

# Особенности отношения к телу лиц с последствиями детского церебрального паралича и спинальной травмы разной степени тяжести

**Мешкова Т.А.**

*Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6018-5006>, e-mail: [meshkovata@mgppu.ru](mailto:meshkovata@mgppu.ru)*

**Гаврилова Е.Л.**

*Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1266-4205>, e-mail: [gfdkfkf@mail.ru](mailto:gfdkfkf@mail.ru)*

---

Были изучены особенности отношения к телу взрослых людей (от 21 года до 65 лет, средний возраст — 40,8 лет) с последствиями детского церебрального паралича (13 человек) и спинальной травмы (15 человек) разной степени тяжести и у 40 условно здоровых взрослых от 20 до 64 лет (средний возраст — 35,3 лет). Респондентам предъявлялись два опросника с позитивными высказываниями, направленные на оценку положительного отношения к телу и его функциональности (Body Appreciation Scale и Functionality Appreciation Scale), а также составленный авторами опросник для оценки негативного отношения к телу лиц с видимыми нарушениями и невербальная методика для непосредственной количественной оценки удовлетворенности отдельными участками тела. Обнаружено, что методики, направленные на оценку удовлетворенности отдельными участками тела или оценку негативного отношения к телу, выявляют достоверные различия между группой взрослых людей с последствиями детского церебрального паралича и спинальной травмы и группой условно здоровых людей. Обнаружены более низкие показатели оценки тела при патологии независимо от ее типа и тяжести. Опросники с позитивными высказываниями таких различий не обнаруживают. Уровень позитивного отношения к телу при двигательной патологии аналогичен тому, который наблюдается в нормативной группе респондентов. Анализ взаимодействия факторов вида и тяжести патологии выявляет значимые различия в оценке отдельных частей тела (в особенности ног и ягодиц): лица с тяжелыми последствиями детского церебрального паралича оценивают участки своего тела наиболее высоко, лица с тяжелыми формами спинальной травмы, напротив, наиболее низко. Обсуждается важность концепции позитивного образа тела для реабилитации лиц с двигательными нарушениями.

**Ключевые слова:** образ тела, позитивный образ тела, отношение к телу, детский церебральный паралич, спинальная травма, инвалидность, нарушения опорно-двигательного аппарата, диагностика, взрослые.

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. Том 10. № 1. С. 180–205.

Meshkova T.A., Gavrilova E.L. The Features of Attitude to the Body of Persons with Consequences of Cerebral Palsy and Spinal Cord Injury  
Clinical Psychology and Special Education  
2021, vol. 10, no. 1, pp. 180–205.

**Финансирование.** Исследование выполнено при финансовой поддержке ФГБОУ ВО МГППУ в рамках научного проекта «Особенности образа собственного тела лиц с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата».

**Благодарности.** Авторы благодарят за помощь в экспертизе перевода диагностических опросников О.Б. Бухину.

**Для цитаты:** Мешкова Т.А., Гаврилова Е.Л. Особенности отношения к телу лиц с последствиями детского церебрального паралича и спинальной травмы разной степени тяжести [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2021. Том 10. № 1. С. 180–205. DOI: 10.17759/cpse.2021100109

---

# The Features of Attitude to the Body of Persons with Consequences of Cerebral Palsy and Spinal Cord Injury

**Tatiana A. Meshkova**

*Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6018-5006>, e-mail: [meshkovata@mgppu.ru](mailto:meshkovata@mgppu.ru)*

**Elena L. Gavrilova**

*Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1266-4205>, e-mail: [gfdkfkf@mail.ru](mailto:gfdkfkf@mail.ru)*

---

The features of attitude to the body of adults (from 21 to 65 years old;  $M=40,8$ ) with consequences of cerebral palsy (13 persons) and spinal cord injury (15 persons) of varying severity and 40 persons (from 20 to 64 years old;  $M=35,3$ ) without disabilities were studied. Two questionnaires with positive statements (Body Appreciation Scale and Functionality Appreciation Scale) were used, as well as a specially compiled questionnaire for assessing the negative attitude towards the body of persons with visible impairments and a non-verbal method for direct quantitative assessment of satisfaction with certain parts of the body. It was found that techniques aimed at direct assessment of body parts or assessment of negative attitude to the body reveal significant differences between healthy and disabled persons, indicating lower body assessments in persons with pathology, regardless of its type and severity, while questionnaires with positive statements can't detect these differences. The level of positive attitude to the body in motor pathology is not lower than in the healthy persons. Analysis of the interaction of factors "type" vs "severity" of pathology reveals significant differences in the assessment of individual parts of the body (especially the legs and buttocks): persons with severe consequences of cerebral palsy rated their body areas higher than persons with severe forms of spinal trauma. The importance of the concept of a positive body image for the rehabilitation of persons with movement disorders is discussed.

