке сохранить свою индивидуальность. Для человека неистребимо стремление стать самим собой, сохранить свою индивидуальность (вопреки воздействию социальной среды) и уметь поддерживать себя в трудных состояниях (Гайдукевич 2019; Грановская 2003).

Анализ источников в области специальной психологии показывает, что проблема психологической защиты в аспекте взаимосвязи с самосознанием детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата прицельно не изучалась, однако в отдельных работах, тематически близких к ней, она косвенно затрагивалась.

Изучению защитных механизмов детей с двигательной патологией и их родителей в специальной и медицинской психологии посвящены работы целого ряда ученых (В. А. Аверин, И. А. Бакаева, А. А. Вербрюгген, Т. В. Иванова, Л. М. Колпакова, Т. В. Маликова, И. И. Мамайчук, Е. Н. Новохатькова, Д. Г. Пирогов, Г. В. Пятакова, В. В. Умнов, Е. Г. Шевырева и др.). Исследователи сходятся во мнении, что репертуар психологических защит у детей с ДЦП ограничен, применяемые детьми защиты не всегда обеспечивают их эмоциональную стабильность,

усиливая порой внутренний конфликт. В структуре психологических защит преобладают примитивные и зачастую деструктивные механизмы, такие как отрицание, проекция, вытеснение, а также регрессия. Как следствие, адаптационный потенциал этих защит не обеспечивает субъекту чувства социальной состоятельности (Вербрюгген 2008; Колпакова 2006; Пятакова и др. 2017). В научных работах отмечается, что формирование механизмов психологической защиты у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата происходит под влиянием целого ряда факторов, при этом на сегодняшний день эмпирическому изучению подверглись лишь некоторые из них.

В качестве одного из значимых факторов формирования МПЗ детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата исследователи называют отношение близких взрослых к их патологии. Авторы сходятся во мнении, что большинство родителей таких детей находятся в состоянии стабильного эмоционального напряжения, вызванного избыточно тревожным отношением к психосоматическому состоянию их ребенка, что провоцирует формирование у него психологической защиты по типу отрицания. Регулярно эксплуатируемая детьми защитная реакция отрицания накладывает на их поведение специфические признаки, в которых на первый план выходит игнорирование замечаний и требований взрослых с демонстрацией со стороны ребенка активных или пассивных протестных реакций. (Пятакова и др. 2017).

Принципиально важно отметить, что в формировании психологической защиты детей с ДЦП не менее важную роль играют защитные стратегии их родителей: механизмы психологической защиты ребенка могут формироваться в процессе усвоения им родительских форм защитного поведения. Экспериментальные данные свидетельствуют о том, что у родителей детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата преобладают защитные механизмы по типу проекции, отрицания и реактивных образований, менее

выраженными оказываются механизмы вытеснения и замещения (Бакаева и др. 2019; Вербрюгген 2008; Пятакова и др. 2017).

В исследовании Колпаковой была проанализирована взаимосвязь между механизмами психологической защиты, личностными особенностями и уровнем социальной адаптации матерей, воспитывающих детей с ДЦП. Автором обнаружено, что женщины с симптомами устойчивого депрессивного расстройства преимущественно используют защитный механизм проекции в сочетании с механизмами вытеснения и регрессии. Использование упомянутых механизмов означает, что налицо попытка не допустить в сознание травмирующую информацию, связанную с проблемами психосоматического статуса ребенка. Комплексное действие защитных механизмов проекции, реактивных образований и компенсации наблюдается у матерей с симптомами расстройства адаптации в сочетании с поведенческими нарушениями. Это свидетельствует о тенденции таких матерей ослабить собственное внутреннее напряжение и причину возникновения своих проблем не искать в себе, а приписывать внешним факторам. Характерно, что такие защитные механизмы как «реактивные образования» и «интеллектуализация», преобладают у матерей с оптимальным уровнем социальной адаптации (Колпакова 2006).

