

УДК 159.923.2+159.922.761

**Гайдукевич Екатерина Анатольевна**

старший преподаватель кафедры олигофренопедагогики,  
Российский государственный педагогический  
университет им. А. И. Герцена, Санкт-Петербург  
gea72@inbox.ru

**Ekaterina A. Gaidukevich**

Senior lector,  
Herzen State Pedagogical University of Russia,  
Institute of Defectological Education and Rehabilitation,  
Department of oligophrenopedagogics,  
St. Petersburg, Russian Federation  
gea72@inbox.ru

**Внутренняя картина дефекта подростков с ДЦП:  
диагностика, профилактика, коррекция**

**Self-awareness of impairment of adolescents with cerebral palsy:  
diagnosis, prevention, correction.**

***Аннотация:** В статье отражены результаты эмпирического изучения специфики внутренней картины дефекта (ВКД) подростков с детским церебральным параличом (ДЦП). Приводится разработанная автором модель верификации типов ВКД и оригинальный комплекс исследовательских методик для изучения личностной реакции на дефект. Представлена экспериментально обоснованная и статистически подтвержденная классификация типов ВКД подростков с ДЦП. Определены детерминанты становления типов ВКД в условиях двигательной патологии. Намечены пути психопрофилактической работы по предупреждению формирования у детей с ДЦП типов ВКД, неблагоприятных для их личностного развития. Определена специфика направленности коррекционной работы с учащимися с ДЦП в зависимости от типа их ВКД.*

***Ключевые слова:** внутренняя картина дефекта (ВКД), структурные компоненты ВКД, верификация типов ВКД, детерминанты становления ВКД в условиях двигательной патологии, психопрофилактика и психокоррекция неблагоприятных типов ВКД.*

***Abstract:** The article reflects the results of an empirical study of the self-awareness of impairment (SAI) of adolescents with cerebral palsy; prevention and correction methods of the formation of adverse types of SAI are defined. The author developed a model for verification of SAI types and an original set of research methods. The article presents experimentally substantiated and statistically confirmed classification of SAI types of adolescents with cerebral palsy, the determinants of the formation of SAI in conditions of locomotor pathology are determined, the specific features of the structural components of*

*each SAI type are characterized. The article also highlights directions of psychoprophylactic work to prevent the formation of adverse SAI types of children with cerebral palsy. The specificity of the field of psychocorrectional work with students with cerebral palsy is determined, depending on their SAI type.*

**Key words:** *self-awareness of impairment (SAI), structural components of SAI, verification of SAI types of adolescents with cerebral palsy, determinants of SAI formation under conditions of a locomotor defect, psychoprophylactic and psychocorrection of adverse SAI types.*

Благополучие психосоциального развития детей с ОВЗ в значительной степени обусловлено их личностной реакцией на имеющийся дефект. Значимость разработки проблемы отношения лиц с недостатками развития к собственному дефекту подчеркивал Л.С. Выготский, отмечая, что «...реакция организма и личности ребенка на дефект есть центральный основной факт, единственная реальность, с которой имеет дело дефектология» [1, с. 9]. В современной специальной психологии для обозначения этого психологического образования исследователи ввели понятие внутренней картины дефекта (ВКД). Под внутренней картиной дефекта мы понимаем комплекс представлений и переживаний субъекта по поводу имеющегося нарушения развития, обуславливающий специфику его личностной активности. Различные варианты личностной реакции на дефект могут привести как к формированию комплекса неполноценности, заниженным самооценке и уровню притязаний, осложняющим общие достижения в психическом развитии, так и к возникновению компенсаторной активности, являющейся условием успешного развития [2].

В настоящее время в специальной психологии наблюдается неоднозначность сведений, касающихся особенностей осознания и переживания подростками с ДЦП своего дефекта. Отсутствует единая позиция во взглядах на факторы и механизмы формирования ВКД в условиях двигательной патологии. В исследовательских работах имеются крайне скудные данные о представленности типов ВКД подростков с ДЦП, о существовании зависимости между степенью тяжести двигательных нарушений и специфическими особенностями ВКД таких подростков. Недостаточная разработанность проблемы ВКД учащихся с ДЦП затрудняет поиск путей, способствующих формированию картины дефекта, приемлемой для благополучного личностного развития учащихся с ДЦП, и требует продолжения исследовательской работы в данной области.