**Keywords:** body image, positive body image, attitude to the body, cerebral palsy, spinal cord injury, disability, musculoskeletal disorders, diagnostics, adults.

**Funding.** The study was carried out with the financial support of the Moscow State University of Psychology & Education within the framework of the scientific project "Features of the body image in persons with musculoskeletal disorders".

**Acknowledgments.** The authors are grateful for help in the examination of the translation of diagnostic questionnaires O.B. Bukhina.

**For citation:** Meshkova T.A., Gavrilova E.L. The Features of Attitude to the Body of Persons with Consequences of Cerebral Palsy and Spinal Cord Injury. *Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia=Clinical Psychology and Special Education*, 2021. Vol. 10, no. 1, pp. 180–205. DOI: 10.17759/cpse.2021100109 (In Russ.)

---

## Введение

Большинство лиц, имеющих заболевания опорно-двигательного аппарата (ОДА), испытывают сложности на всех уровнях жизнедеятельности. Они могут сталкиваться с трудностями в самообслуживании, передвижении, налаживании межличностных контактов, учебной и трудовой деятельности. Они часто оказываются исключенными из общественной жизни, что негативно влияет на их самооценку и эмоциональное состояние [4; 10].

В программах реабилитации этого контингента, как правило, наибольшее внимание уделяется медицинскому аспекту — восстановлению или формированию двигательных функций и поддержанию оптимального уровня соматического здоровья. Однако психологическая и психосоциальная реабилитация лиц с двигательными патологиями не менее важна для улучшения их качества жизни.

Одним из важных аспектов психологической работы с лицами, имеющими нарушения ОДА, является формирование у них позитивного отношения к собственному телу, что в свою очередь способствует адекватному становлению Я-концепции личности в целом. Негативное отношение к телу человека с патологией ОДА может сказаться на его социальной активности, готовности к взаимодействию с окружающими, а также на его отношении к медицинскому вмешательству и поддержанию здоровья [15; 16].

Влияние на индивида физических дефектов и видимых заболеваний, к которым относятся, в частности, детский церебральный паралич (ДЦП) и спинальные травмы (СТ), исследуется в различных аспектах, однако большинство исследователей сходятся в том, что основными проблемами таких пациентов являются переживание повышенной тревожности, которая может соответствовать пограничному состоянию или неврозу, негативное влияние образа тела на Я-концепцию в целом и сложности во взаимодействии с социальным окружением, связанные с боязнью стигматизации [8]. Высокий уровень общей тревоги сочетается с повышенной

социальной тревожностью, связанной с желанием произвести позитивное впечатление на окружающих, и страхом неудачи из-за наличия внешнего дефекта. Из-за этой тревожности люди с двигательными патологиями могут избегать определенных видов деятельности, например, занятий спортом в общем зале, или стараются скрыть свои особенности с помощью одежды [19].

То, насколько видимые заболевания влияют на самовосприятие и самооценку, зависит от значимости внешней привлекательности для конкретного индивида: чем важнее внешность для человека, тем больше его Я-концепция будет страдать от наличия видимых заболеваний. Для людей, придающих большое значение собственной внешности, характерен более низкий уровень адаптации. Они часто склонны использовать оценку внешности для трактовки неясных переживаний, к примеру, в связи со взглядами посторонних людей [8].

Отрицательное влияние на образ тела людей с инвалидностью оказывают медиа и средства массовой информации, в которых, как правило, представлены люди с привлекательной внешностью и без физических особенностей; создаваемый ими образ идеального тела недостижим для людей с видимыми заболеваниями. Люди с двигательными патологиями, чаще всего спортсмены, также могут быть представлены в массовой культуре, однако их образы также идеализированы, нереалистичны и недостижимы для большинства людей с похожими заболеваниями [19].

Рассмотрим некоторые конкретные исследования, посвященные изучению особенностей образа тела людей с двигательными патологиями, включая СТ и последствия ДЦП. К сожалению, как в отечественной, так и в зарубежной научной литературе количество публикаций по этой теме невелико.

G. Talerogos и M. McCabe провели серию исследований [22–25], в которых изучали взаимосвязь образа тела и двигательных патологий. Они обнаружили, что для людей с двигательными патологиями характерна интернализация негативных установок относительно своего тела, однако многие респонденты не считали себя абсолютно непривлекательными и отмечали, что ощущают себя в своем теле скорее комфортно. Ощущению комфорта способствуют акцентирование на положительных характеристиках своего тела и принятие пораженных болезнью частей, а также получение поддержки от друзей и близких. При повреждениях позвоночника и спинного мозга с течением времени индивид адаптируется к своему состоянию и начинает более позитивно относиться к своему телу. Тем не менее многие опрошенные указывают, что пытаются скрыть внешние дефекты, что интерпретируется как недостаточное принятие своего тела. Многие респонденты имеют тенденцию сравнивать свое тело с телами здоровых людей и хотели бы поменять свое тело на здоровое, если бы представилась такая возможность.