Исследование специфических особенностей психологических защит у матерей и отцов, воспитывающих детей с ДЦП, было осуществлено группой ученых (Пирогов и др. 2013; 2014). Оказалось, что наиболее часто используемым защитным механизмом у мужчин является интеллектуализация, кроме того, выраженным действием обладают механизмы проекции и вытеснения. Авторы предполагают, что описанные закономерности в проявлении психологических защит у отцов детей с ДЦП могут, с одной стороны, свидетельствовать об их безотчетном стремлении уходить от переживаний, связанных с имеющимся у их ребенка дефектом, а с другой — о стремлении искать какие-то

оправдания по поводу сложившейся ситуации. В то же самое время у матерей, воспитывающих детей с ДЦП, проявляются более гибкие защитные стратегии в виде МПЗ по типу отрицания, вытеснения и замещения. Они зачастую скептически относятся к поставленному диагнозу, не доверяют врачам, надеются на чудо, в результате которого произойдет излечение или качественное улучшение состояния ребенка. По мере взросления детей в защитном репертуаре их матерей наблюдается снижение интенсивности действия механизма отрицания, но при этом возрастает частота использования проекции, вытеснения и интеллектуализации. Изменение защитных стратегий в возрастной динамике также обнаружены и у отцов детей с ДЦП: общая напряженность их психологической защиты последовательно возрастает по мере взросления детей. При этом мужчины, воспитывающие детей с ДЦП в возрасте 1–3 лет, часто используют механизмы интеллектуализации и проекции, респонденты с детьми 4–6 лет прибегают к использованию механизмов вытеснения и интеллектуализации, а у отцов детей 7–11 лет на первое место выходит стратегия интеллектуализации. Авторы исследования обнаружили, что кризис родительской адаптации к проблемам, связанным с психо-физическим состоянием ребенка, приходится на период четырех-шестилетнего возраста ребенка, т. к. именно к этому возрасту происходит окончательное принятие его психо-физического статуса, активно формируются виды защитно-совладающего поведения и адаптивный потенциал семьи (Пирогов и др. 2013; 2014).

Кроме того, в литературных источниках имеется указание на еще один значимый фактор формирования механизмов психологической защиты: у школьников с нарушениями опорно-двигательного аппарата своеобразие психологической защиты в значительной степени обусловлено особенностями их взаимодействия с классным коллективом. Было выявлено, что у детей с высоким уровнем групповой конформности наиболее выражен-

ным защитным механизмом является отрицание, а у детей с низким уровнем — вытеснение (Вербрюгген 2008).

Предварительный анализ литературных источников по обозначенной в названии статьи проблеме позволил предпринять экспериментальное изучение взаимосвязи механизмов психологической защиты и внутренней картины дефекта подростков с ДЦП. Внутренняя картина дефекта, являясь феноменом самосознания, рассматривается нами как «комплекс представлений и переживаний субъекта по поводу имеющегося дефекта, который обуславливает или устойчивое чувство собственной неполноценности, или же не приводит к заметному снижению самооценочной позиции субъекта, оставляя индивидуальную активность личности в пределах нормы» (Гайдукевич 2019, 69).

К экспериментальному исследованию было привлечено 99 подростков с ДЦП (легкой, средней и тяжелой степени) с сохранным интеллектом в возрасте 14–16 лет. На основе специально подобранных методик была осуществлена попытка верифицировать типы внутренней картины дефекта респондентов, выявить своеобразие структурных компонентов каждого из них. В частности, для изучения поведенческого компонента ВКД в ряду исследовательских методик использовался личностный опросник Плутчика Келлермана Конте (Life Style Index, LSY), который обладает хорошей чувствительностью к особенностям функционирования механизмов психологической защиты обследуемых (Гайдукевич 2020). Психологический анализ экспериментальных материалов позволил установить, что психологическая защита, проявляясь в личностной реакции подростков на свой дефект, зависит от того, какой им представляется картина их дефекта. На этой основе нам удалось выделить и описать несколько типов внутренней картины дефекта: астенический, компенсаторный, астено-компенсаторный, гиперкомпенсаторный и ВКД по типу вытеснения.