Эффективное осуществление экспериментального изучения внутренней картины дефекта, представляющей собой сложноорганизованный феномен, открывается при условии выделения его структурных компонентов: когнитивного (субъективные представления о степени выраженности моторного дефекта и осознание его социальных последствий), эмоционально-ценностного (модальность и интенсивность переживания двигательного дефекта и его последствий) и поведенческого (внешние проявления

личностной реакции на дефект) [3]. Необходимо отметить, что в реальной жизни ВКД является целостным психологическим образованием, а выделение его дифференцированных структурных компонентов целесообразно для возможности более глубокого и детального изучения. Структурированный подход к изучению ВКД дает основание для разработки процедуры верификации типов ВКД, отсутствующей на сегодняшний день в психологических исследованиях, а также для составления комплекса диагностических методик, адекватных целям нашего исследования.

При исследовании когнитивного и эмоционально-ценностного компонентов ВКД подростков с ДЦП применялись: тест двадцати утверждений на самоотношение (Кто Я?) (М.Kuhn, Т.МсPartlend, 1966), опросник САН, модифицированный нами вариант проективной методики «Незаконченные предложения», шкала Я-концепции Пирса-Харриса Модифицированная (ШПХМ), шкала самоуважения Розенберга. Поведенческий компонент ВКД подростков с ДЦП изучался при помощи теста на самооффективность (Sherer, Maddux et al., 1982), личностного опросника Плутчика Келлермана Конте (Life Style Index, LSY) и метода экспертных оценок.

Решая задачу разработки процедуры определения типа ВКД каждого испытуемого, мы построили **теоретическую модель верификации типов ВКД**. Модель выстроилась на основе определенных нами ранее структурных компонентов ВКД. Отправной точкой построения данной модели явилось положение о том, что квалифицирующими признаками каждого типа ВКД выступает своеобразное соотношение меры осознания дефекта, фиксированности сознания индивида на нем и специфика переживаний индивида по этому поводу. В этой модели представлены две оси координат. На оси ординат: показатели когнитивного компонента разной модальности (осозна(ва)ние наличия дефекта и фиксированность на его негативных последствиях – игнорирование дефекта с отрицанием его негативных последствий); на оси абсцисс: показатели эмоционально-ценностного компонента разной модальности (спокойное, нейтральное отношение к дефекту (+) - острое негативное переживание дефекта (-)) (рис. №1).

Рисунок №1



## **Гиперкомпенсаторный (демонстративный) тип ВКД**

## **Вытеснение как тип ВКД**

### **отрицание дефекта и его последствий**

Специфика соотношения описанных показателей (когнитивного и эмоционально-ценностного) определяет спектр различных поведенческих признаков индивида, которые в нашей системе координат располагаются «веерообразно» по всем четырем ее квадрантам. Таким образом, в каждой четверти системы координат, в зависимости от соотношения показателей интеллектуальной, эмоциональной и поведенческой составляющих, «проявляется облик» типа ВКД, получающий на основе разброса показателей собственное название.

Варианты ВКД, расположенные в верхней части модели (положительные значения по оси ординат), объединяет четкое осозна(ва)ние индивидом собственного дефекта и реалистичность оценки его социальных последствий (с увеличением фиксированности сознания на дефекте). Для типов ВКД, получивших расположение ниже оси ординат, свойственно уменьшение фиксированности сознания индивида на дефекте и связанных с ним последствиями, вплоть до их полного игнорирования (отрицательные значения по оси ординат). Варианты личностной реакции на дефект, характеризующиеся спокойным эмоциональным отношением индивида к дефекту, занимают правую сторону модели (положительные значения по оси абсцисс). И наоборот, типы ВКД, при которых наблюдается негативное переживание собственного дефекта, имеют левостороннее расположение (отрицательные значения по оси абсцисс).

Результатом своеобразного соотношения когнитивной и эмоциональной составляющих ВКД являются поведенческие реакции индивида, специфика которых легла в основу названий типов ВКД. Следует отметить, что при определении названий типов ВКД мы, в известной мере, опирались на уже используемую в специальной литературе номенклатуру понятий, относящихся к личностной реакции на дефект. Нам представляется, что и в нашем случае, корректность и плодотворность использования этих понятий для обозначения выделенных нами типов ВКД сохраняется.