В широкомасштабном исследовании, охватившем 1 196 человек, из которых более 700 имели физическую инвалидность (повреждение спинного мозга, церебральный паралич, ампутация) и около 400 не имели инвалидности, авторы, используя дисперсионный и регрессионный анализы, рассмотрели различные аспекты оценки отношения к телу у мужчин и женщин с различными формами

и различной степенью тяжести двигательных нарушений. Неудовлетворенность телом возрастала с утяжелением патологии [25]. Оценки тела мужчин в среднем были выше оценок женщин, однако при тяжелой инвалидности, предполагающей высокую потребность в помощи, оценки тела у мужчин были ниже, чем у женщин. Особенно это касалось оценок нижней части тела. Авторы подчеркивают, что физическая инвалидность с большой потребностью в посторонней помощи может влиять на образ тела мужчин сильнее, чем женщин. Для женщин более существенным предиктором негативной оценки тела оказался возраст. Авторы считают, что мужчины с ограниченными физическими возможностями особенно уязвимы в плане социокультурной адаптации в современном обществе в связи с возросшими тенденциями придавать большое значение идеальному образу тела.

Как ни странно, в упомянутом исследовании не было получено связи оценок тела с длительностью периода инвалидности. Однако в других публикациях есть указания на то, что время начала заболевания влияет на отношение пациентов к своему телу [18; 20]. Люди с врожденными патологиями, а также те, у которых заболевания начались в более раннем возрасте (до 21 года), имеют более стабильный и позитивный образ тела. Предполагается, что причина этого заключается в том, что при врожденных и рано приобретенных заболеваниях инвалидность интегрируется в Я-концепцию человека в процессе ее развития, в то время как при более позднем начале заболевания человек переживает разрушение сложившейся ранее системы представлений о себе [18]. Со временем отношение человека с приобретенной инвалидностью улучшается в связи с получением нового позитивного телесного опыта. Позитивное и ответственное отношение пациентов к собственному телу способствует их готовности принимать активное участие в лечении и реабилитации и вести здоровый образ жизни [16].

К сожалению, в отечественной психологии проблеме отношения людей с двигательными патологиями к собственному телу уделяется еще меньше внимания. А.В. Гольцов исследовал взаимосвязь между образом тела пациентов с приобретенными нарушениями ОДА и используемыми ими психологическими защитами. Оказалось, что преуменьшение собственной привлекательности часто связано с использованием вытеснения как основного механизма психологической защиты, а завышенная оценка собственной внешности и физических возможностей коррелирует с отрицанием травмирующих событий. Для наиболее адекватного восприятия собственного характера психологическая защита типа «рационализация» [1].

В исследовании образа физического Я у детей с двигательными нарушениями разной степени тяжести было показано, что для детей с легкими патологиями характерны позитивные установки относительно своего тела и адекватное его восприятие [7]. При средней и тяжелой степенях двигательных нарушений формирование образа тела происходит искаженно. Такие дети часто имеют нереалистичное представление о форме и размерах различных частей тела, а также о своих физических возможностях. В связи с преобладанием негативного телесного опыта, к которому относится длительное лечение и невозможность принимать активное участие в играх и обучении наравне со сверстниками, дети склонны воспринимать свое тело как слабое и немощное. При тяжелых локальных

поражениях часто наблюдается резко негативное отношение к пораженной части тела. Также у детей с ДЦП вне зависимости от наличия интеллектуального дефекта отмечаются высокий уровень тревожности и низкая самооценка, связанные с переживанием неуклюжести, телесной рассогласованности и общей физической неадекватности [11].

Исследование удовлетворенности отдельными частями тела у подростков с ДЦП свидетельствует о важности таких факторов, как пол и возраст подростков. Девушки младшего подросткового возраста оценивают свое тело значительно ниже, чем девушки старшего подросткового возраста и юноши младшего и старшего возрастов, и находятся в зоне риска формирования негативного образа тела. Девушки старшего подросткового возраста и юноши младшего и старшего возрастов оценивают свое тело достаточно высоко, что также характерно для подростков с нормативным развитием [6].

Как уже говорилось, количество публикаций в данной области невелико как в зарубежной, так и в отечественной психологии. Данное исследование проводится с **целью** расширить представления об особенностях образа тела людей с врожденными и приобретенными двигательными нарушениями. В частности, предполагается оценить отношение к внешности, к функциональности тела, а также дифференцированно оценить удовлетворенность различными участками тела.