Установлено, что в структуре сознания подростков с **астеническим типом ВКД**

отмечается тенденция избыточной фиксации на имеющемся моторном дефекте. Двигательная недостаточность у этой группы школьников сопровождается болезненными эмоциональными переживаниями. У таких подростков отчетливо проявляются признаки негативного самовосприятия и самоотношения, которые ложатся в основу пассивности их жизненной позиции, ослабляют веру в свои возможности и в целом обуславливают их социальную изоляцию.

Подростки с **компенсаторным типом ВКД** в меньшей степени фиксируют свое сознание на проблемах, связанных с моторной недостаточностью. По этой причине их эмоциональная реакция на дефект и его социальные последствия относительно спокойна и достаточно адекватна. Эта группа школьников проявляет высокую самооценку, позитивно оценивая собственные компенсаторные возможности. Подростки с компенсаторным типом ВКД занимают активную жизненную позицию, прикладывают максимальные усилия для преодоления трудностей, обусловленных моторной недостаточностью, и оптимистично смотрят в будущее.

У школьников с **астено-компенсаторным типом ВКД** проявляется комплекс астенических негативно окрашенных эмоциональных проявлений, связанных с наличием у них недостатков моторной сферы. При этом в картине поведения таких подростков просматривается достаточно высокий уровень стремления к преодолению проблем, возникающих по причине их моторной не ловкости.

Подростки с **гиперкомпенсаторным типом ВКД**, достаточно отчетливо осознавая наличие у них моторной недостаточности, стремятся демонстративно отрицать ее социальные последствия. Они пытаются продемонстрировать равнодушное, безразличное отношение к проявлениям двигательной патологии, хотя при этом внешняя картина их поведения свидетельствует о часто повторяющихся перепадах настроения, когда достаточно ровное, сопровождающееся стенически окрашенными эмоциями настроение

сменяется кратковременными признаками отчаяния, которое провоцируется неоправданно завышенными ожиданиями от собственной активной деятельности.

ВКД по типу вытеснения проявляется в игнорировании подростками как самой моторной недостаточности, так и каких-либо сложностей и бытовых проблем, возникающих по ее причине. В качестве причины упомянутого игнорирования выступает действие защитного механизма с одноименным названием — вытеснение. У таких подростков не отмечается астенически окрашенных эмоций, поскольку они искренне убеждены в собственной полноценности, считают себя здоровыми. Личностные установки таких школьников не содержат признаков направленности на преодоление моторной недостаточности (Гайдукевич 2024).

Проведенный нами количественно-качественный анализ экспериментальных материалов позволил установить статистически значимые и различающиеся по своим механизмам защитные стратегии поведения подростков с разными типами ВКД (табл. 1).

Самая заметная выраженность общей напряженности защит (ОНЗ) достоверно чаще встречается у подростков с **ВКД по типу вытеснения**. Возникновение внутреннего психического напряжения у школьников с данным типом ВКД можно объяснить тем, что в структуре их психологической защиты преобладает достаточно примитивный и малоэффективный механизм «вытеснение». Действие этого механизма вытесняет из сознания подростка беспокоящую его дилемму и, казалось бы, нивелирует остроту эмоциональных переживаний, связанных с ней, но при этом возникает внутренний конфликт, поскольку на самом деле проблема остается нерешенной. «Нерешенная дилемма так или иначе прорывается в сознание, заставляя личность увеличивать “слепое пятно” в своем внутреннем зрении» (Столин 1983, 122). Защитный механизм вытеснения порождает противоречивую ситуацию, поскольку, с одной стороны, обеспечивает подростку с ДЦП возможность

Таблица 1

Сравнительный анализ различий в действии психологической защиты при различных типах ВКД подростков с ДЦП с применением Н-критерия Краскела-Уоллиса ($p = 0,05; 0,01$)

Table 1

Comparative analysis of psychological defense types depending on internal perceptions of defects in adolescents with cerebral palsy using the Kruskal-Wallis H -test ($p = 0.05; 0.01$)