Четкое осозна(ва)ние индивидом собственного дефекта при достаточно спокойном эмоциональном отношении к нему обуславливает поведенческие реакции, направленные на максимальную компенсацию имеющихся нарушений развития и, соответственно, получает название «компенсаторный тип ВКД» (правый верхний квадрант). Осозна(ва)ние и призна(ва)ние имеющегося нарушения развития, сопровождающееся негативными эмоциональными переживаниями разной степени выраженности, приводит к астеническим поведенческим реакциям и

получает аналогичное название: «астенический тип ВКД» (левый верхний квадрант). Игнорирование индивидом собственного дефекта, обусловленное действием защитного механизма вытеснения, минимизирует астенические эмоциональные реакции по его поводу и приводит к отсутствию стремления компенсировать нарушенные функции («ВКД по типу вытеснения» (правый нижний квадрант)). Демонстративное внешнее игнорирование (отрицание) имеющегося дефекта, сочетающееся с внутренним переживанием индивида по его поводу, приводит к стремлению «словом и делом» доказать окружающим и себе, что дефект не имеет значения («гиперкомпенсаторный тип ВКД» (левый нижний квадрант)). С учетом всего вышеизложенного, образуется система координат, отражающая местоположение типов ВКД с их названиями, позволяющая верифицировать тип ВКД каждого испытуемого (рис. 1).

Процедура верификации типа ВКД предполагает комплексную оценку специфических характеристик когнитивного, эмоционально-ценностного и поведенческого компонентов ВКД испытуемого. Эта комплексная оценка находит свое выражение в виде проекции на конкретный квадрант системы координат, отражающий тот или иной тип ВКД. Таким образом, процедура верификации типов ВКД заключается в выявлении и оценке веса взаимодействующих факторов, детерминирующих в конечном счете порождение определенного типа ВКД [3].

В эмпирическом исследовании принимало участие 99 подростков с ДЦП разной степени тяжести с сохранным интеллектом в возрасте 14-16 лет. Анализ экспериментальных данных показал, что личностная реакция на дефект подростков с ДЦП представлена пятью типами ВКД: астеническим (31%), компенсаторным (20%), астено-компенсаторным (18%), гиперкомпенсаторным (21%) и ВКД по типу вытеснения (10%). Все пять типов ВКД, выявленные нами, имеют отчетливо выраженное своеобразие структурных компонентов, позволяющее отграничивать их друг от друга и считать самостоятельными. Достоверность обнаруженных различий между верифицированными типами ВКД подтверждена применением Н-критерия Краскела-Уоллиса (уровни значимости, рассмотренные в исследовании, составили  $p = 0,05; 0,01$ ).

Обобщенный анализ специфических особенностей структурных компонентов выявленных типов ВКД подростков с ДЦП позволил определить содержательную наполненность детерминант их становления.

**Астенический тип ВКД** формируется в условиях чрезмерной фиксированности сознания учащихся с ДЦП на имеющемся нарушении, которая приводит к гипертрофированным представлениям о собственном дефекте, сопровождается чрезмерно острыми эмоциональными переживаниями моторной недостаточности и ее негативных социальных последствий, болезненной реакцией на внешние проявления дефекта. Подростков с данным типом ВКД отличает общая неудовлетворенность собой, самонеприятие, низкая оценка собственных возможностей, отсутствие

жизненных перспектив. Негативное самовосприятие и самоотношение учащихся с астеническим типом ВКД обуславливают пассивность их жизненной позиции, неуверенность в собственных силах, нежелание преодолевать трудности, стремление к социальной изоляции.

**Компенсаторный тип ВКД** характеризуется четкими и адекватными представлениями учащихся об имеющемся дефекте, реалистичной оценкой ими социальных последствий дефекта и своих компенсаторных возможностей. Таким подросткам свойственна достаточно спокойная эмоциональная реакция на собственное нарушение развития. Общая самоудовлетворенность и позитивное самоотношение школьников определяет активность их жизненной позиции, проявляющуюся в стремлении преодолеть имеющиеся проблемы.

**Астено-компенсаторный тип ВКД** сочетает в себе признаки двух типов личностной реакции на дефект: астенического и компенсаторного. Смешанный характер данного типа ВКД проявляется в сочетании выраженных негативных эмоциональных переживаний по поводу имеющихся моторных недостатков с достаточно высокой деятельностной активностью по их преодолению.