Можно предположить, что удовлетворенность своим телом и его отдельными частями, в особенности пораженными болезнью, будет ниже у лиц с двигательными нарушениями по сравнению с контрольной группой здоровых людей. Вид и тяжесть патологии могут рассматриваться в качестве факторов, влияющих на отношение к своему телу у лиц с двигательной патологией.

### **Выборка и организация исследования**

**Выборка.** В исследовании приняли участие 68 человек, 28 из которых имели нарушения функций ОДА (целевая группа). Условиями включения в целевую группу было наличие нарушений ОДА как последствий ДЦП или СТ с различной тяжестью патологии, а также интеллектуальная сохранность и отсутствие диагностированных психических заболеваний. Степень тяжести патологии определялась в соответствии с заключением специалистов. В целевую группу вошли респонденты в возрасте от 21 года до 65 лет ( $M=40,8$ ;  $SD=14,4$ ). Анкетирование целевой группы проводилось на базе Московской городской организации Всероссийского общества инвалидов и Реабилитационного центра «Преодоление» (Москва). Все респонденты подписали информированное согласие на участие в исследовании. Состав участников целевой группы по возрасту, полу, виду и тяжести патологии представлен в приложении 1. Кроме того, учитывались уровень образования и трудовая занятость (13 человек имеют высшее образование, 8 — среднее-специальное, 7 — среднее; 10 человек имеют постоянное место работы, остальные являются безработными).

В контрольную группу вошли 40 человек без каких-либо нарушений из числа ближайшего окружения одного из авторов (приложение 2), из них 10 мужчин и 30 женщин в возрасте от 20 до 64 лет ( $M=35,3$ ;  $SD=13,1$ ). Три человека имеют среднее

специальное, остальные — высшее образование. Анкетирование участников проводилось по месту их работы, учебы или жительства.

**Методы диагностики.** Для оценки отношения к своему телу и его функциональности в целом, а также для измерения степени удовлетворенности отдельными участками тела был выбран следующий диагностический инструментарий.

1. Шкала положительного отношения к собственному телу (признательности телу) (Body Appreciation Scale, BAS) [14]. Опросник состоит из 13 пунктов, содержащих исключительно позитивные высказывания («Я уважаю свое тело», «Я считаю, что у моего тела есть определенные достоинства» и т.п.). Содержание высказываний охватывает четыре главных аспекта: 1) благоприятное мнение о теле (независимо от фактического внешнего вида); 2) принятие тела не зависимо от веса, формы и недостатков тела; 3) уважение к телу, внимательное отношение к его потребностям, ведение здорового образа жизни и 4) защита тела от влияния нереалистичных образов «идеального» тела, представленных в СМИ. Ответы испытуемых оцениваются по пятибалльной шкале, где 1 баллу соответствует ответ «абсолютно неверно», 5 баллам — «абсолютно верно». Чем выше полученный результат, тем больше удовлетворенность респондента собственным телом.

2. Шкала удовлетворенности функционированием собственного тела (Functionality Appreciation Scale, FAS) [13]. Опросник состоит из семи позитивных высказываний, направленных на оценку функциональности тела (например, «Я ценю свое тело за те функции, которые оно выполняет», «Я чувствую, что мое тело так много делает для меня»). Ответы испытуемых оцениваются по пятибалльной шкале, где 1 баллу соответствует ответ «абсолютно неверно», 5 баллам — «абсолютно верно».

Обе эти шкалы разрабатывались авторами с позиций позитивной психологии. Они не содержат негативных высказываний по отношению к телу человека, что послужило основанием для их выбора нами как менее травмирующего варианта диагностики именно для респондентов с двигательной патологией.<sup>1</sup> Обе шкалы в исследованиях, проведенных за рубежом в странах западной культуры, продемонстрировали одномерную структуру, высокую внутреннюю согласованность, ретестовую надежность, критериальную и конструктивную валидность. В нашей стране FAS используется нами впервые, BAS уже был использован и хорошо зарекомендовал себя в наших исследованиях риска нарушений пищевого поведения [2; 3; 5].

3. Невербальная методика для оценки удовлетворенности участками тела (УУТ), разработанная Т.А. Мешковой и О.М. Клычковой специально для оценки удовлетворенности телом респондентов, имеющих особенности внешности [6]. Оценочные бланки в этой методике содержат схематические изображения тела

---

<sup>1</sup> Перевод опросников был осуществлен Т.А. Мешковой с экспертной оценкой профессионального переводчика, имеющего психологическое образование, О.Б. Бухиной, которой авторы выражают искреннюю благодарность.