№	Исследуемые параметры	Астенический тип ВКД	Астенокомпенсаторный тип ВКД	Компенсаторный тип ВКД	Гиперкомпенсаторный тип ВКД	ВКД по типу вытеснения
1.	ОНЗ	34,83333	33,05000	34,45000	37,00000	57,45455
2.	Вытеснение	28,00000	28,00000	27,50000	21,42857	79,09091
3.	Регрессия	32,03333	25,90000	26,85000	15,61905	28,54545
4.	Замещение	29,66667	19,00000	20,50000	9,04762	65,45455
5.	Отрицание	32,20000	34,45000	44,75000	59,14286	70,27273
6.	Проекция	55,50000	43,20000	36,55000	34,33333	71,72727
7.	Рационализация	39,23333	53,50000	53,20000	33,76190	70,27273
8.	Компенсация	31,73333	65,75000	89,85000	65,19048	61,81818

поддерживать позитивный эмоциональный баланс, искажая реальность непризнанием самого факта наличия дефекта. Но, с другой стороны, приводит к возникновению сильного психического напряжения (внутриличностного конфликта), требующего интенсивного функционирования механизмов психологической защиты (Гайдукевич 2019).

Что касается показателей общей напряженности психологических защит подростков с другими типами ВКД, то их выраженность остается незначительной. Низкая выраженность показателей психологических защит может свидетельствовать о том, что подобные варианты личностной реакции на дефект способствуют сглаживанию возникающего в сознании школьников внутреннего конфликта и снятию внутреннего психического напряжения.

Обнаружены также различия в действии преобладающих защитных механизмов у подростков с разными типами ВКД. Так, у школьников с **астеническим типом ВКД** достоверно более выраженным является механизм проекции, а также обнаружена значимая корреляционная взаимосвязь между

действием механизма проекции и степенью сосредоточенности таких подростков на двигательном дефекте ($r = 0,46$). Подростки данной группы склонны свои школьные проблемы и неудачи связывать преимущественно с имеющимся у них нарушением развития. Помимо этого, такие учащиеся проявляют склонность становиться по поводу своих проблем в обвинительную позицию по отношению к собственным родителям.

Осуществленный анализ материалов экспериментального изучения внутренней картины дефекта подростков с ДЦП позволяет утверждать, что наиболее благоприятным в плане прогноза их успешного личностного развития и социальной адаптации, является **компенсаторный тип ВКД**, формированию которого способствует действие доминирующих защитных механизмов компенсации и рационализации. Упомянутые защитные механизмы становятся главным фактором нивелирования патогенного действия внешних и внутренних конфликтов путем поиска объективных причин и логичных объяснений своим сложным переживаниям и чувствам. В поведении это прояв-

ляется признаками активного поиска рациональных способов решения возникающих проблем. Корреляционный анализ материалов эксперимента выявил в структуре компенсаторного типа ВКД положительную взаимосвязь между действием защитного механизма гиперкомпенсации и фактором тяжести двигательного дефекта ($r = 0,46$), а также между защитным механизмом гиперкомпенсации и степенью сосредоточения сознания подростков на имеющемся недостатке развития ($r = 0,59$). Обнаруженная взаимосвязь показывает весьма важную закономерность: критическое отношение подростков с компенсаторным типом ВКД к собственной моторной недостаточности, усиливающееся по мере ее утяжеления, тем не менее не блокирует их социальную активность, а подталкивает к стремлению активного преодоления последствий двигательного дефекта.

В астено-компенсаторном типе ВКД на первый план выходит совокупное влияние эго-защитных механизмов компенсации, рационализации и проекции. Действие этих механизмов приводит к сочетанию компенсаторных и астенических поведенческих реакций, при которых наблюдаются выраженные переживания подростков по поводу собственной моторной недостаточности. Однако эти негативные эмоции не снижают их личностную активность, а наоборот, мотивируют их к преодолению имеющихся проблем. Корреляционный анализ позволил в этом типе ВКД установить положительные взаимосвязи между действием защитного механизма рационализации и показателями активности ($r = 0,60$) и общей самоэффективности ($r = 0,69$) подростков.