**Гиперкомпенсаторный тип ВКД** возникает под влиянием действия защитных механизмов отрицания и гиперкомпенсации. Демонстративно отрицая дефект, доказывая его незначительность, подростки занимают активную позицию по его преодолению, стремятся справиться с негативными социальными последствиями дефекта, что, безусловно, способствует решению имеющихся проблем. В то же время, переоценка собственных возможностей, чрезмерность ожиданий относительно результативности собственной деятельности при возникновении ситуаций неуспеха, жизненных неудач, приводят к резким разочарованиям. Как следствие, возникают острые астенические реакции, переходящие в депрессивные состояния, сопровождающиеся резким снижением активности, отказом от деятельности.

Формирование **ВКД по типу вытеснения** обусловлено выраженным действием защитного механизма вытеснения. Психологическая защита, вытесняя из сферы сознания травмирующий фактор, искажает представления подростков о себе, что проявляется в игнорировании ими самого факта наличия двигательного дефекта, отрицании его социальных последствий, в завышенной оценке собственных возможностей и нереалистичном восприятии перспектив развития. При данном типе личностной реакции на дефект роль психологической защиты не является однозначно положительной. С одной стороны, она оказывается своеобразным способом стабилизации Я, снимая внутреннюю напряженность, и, тем самым, предохраняя личность от потери самоуважения. С другой стороны, психологическая защита, искажая представления подростков о себе, блокирует их компенсаторные возможности и оказывается серьезной помехой для адекватной социализации.

Пытаясь ответить на вопрос о том, влияет ли фактор степени тяжести ДЦП на формирование типа ВКД подростков, мы, на основе экспериментальных данных установили, что по мере утяжеления двигательного дефекта повышается вероятность формирования ВКД по типу вытеснения и гиперкомпенсаторного типа ВКД, а вероятность компенсаторного типа ВКД уменьшается. В этой связи полученные данные позволяют утверждать, что степень тяжести двигательного дефекта является важным фактором формирования ВКД подростков с ДЦП.

Установленные в нашем исследовании различия в личностном реагировании учащихся с ДЦП на свой дефект выдвигают проблему индивидуализации психолого-педагогического сопровождения образования таких детей и подростков. При этом мера и специфика психолого-педагогического вмешательства с целью сглаживания нежелательной остроты личностного реагирования на дефект и повышения компенсаторной активности у детей существенным образом оказывается связанной с типом ВКД ребенка.

Осуществленное исследование показало, что компенсаторный тип ВКД является наиболее благополучным для гармоничного личностного развития и успешной социальной адаптации учащихся с ДЦП. Следовательно, психолого-педагогическое сопровождение процессов воспитания и обучения детей с нарушением опорно-двигательного аппарата должно быть нацелено на изначальное формирование у них именно такого типа личностной реакции на имеющееся нарушение развития. В этой связи, осуществление профилактической работы по предупреждению возникновения менее благополучных типов ВКД приобретает особое значение.

ВКД, складывающаяся в онтогенезе, проходит этапы своего становления в тесной связи с общей картиной развития самосознания ребенка под влиянием биологических и социальных факторов. Создание благоприятных социальных условий способствует гармоничному развитию самосознания ребенка и снижает возможную вероятность формирования у него неблагополучных типов ВКД. К таким условиям исследователи в первую очередь относят благоприятную семейную ситуацию развития, в которой общение с близкими взрослыми определяет представления ребенка о себе и отношении к себе, причем на первых порах развивается аффективная, а вместе с ней когнитивная составляющая его самосознания [4, с. 12]. Первоначально самоотношение и самопринятие ребенка полностью зависят от отношения к нему его близких, от способности родителей принимать и любить ребенка, несмотря на имеющиеся у него нарушения развития. Заложенный благодаря родителям в раннем детстве «фундамент» самооценки малыша будет во многом определять дальнейшее становление его самосознания.