и лица человека, что также уменьшает травмирующий эффект. Оценка осуществляется по пятибалльной шкале. От респондентов требовалось оценить уровень удовлетворенности каждым участком своего тела и проставить оценку непосредственно в оцениваемый сегмент тела на бланке. Минимальная оценка — 1 балл, максимальная — 5 баллов.

4. Также с опорой на публикации G. Taleporos и M. P. McCabe [22–25] был разработан собственный опросник для исследовательских целей. При составлении данного опросника, условно обозначенного как Body Questionnaire (BQ), мы опирались на следующие представления о позитивном и негативном образе тела. Позитивный образ тела связан с ощущением комфорта от пребывания в собственном теле, оценкой своей внешности как привлекательной, отсутствием негативного сравнения своего тела с телами других людей и отсутствием влияния телесных недостатков на деятельность и взаимодействие с окружающими [26–28]. Негативный образ тела, напротив, характеризуется ощущением телесного дискомфорта, убежденностью в своей внешней непривлекательности, сравнением своего тела с телами других людей не в свою пользу и желанием иметь другое тело, а также с избеганием общения и деятельности в связи с телесными недостатками [12]. В соответствии с данным представлением об образе тела мы включили в опросник следующие утверждения, стараясь прибегать к максимально щадящим формулировкам:

1. В целом я позитивно отношусь к своему телу.
2. Мне делают комплименты о моей внешности.
3. Я сильно переживаю, сравнивая свои физические особенности с другими людьми.
4. Мое тело мешает мне ощущать себя свободно и непринужденно.
5. Я стараюсь выбирать одежду, скрывающую мои физические особенности.
6. Я думаю, что мое тело ничуть не хуже, чем у других.
7. Когда меня называют привлекательным(ой), я думаю, что мне льстят.
8. Я избегаю близкого общения с другими людьми из-за особенностей своего тела.
9. Когда я сравниваю себя с другими, у меня возникает желание иметь другое тело.
10. Я избегаю бывать в общественных местах из-за своих физических особенностей.
11. Я считаю себя внешне привлекательным(ой).
12. Я испытываю дискомфорт в связи с особенностями моего тела.

Респонденту предлагается оценить каждое из утверждений с помощью следующих вариантов ответа лайкертовского типа: «никогда», «редко», «иногда», «часто», «всегда». При подсчете прямых утверждений (3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12) ответ «никогда» принимается за 1 балл, ответ «всегда» — за 5 баллов. При подсчете обратных утверждений (1, 2, 6, 11) ответ «всегда» принимается за 1 балл, ответ «никогда» — за 5 баллов. Суммарное количество баллов отражает степень неудовлетворенности респондента своим телом.

Таким образом, первые два опросника измеряют позитивное отношение к телу, а последний — негативное.

Для статистической обработки полученных результатов использовались метод сравнения средних для независимых выборок (t-критерий Стьюдента), корреляционный анализ Пирсона, альфа Кронбаха для оценки внутренней согласованности опросников и двухфакторный дисперсионный анализ. Статистическая обработка проводилась в программе Statistica v. 10.

## Результаты и их обсуждение

### **Сравнительный анализ восприятия образа тела в норме и при нарушениях опорно-двигательного аппарата**

Все опросники, используемые для оценки отношения к телу (BAS, FAS, BQ) показали достаточно высокий уровень внутренней согласованности как на общей выборке, так и отдельно на целевой и контрольной группах, за исключением показателя, относящегося к целевой группе с патологией ОДА (табл. 1). Значение альфа Кронбаха 0,62 не может рассматриваться как достаточное в данном случае. Однако составленный нами опросник используется лишь в исследовательских целях и пока не претендует быть инструментом диагностики. Ограничением применения альфа Кронбаха в данном случае является также недостаточный объем выборок. Учитывая, что исследование является пилотным и диагностические методики используются исключительно в исследовательских целях, мы сочли возможным применить этот метод.

Таблица 1

#### **Внутренняя согласованность $\alpha$ -Кронбаха опросников BAS, FAS, BQ**

Опросники	Вся выборка	Норма	Патология
BAS	0,87	0,90	0,83
FAS	0,90	0,92	0,88
BQ	0,78	0,83	0,62

Распределения показателей BAS и BQ для всей выборки и обеих подвыборок удовлетворяют критериям нормальности Колмогорова–Смирнова, однако распределения показателей FAS для контрольной группы и всей выборки не являются таковыми. Все же мы сочли возможным воспользоваться параметрическими методами, поскольку большая часть распределений могут считаться нормальными.

Корреляционный анализ Пирсона демонстрирует наличие значимых статистических связей между показателями всех трех методик на всей выборке и в отдельных подгруппах (табл. 2). Полученные результаты говорят о том, что все три опросника направлены на исследование взаимосвязанных параметров, какими являются позитивное отношение к телу, оценка функциональности тела

и негативное отношение к своим внешним особенностям (последний параметр отрицательно связан с первыми двумя).