Школьники с **гиперкомпенсаторным типом ВКД** преимущественно используют защитные механизмы компенсации (гиперкомпенсации) и отрицания. Такие подростки осознают реальность имеющихся у них моторных нарушений и прикладывают значительные усилия, требующиеся для преодоления или компенсации этих нарушений. Ожидая значительного результата от своих

усилий, они не хотят признавать невозможность полного преодоления последствий дефекта. Демонстративно отрицая наличие дефекта, они стремятся убедить окружающих и самих себя в его незначительности или даже полном отсутствии. Переоценивая свои возможности, подростки с гиперкомпенсаторным типом ВКД ставят перед собой труднодостижимые задачи и цели. Предпринимая попытки достигнуть их на практике, школьники сталкиваются с ситуациями неуспеха, которые болезненно переживают. Эти переживания могут затягиваться, переходить в депрессивные состояния и приводить к отказам от активной деятельности.

При **ВКД по типу вытеснения** наблюдается высокая общая напряженность психологических защит, при которой особую выраженность имеют механизмы вытеснения, проекции и отрицания. Действие перечисленных механизмов способствует ослаблению внешних и внутренних конфликтов, при этом на первый план выходит эффект, заключающийся в игнорировании самого факта наличия дефекта и его негативных последствий. В структуре внутренней картины дефекта подростков с ВКД по типу вытеснения выявлена положительная корреляционная взаимосвязь между действием механизма вытеснения и общим уровнем самоуважения ($r = 0,74$), а также отрицательная взаимосвязь между действием механизма вытеснения и оценкой подростками уровня собственной тревожности ($r = -0,65$). Обнаруженные взаимосвязи подтверждают предположение о том, что снижение личностной тревожности достигается индивидом путем вытеснения проблем, связанных с наличием моторной недостаточности, в подсознание. В то же время действие механизма вытеснения, оказывая положительный эффект на эмоциональную составляющую самосознания индивида, искажает его когнитивный компонент: представления таких подростков о себе искажены, неадекватны. Не замечая ограниченность собственных возможностей, такие школьники выстраивают нереалистичные

планы, пребывают в мире иллюзорных фантазий. Такое искажение действительности приводит к отсутствию у подростков стремления к саморазвитию, к преодолению имеющихся проблем. В определенных ситуациях при столкновении с реальной действительностью (возникающих ограничениях при выборе профессии, трудностях взаимоотношений с противоположным полом и др.) «розовые очки» спадают, и проблема, вытесненная в подсознание, прорывается в сознание, вызывая острые болезненные эмоциональные реакции. Таким образом, преимущественное использование школьниками с ВКД защитного механизма вытеснения, хоть и способствует ослаблению внешних и внутренних конфликтов, тем не менее не позволяет разрешить их окончательно, а лишь приводит к повышению общей напряженности психологических защит, формируя нерациональный репертуар МПЗ, включающий механизмы вытеснения, проекции, отрицания (Гайдукевич 2019).

На основе количественно-качественного анализа всего массива полученных в эксперименте данных удалось установить, что психологическая защита подростков с ДЦП коррелирует со степенью тяжести моторных

нарушений: чем тяжелее двигательный дефект, тем выше общая напряженность психологических защит. Кроме того, отчетливо проявилась тенденция усиления действия защитных механизмов вытеснения, отрицания и проекции по мере утяжеления двигательного дефекта (табл. 2).

Таким образом, исследование структуры и психологических механизмов личностной реакции на дефект подростков с ДЦП показало, что в основе различий в отношении подростков к собственной моторной недостаточности лежат механизмы психологической защиты. При этом каждый вид психологической защиты оказывается тесно связанным со степенью тяжести моторного дефекта и может выступать как дезорганизующим фактором, ослабляющим действие мотивации достижений, так и фактором, нивелирующим значение моторного дефекта и мобилизующим активность подростков с ДЦП. В этой связи принципиальную важность приобретает дифференциация условий коррекционно-психологического сопровождения подростков не только с учетом объективной картины моторной недостаточности, но и субъективного отношения подростка к собственному дефекту.