Однако, сам факт рождения ребенка с патологией опорно-двигательного аппарата является для его родственников мощным психотравмирующим фактором. Имеющиеся у ребенка физические

недостатки, сказывающиеся на своеобразии его психического развития, затрудняют процесс принятия ребенка близкими родственниками и могут формировать амбивалентное отношение к нему [5]. Кроме того, члены семьи чаще всего мало осведомлены о специфике имеющегося у ребенка дефекта, о компенсаторных возможностях и перспективах развития ребенка. Они недостаточно компетентны в вопросах, касающихся как общей стратегии воспитания особого ребенка, так и частных методов и приемов этого процесса. Трудноразрешимость проблем, с которыми сталкиваются родители в процессе воспитания ребенка с двигательной патологией зачастую вызывает состояние фрустрации, приводит в действие не всегда рациональные механизмы психологической защиты. Личностная реакция родителей на имеющийся у их ребенка дефект фиксируется и переживается ребенком на сознательно-бессознательном уровне, вынуждая его выстраивать соответствующие адаптивные стратегии поведения. Таким образом, специфика взаимодействия близких родственников с ребенком и их отношения к нему закладывают основу постепенно формирующейся у ребенка внутренней картины дефекта.

В этой связи очевидным **направлением психопрофилактической работы по предупреждению формирования у детей с ДЦП неблагоприятных типов ВКД является необходимость своевременного оказания психологической помощи членам их семей.** В то же время, практика общения с родителями детей с ДЦП показывает, что они сталкиваются с проблемой отсутствия информации о возможных путях получения психологической поддержки, особенно на ранних этапах развития ребенка. Решение этой проблемы является насущным вопросом современной психологической практики.

Психологическая помощь семьям, имеющим детей с нарушением опорно-двигательного аппарата, должна быть направлена на сглаживание родительского стресса, связанного с рождением ребенка-инвалида, формирование у членов семьи положительного отношения к нему, освоение взрослыми эффективных способов взаимодействия с ребенком.

Большое значение в профилактике возникновения у детей с нарушением опорно-двигательного аппарата неблагоприятных типов ВКД играет помощь родителям в **выборе подходящих образовательных учреждений для ребенка на разных этапах его развития.** Правильный выбор образовательных учреждений, совершенный с учетом индивидуальных психофизических особенностей ребенка, обеспечит ему благоприятную коммуникативную среду, необходимую для гармоничного развития самосознания. Принятие решение в этом важном вопросе требует как комплексного медико-психолого-педагогического обследования ребенка, так и консультирования родителей, которые, в силу разных причин, не всегда готовы следовать рекомендациям специалистов. Недостаточное понимание родителями важности своевременного создания специальных образовательных условий для ребенка с нарушением опорно-двигательного



аппарата может привести к нарушению приемлемого межличностного взаимодействия со сверстниками и взрослыми, являющегося необходимым условием формирования позитивного самовосприятия и самооотношения.

Важнейшим направлением коррекционно-профилактической работы с детьми с нарушением опорно-двигательного аппарата, осуществляемой в дошкольных и школьных образовательных учреждениях, является **создание условий для повышения у них потребности в позитивной саморефлексии**. Создание таких условий возможно путем гармонизации межличностного взаимодействия детей и школьников, развития у них чувства эмпатии, повышения уверенности в себе посредством получения позитивного опыта в разрешении проблемных ситуаций, в том числе, связанных с наличием дефекта.

**Как показали результаты нашего экспериментального исследования, к подростковому возрасту только у 20% школьников с ДЦП формируется благополучный вариант личностной реакции на дефект - компенсаторный тип ВКД. Остальным учащимся требуется психологическая помощь, направленная на формирование у них позитивной витальной установки и гармонизацию личности в целом.** При разработке содержания коррекционно-развивающих программ и методов их реализации психологу необходимо учитывать детерминанты становления каждого типа ВКД в условиях двигательной патологии. Очевидно, что психологическое воздействие должно иметь целостный характер, оказывая позитивное влияние не только на ВКД подростков, но и на их личность. В то же время, своеобразии структурных компонентов, свойственное каждому типу ВКД, требует структурированного подхода к определению направлений их коррекции.

Основной целью коррекционно-развивающей работы с учащимися, у которых выявлен **астенический тип ВКД**, является сглаживание остроты их эмоциональных переживаний по поводу имеющегося двигательного дефекта и повышение компенсаторной активности таких подростков. Достижение этой цели необходимо осуществлять путем активного психологического воздействия на все структурные компоненты их ВКД.