Таблица 2

**Корреляции между оценками удовлетворенности/неудовлетворенности образом тела, полученными по опросникам BAS, FAS, BQ ( $p < 0,05$ )**

	Вся выборка		Норма		Патология	
	FAS	BQ	FAS	BQ	FAS	BQ
BAS	0,49	-0,62	0,45	-0,85	0,57	-0,45
FAS		-0,44		-0,31		-0,66

Сравнение целевой и контрольной групп с помощью t-критерия Стьюдента не выявило значимых различий по методикам BAS и FAS (табл. 3). Несмотря на наличие заболевания, влияющего на внешность и функционирование тела, респонденты с двигательными патологиями имеют близкий к нормативному уровень позитивного отношения к телу и его функциональности. Таким образом, опросники, основанные исключительно на позитивных высказываниях, не выявляют различий между нормой и патологией. В то же время, опросник BQ, составленный нами с учетом особенностей людей с двигательными нарушениями, содержащий формулировки как позитивного, так и негативного характера, хорошо фиксирует различия между целевой и контрольной группами.

Таблица 3

**Сравнение целевой и контрольной групп по методикам BAS, FAS, BQ**

	BAS		FAS		BQ	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Норма	51,4	9,12	30,1	5,47	22,0	6,23
Патология	51,7	8,43	29,3	5,74	27,8	6,29
t (df=67)	-0,23		0,53		-3,75	
p	0,82		0,60		0,0004	

*Примечание.* Mean — среднее значение, SD — стандартное отклонение, df — число степеней свободы, p — уровень значимости.

Исходя из полученных результатов, можно предположить, что при предъявлении позитивных вопросов респонденты с нарушениями ОДА не склонны фиксировать негативное отношение к своему телу и в целом практически не отличаются от здоровых. В то же время позитивный аспект отношения к телу сочетается у респондентов с двигательной патологией с переживаниями по поводу своих физических особенностей и определенными негативными установками по отношению к своей внешности, включая избегание социальных контактов, что

выявляет опросник BQ. К похожему выводу приходят G. Talerogos и M.P. McCabe [22], которые указывают, что большинство респондентов с двигательными нарушениями скорее ощущают себя комфортно в своем теле, однако они могут не принимать его и пытаться скрыть особенности своего тела, вызванные заболеванием.

Сравнение ответов на конкретные пункты опросника BQ в целевой и контрольной группах показало, что респонденты с двигательными нарушениями ниже оценивают свою привлекательность (*Я считаю себя внешне привлекательным(ой)*), а также склонны с недоверием относиться к комплиментам и реже их получают (*Когда меня называют привлекательным(ой), я думаю, что мне льстят; Мне делают комплименты о моей внешности*). Они могут испытывать дискомфорт от пребывания в собственном теле (*Мое тело мешает мне ощущать себя свободно и непринужденно; Я испытываю дискомфорт в связи с особенностями своего тела*), при этом в процессе интервьюирования испытуемые говорили как о физическом («не могу поднять что-то», «тяжело двигаться»), так и о психологическом («сложно общаться с людьми, когда они стоят, а я сижу») дискомфорте. Для респондентов с двигательными патологиями характерно избегающее поведение, связанное с особенностями тела, которое затрагивает и личное общение (*Я избегаю близкого общения с другими людьми из-за особенностей своего тела*), и общую активность (*Я избегаю бывать в общественных местах из-за своих физических особенностей*). Они также склонны проводить сравнения между своим телом и телами других людей не в свою пользу (*Я сильно переживаю, сравнивая свои физические особенности с другими людьми*), но желания поменять свое тело на другое у них нет. Влияние заболевания ОДА на оценку внешней привлекательности подтверждено также G. Talerogos и M.P. McCabe: большинство испытуемых, принимавших участие в их исследовании, согласились с утверждением «Моя инвалидность заставляет меня чувствовать себя менее привлекательным(ой)». Исследование данных авторов также показало, что большинство респондентов с двигательными нарушениями фрустрированы наличием заболевания и хотели бы поменять свое тело на здоровое, что частично противоречит полученным нами данным [24].

Можно предположить, что предложенный нами опросник при соответствующей доработке может иметь практическую ценность как скрининговый для диагностики группы риска негативного отношения к телу для лиц с нарушениями ОДА и, возможно, другими видимыми заболеваниями, приводящими к дефектам внешности.

Рассмотрим теперь результаты оценки удовлетворенности своим телом и его отдельными частями, полученными с использованием методики УУТ.