Таблица 2

Сравнительные данные защитных механизмов подростков с ДЦП в зависимости от степени тяжести двигательного дефекта (H-критерий Краскела-Уоллиса ($p = 0,05$))

Table 2

Comparative analysis of psychological defense mechanisms in adolescents with cerebral palsy depending on the severity of the motor disorder using the Kruskal-Wallis H-test ($p = 0.05$)

Психологическая защита	Степени тяжести ДЦП		
	Легкая	Средняя	Тяжелая
ОНЗ	31,41176	35,88235	38,41176
вытеснение	23,23529	33,52941	39,41176
отрицание	39,44118	44,61765	50,20588
проекция	40,05882	47,32353	52,91176

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Бакаева, И. А., Новохатько, Е. Н., Шевырева, Е. Г. (2019) Защитные механизмы и копинг-стратегии у детей с детским церебральным параличом и их родителей. *Сибирский психологический журнал*, № 71, с. 180–196.

Вербрюгген, А. А. (2008) *Защитные механизмы и копинг-стратегии у детей с двигательными нарушениями и их родителей. Диссертация на соискание степени кандидата психологических наук*. СПб., ЛГУ им. А. С. Пушкина, 202 с.

Гайдукевич, Е. А. (2019) *Внутренняя картина дефекта в структуре самосознания подростков с детским церебральным параличом. Диссертация на соискание степени кандидата психологических наук*. СПб., РГПУ им. А. И. Герцена, 294 с.

Гайдукевич, Е. А. (2020) Изучение внутренней картины дефекта учащихся с нарушениями в развитии. В кн.: Д. И. Бойков (ред.). *Психолого-педагогическая диагностика развития лиц с ограниченными возможностями здоровья*. М.: Юрайт, с. 115–143.

Гайдукевич, Е. А. (2024) Самосознание и внутренняя картина дефекта школьников с ограниченными возможностями здоровья: детерминанты развития и пути коррекции. В кн.: *Обучающиеся с ограниченными возможностями здоровья: теория и практика образования и психологического сопровождения: учебно-методическое пособие*. СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, с. 238–259.

Грановская, Р. М. (2003) *Элементы практической психологии*. СПб.: Речь, 655 с.

Колпакова, Л. М. (2006) Механизмы психологической защиты и стратегии совладания со стрессом матерей, имеющих детей, страдающих церебральным параличом. *Бюллетень сибирской медицины*, № 2, с. 107–114.

Никольская, И. М., Грановская, Р. М. (2006) *Психологическая защита у детей*. СПб.: Изд-во Речь, 342 с.

Пирогов, Д. Г., Маликова, Т. В., Аверин, В. А., Иванова, Т. В. (2013) Личностные особенности и система отношений родителей, воспитывающих детей с детским церебральным параличом (Часть 1). *Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология»*, т. 6, № 4, с. 106–112.

Пирогов, Д. Г., Маликова Т. В., Аверин, В. А., Иванова, Т. В. (2014) Психологические защиты и копинги родителей, воспитывающих детей с детским церебральным параличом (Часть 2). *Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология»*, т. 7, № 1, с. 68–74.

Пятакова, Г. В., Мамайчук, И. И., Умнов, В. В. (2017) Психологические защитные механизмы у детей с ДЦП в контексте материнского отношения к болезни ребенка. *Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста*, т. 5, № 3, с. 58–67.

Столин, В. В. (1983) *Самосознание личности*. М.: Изд-во Московского университета, 284 с.

REFERENCES

Bakaeva, I. A., Novokhat'ko, E. N., Shevyreva, E. G. (2019) Zashchitnye mekhanizmy i koping-strategii u detej s detskim tserebral'ny'm paralichom i ikh roditelej. *Sibirskij psikhologicheskij zhurnal*, № 71, s. 180–196.

Verbryuggen, A. A. (2008) *Zashchitnye mekhanizmy i koping-strategii u detej s dvigatel'ny'mi narusheniyami i ikh roditelej. Dissertatsiya na soiskanie stepeni kandidata psikhologicheskikh nauk*. SPb., LGU im. A. S. Pushkina, 202 s.