Коррекция когнитивного компонента астенического типа ВКД у подростков с ДЦП предполагает:

- коррекцию гипертрофированных представлений школьников об имеющемся у них дефекте и его проявлениях во внешности;
- ослабление фиксированности сознания подростков на имеющихся нарушениях развития путем смещения фокуса их внимания на собственные компенсаторные возможности;
- развитие саморефлексии учащихся с целью расширения их представлений о собственных положительных качествах, формирования общего позитивного самовосприятия;
- развитие способности к самоанализу своего поведения и деятельности, который бы позволил разорвать патологическую причинно-

следственную связь между возникающими неудачами и имеющимся дефектом.

Коррекция эмоционально-ценностного компонента астенического типа ВКД у подростков с ДЦП включает:

- сглаживание негативных эмоциональных переживаний по поводу имеющегося нарушения развития и его социальных последствий;
- нормализацию общего психоэмоционального состояния школьников, купирование депрессивных состояний, возникающих в следствие трудностей и неудач в деятельности и общении, обусловленных двигательным дефектом и его внешними проявлениями;
- коррекцию повышенной тревожности и страхов, связанных с прогнозируемой подростками собственной неуспешностью в реализации планов, касающихся как решения насущных задач (образовательных, коммуникативных, социально-бытовых), так и ожидаемых ими будущих достижений (профессиональной самореализации, создания собственной семьи и т.д.);
- повышение уровня общей самооценки, самоуважения и ощущения собственной значимости.

Коррекция поведенческого компонента астенического типа ВКД у подростков с ДЦП имеет целью повышение их социальной и деятельностной активности и предполагает:

- развитие уверенности подростков в своих возможностях и повышение их ожидаемой самоэффективности путем получения позитивного опыта в разрешении проблемных ситуаций, в том числе, связанных с наличием дефекта;
- развитие мотивационно-потребностной сферы школьников, повышение стремления к саморазвитию путем снятия сформированных в их сознании (из-за гипертрофированного самовосприятия дефекта) излишних ограничений на доступные им в реальности виды деятельности;
- повышение социальной активности подростков путем формирования коммуникативных навыков, расширения сферы общения, вовлечение их в совместные с другими учащимися виды деятельности;
- коррекцию дезадаптивных стратегий поведения подростков, обусловленных действием непродуктивных защитных механизмов, проявляющихся в стремлении к социальной изоляции, эгоцентричности, склонности к регрессу, в агрессивном поведении и др.

Психокоррекционная работа с подростками с **астено-компенсаторным типом ВКД** должна сохранять ту же направленность, что и работа с учащимися с астеническим типом ВКД, но фокус оказываемой подросткам помощи должен быть смещен к коррекции эмоционально-ценностного компонента их ВКД в связи с наличием у таких учащихся выраженных негативных переживаний по поводу дефекта. Когнитивный и поведенческий компоненты астено-компенсаторного типа ВКД отличаются достаточной сбалансированностью: представления подростков о собственном дефекте и

его социальных последствиях реалистичны, а их жизненная позиция характеризуется высокой активностью и осознанным стремлением к компенсации дефекта.

Подросткам с **гиперкомпенсаторным типом ВКД** требуется психологическая помощь, направленная на коррекцию всех структурных компонентов их личностной реакции на имеющийся дефект.

Коррекция когнитивного компонента гиперкомпенсаторного типа ВКД у подростков с ДЦП предполагает:

- целенаправленную работу по разрушению у них легковесной (некритичной) установки на то, что их моторный дефект ни в коей мере не может служить причиной нежелательных социальных последствий;
- формирование у учащихся реалистичных представлений о собственных компенсаторных возможностях и путях самореализации;
- коррекцию завышенного уровня притязаний, характерного для подростков с гиперкомпенсаторным типом ВКД.

Коррекция эмоционально-ценностного компонента гиперкомпенсаторного типа ВКД у подростков с ДЦП предполагает:

- формирование у подростков эмоционального опыта, развитие способности осознавать и выражать свои переживания, в том числе, связанные с имеющимся нарушением развития;
- развитие у учащихся способности принимать и любить себя даже при условии реалистичного восприятия имеющегося двигательного дефекта и признания определенной ограниченности собственных возможностей;
- купирование депрессивных состояний, возникающих в следствие трудностей и неудач в деятельности и общении, обусловленных двигательным дефектом и его внешними проявлениями;

Коррекция поведенческого компонента гиперкомпенсаторного типа ВКД у подростков с ДЦП предполагает:

- коррекцию дезадаптивных стратегий поведения подростков, которые, в следствие отрицания негативных последствий дефекта, переоценивают собственную эффективность в различных видах деятельности и предъявляют завышенные требования к ее результативности, несоответствие этим требованиям вызывает у них болезненные эмоциональные реакции;
- развитие у подростков самоконтроля и произвольности поведения, формирование умения рационально распределять собственные силы (избегая чрезмерного физического и психического перенапряжения) при планировании и осуществлении собственной деятельности, направленной на коррекцию нарушенных функций и саморазвитие в целом;
- закрепление и стимулирование компенсаторных поведенческих реакций, уже свойственных подросткам с гиперкомпенсаторным типом ВКД.

**ВКД по типу вытеснения** является, с одной стороны, достаточно благополучным вариантом личностной реакции на дефект, так как, в следствие действия защитных механизмов, она уберегает подростков от травмирующего их психику факта наличия моторного дефекта, обеспечивая

им эмоциональный комфорт. С другой стороны, такое состояние психологического комфорта ослабляет потребность подростков в саморазвитии и, тем самым, снижает их компенсаторную активность («зачем мне стараться, напрягаться если у меня и так все хорошо?»). Кроме того, скрытый и неосознаваемый подростками до поры внутренний конфликт, возникающий у них благодаря вытесненной в подсознание проблеме присутствия дефекта, при определенных жизненных обстоятельствах может «прорваться» в их сознание, причиняя при этом острую боль и приводя к деструктивным формам поведения. Такое своеобразие проявлений ВКД по типу вытеснения требует особого подхода к его коррекции, основной целью которой будет активизация компенсаторной деятельности подростков, повышение их стремления к саморазвитию при сохранении эмоционального комфорта и позитивности их самовосприятия. Основные направления коррекционно-развивающей работы с подростками с ВКД по типу вытеснения будут аналогичны тем, которые реализуются с подростками с гиперкомпенсаторным типом ВКД, но со смещением коррекционного акцента на поведенческий и когнитивный компоненты ВКД.

Отсутствие своевременной психологической помощи подросткам с ДЦП, у которых сформированы неблагоприятные типы ВКД, может привести к развитию у них стойких патохарактерологических типов личности, к социальной дезадаптации.

#### **Литература:**

1. *Выготский Л. С. Собрание соч.: В 6-ти т. Т. 5. Основы дефектологии / Под. ред. Т. А. Власовой - М.: Педагогика, 1983. - 368 с.*
2. *Гайдукевич Е. А. Проблема внутренней картины дефекта в специальной психологии // Известия Российского государственного педагогического университета имени А. И. Герцена. № 132: Научный журнал. – СПб., 2011. С. 331-335.*
3. *Гайдукевич Е. А. Специфика внутренней картины дефекта подростков с ДЦП // Международный научный журнал «Вестник психофизиологии» №2, 2018.- с. 45-50*
4. *Чудновский В. С., Кржечковский А. Ю., Можейко А. А. Самосознание подростков с гармоничным и отклоняющимся поведением, Ставрополь, [б. и.], 1993. – 141 с.*
5. *Шипицына Л. М., Мамайчук И. И. Детский церебральный паралич. – СПб., Изд-во «Дидактика Плюс», - 2001, 272 с.*

#### **References**

1. *Vygotsky L. S. Collected essay: In 6 vols. T. 5. Fundamentals of defectology / Under. ed. T. A. Vlasova - M.: Pedagogy, 1983.- 368 p.*
2. *Gaidukevich E. A. The problem of the internal picture of a defect in special psychology, Bulletin of the Herzen State Pedagogical University of Russia No. 132 (St. Petersburg, 2011), p. 331*

3. *Gaidukevich E. A. The specificity of the internal picture of a defect in adolescents with cerebral palsy, International scientific journal "Bulletin of Psychophysiology" No. 2 (St. Petersburg, 2018), p. 45*
4. *Chudnovsky V. S., Krzhechkovsky A. Yu., Mozheiko A. A. Self-consciousness of adolescents with harmonious and deviant behavior (Stavropol, 1993), p. 12*
5. *Shipitsyna L. M., Mamaichuk I. I. Cerebral palsy (Didactics Plus Publishing House, St. Petersburg, 2001).*