При оценке удовлетворенности различными участками лица не было выявлено значимых различий между целевой и контрольной группами: по большей части оценки участников целевой группы равны оценкам контрольной группы или лишь незначительно отличаются (рис. 1). Большой интерес представляют результаты исследования отношения к участкам тела. На рисунке 2 представлены средние оценки участков тела респондентов целевой и контрольной групп.

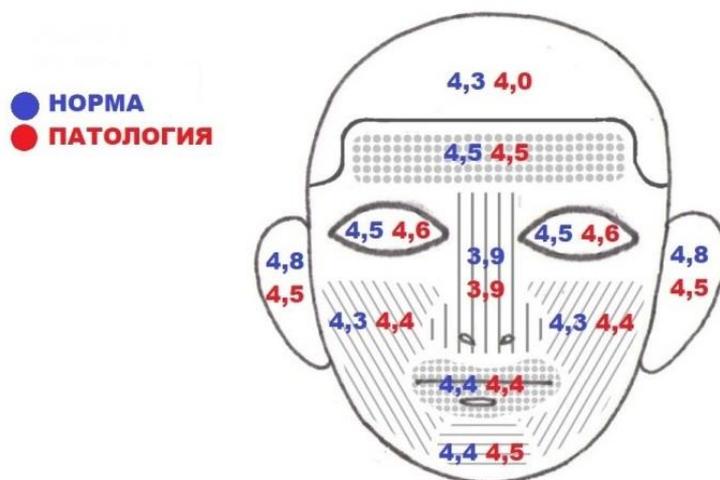


Рис. 1. Средние оценки участков лица в целевой и контрольной группах (УУТ)

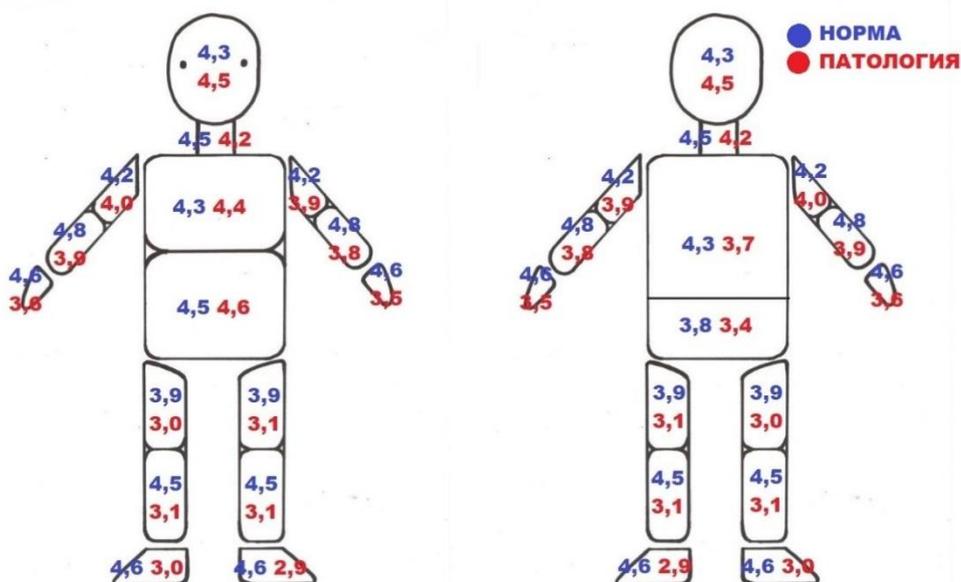


Рис. 2. Средние оценки участков тела в целевой и контрольной группах (слева — фронтально, справа — дорсально)

Критерий Стьюдента выявил значимые различия между группами в оценках рук и ног, отдельных их участков (предплечье, кисть; бедро, голень, стопа), а также тела в целом (рис. 2, табл. 4). Наблюдение в процессе интервьюирования позволяет сказать, что испытуемые целевой группы ниже всего оценивают участки тела с наибольшим функциональным и косметическим дефектом. Оценивание пораженных участков тела вызывало у некоторых испытуемых отрицательные эмоции («как я могу оценивать свои ноги, если у меня их, можно сказать, нет?»). Другие испытуемые, напротив, старались делать акцент на положительном отношении к телу («мои ноги не работают, но нельзя же их обижать»). Исследование, проведенное G. Talerogus и M.P. McCabe, также не выявило различий между респондентами с двигательными патологиями и нормативным развитием в оценке

лица и показало разницу в оценке нижней части тела и тела в целом, что согласуется с результатами нашего исследования [22; 25].

Таблица 4

**Сравнение средних оценок конечностей и тела в целевой и контрольной группах**

	Руки		Ноги		Тело	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Норма	4,5	0,63	4,32	0,50	4,4	0,60
Патология	3,8	0,87	3,59	0,74	3,0	1,26
t (df=66)	3,55		5,61		4,52	
p	0,001		0,000		0,000	

*Примечание.* Mean — среднее значение, SD — стандартное отклонение, df — число степеней свободы, p — уровень значимости.