Gajdukevich, E. A. (2019) *Vnutrennyaya kartina defekta v strukture samosoznaniya podrostkov s detskim tserebral'ny'm paralichom. Dissertatsiya na soiskanie stepeni kandidata psikhologicheskikh nauk*. SPb., RGPU im. A. I. Gertsena, 294 s.

Gajdukevich, E. A. (2020) Izuchenie vnutrennej kartiny defekta uchashchikhsya s narusheniyami v razvitii. V kn.: D. I. Bojkov (red.). *Psikhologo-pedagogicheskaya diagnostika razvitiya lits s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya*. M.: Yurajt, s. 115–143.

Gajdukevich, E. A. (2024) Samosoznanie i vnutrennyaya kartina defekta shkol'nikov s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya: determinanty razvitiya i puti korrektsii. V kn.: *Obuchayushchiesya s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya: teoriya i praktika obrazovaniya i psikhologicheskogo soprovozhdeniya: uchebno-metodicheskoe posobie*. SPb.: Izd-vo RGPU im. A. I. Gertsena, s. 238–259.

Granovskaya, R. M. (2003) *Elementy prakticheskoy psikhologii*. SPb.: Rech', 655 s.

Kolpakova, L. M. (2006) Mekhanizmy psikhologicheskoy zashchity i strategii sovladaniya so stressom materej, imeyushchikh detej, stradayushchikh tserebral'nym paralichom. *Byulleten' sibirskoj meditsiny*, № 2, s. 107–114.

Nikol'skaya, I. M., Granovskaya, R. M. (2006) *Psikhologicheskaya zashchita u detej*. SPb.: Izd-vo Rech', 342 s.

Pirogov, D. G., Malikova, T. V., Averin, V. A., Ivanova, T. V. (2013) Lichnostnye osobennosti i sistema otnoshenij roditelej, vospityvayushchikh detej s detskim tserebral'nym paralichom (Chast' 1). *Vestnik YuUrGU. Seriya "Psikhologiya"*, t. 6, № 4, s. 106–112.

Pirogov, D. G., Malikova T. V., Averin, V. A., Ivanova, T. V. (2014) Psikhologicheskie zashchity i kopingi roditelej, vospityvayushchikh detej s detskim tserebral'nym paralichom (Chast' 2). *Vestnik YuUrGU. Seriya "Psikhologiya"*, t. 7, № 1, s. 68–74.

Pyatakova, G. V., Mamajchuk, I. I., Umnov, V. V. (2017) Psikhologicheskie zashchitnye mekhanizmy u detej s DTsP v kontekste materinskogo otnosheniya k bolezni rebenka. *Ortopediya, travmatologiya i vosstanovitel'naya khirurgiya detskogo vozrasta*, t. 5, № 3, s. 58–67.

Stolin, V. V. (1983) *Samosoznanie lichnosti*. M.: Izd-vo Moskovskogo universiteta, 284 s.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

ГАЙДУКЕВИЧ Екатерина Анатольевна — *Ekaterina A. Gaidukevich*

Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена, Санкт-Петербург, Россия.

Herzen State Pedagogical University of Russia, Saint Petersburg, Russia.

SPIN-код: [1022-9010](#), ORCID: [0000-0002-2058-8556](#), e-mail: gea72@inbox.ru

Кандидат психологических наук, доцент кафедры олигофренопедагогики.

МАТАСОВ Юрий Тимофеевич — *Yuri T. Matasov*

Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена, Санкт-Петербург, Россия.

Herzen State Pedagogical University of Russia, Saint Petersburg, Russia.

SPIN-код: [2004-6673](#), ORCID: [0000-0002-6400-7776](#), e-mail: matasovut@gmail.com

Доктор психологических наук, профессор, профессор кафедры олигофренопедагогики.

Поступила в редакцию: 28 октября 2024.

Прошла рецензирование: 5 декабря 2024.

Принята к печати: 9 декабря 2024.