Для оценок частей тела коэффициент альфа Кронбаха составил 0,94, что свидетельствует о высокой внутренней согласованности. Средний балл по методике УУТ коррелирует с опросниками BAS, FAS и BQ на всей выборке и в целевой группе, что говорит о том, что удовлетворенность конкретными участками тела связана с общим положительным отношением к телу, оценкой его функциональности и отрицательно связана с неудовлетворенностью физическими особенностями. Мы не получили значимой корреляции между средним баллом по данной методике и шкалой FAS в контрольной группе, что может быть вызвано тем, что респонденты с нормативным развитием при оценке участков тела акцентируются на удовлетворенности их эстетическими характеристиками, а не функционированием (табл. 5). Настоящее исследование показывает, что методика УУТ, которая хорошо зарекомендовала себя в исследовании подростков с ДЦП [6], при тестировании взрослых с двигательной патологией также хорошо дифференцирует негативное отношение к отдельным частям тела, в особенности к конечностям. Методика также может использоваться в качестве скрининговой при условии ее стандартизации.

Таблица 5

**Корреляции оценок, полученных в методике УУТ и в опросниках BAS, FAS, BQ на всей выборке, в целевой и контрольной группах**

УУТ	Вся выборка			Норма			Патология		
	BAS	FAS	BQ	BAS	FAS	BQ	BAS	FAS	BQ
	0,56*	0,33*	-0,74*	0,61*	0,06	-0,69*	0,66*	0,62*	-0,70*

*Примечание.* \* — p<0,05.

### **Сравнительный анализ образа тела в зависимости от вида и степени тяжести нарушений опорно-двигательного аппарата**

Состав подгрупп исследования в зависимости от типа и тяжести патологии представлен в приложениях 3 и 4. Критерий Стьюдента не выявил значимых различий между подгруппами с врожденной и приобретенной патологией и между подгруппами с легкой и тяжелой патологией по суммарным баллам опросников BAS, FAS, BQ, однако значимые различия и тенденции к значимости есть в ответах на определенные пункты опросников BAS и FAS. Респонденты с тяжелыми двигательными патологиями менее склонны отмечать положительные характеристики своего тела (*Я считаю, что у моего тела есть определенные достоинства; Я положительно отношусь к своему телу*, BAS). Они также реже испытывают удовлетворение собственным телом (*По большей части мои чувства по отношению к моему телу позитивны*, BAS) и его функциональностью (*Я ценю свое тело за те функции, которые оно выполняет*, FAS). Для респондентов с травматическими повреждениями спинного мозга в меньшей степени, чем для респондентов с ДЦП, характерно положительное отношение к телу (*В целом я доволен своим телом; По большей части мои чувства по отношению к моему телу позитивны*, BAS). Значимые различия в ответах на вопросы методики BQ не выявлены, что говорит о том, что описанные выше особенности восприятия тела при двигательных патологиях характерны для всех подгрупп.

Анализ отношения к отдельным участкам тела (методика УУТ) выявляет значимые различия по критерию Стьюдента между группами с врожденной (ДЦП) и приобретенной (СТ) патологией для оценок живота и ягодиц (табл. 6). Оценки респондентов со спинальными травмами значительно ниже оценок респондентов с ДЦП, что может быть связано с особенностями данных заболеваний. При травматических повреждениях спинного мозга, особенно при высокой локализации повреждения, могут страдать чувствительность в зоне живота и ягодиц, работа пищеварительной системы, а также контроль над работой выделительной системы, что не наблюдается при ДЦП. В оценке остальных участков и общей оценке тела значимых различий не выявлено.

Таблица 6

#### **Достоверные различия в оценках ягодиц и живота у пациентов с ДЦП и СТ**

	Ягодицы		Живот	
	Mean	SD	Mean	SD
ДЦП	4,1	0,90	4,3	0,79
СТ	2,8	1,57	3,1	1,39
t (df=25)	2,52		2,65	
p	0,019		0,014	

*Примечание.* Mean — среднее значение, SD — стандартное отклонение, df — число степеней свободы, p — уровень значимости.

Были обнаружены значимые различия в оценках кисти правой руки между подгруппами с легкой и тяжелой патологиями ОДА ( $4,2 \pm 0,7$  против  $2,9 \pm 1,4$ ;  $p=0,005$ ). При тяжелой форме СТ и ДЦП руки поражаются в большей степени, чем при легкой форме, и на данной выборке есть тенденция к более низкой оценке правого предплечья и кистей рук в подгруппе с тяжелыми патологиями. То, что значимые различия есть только в оценке кисти правой руки, может быть связано с особым функциональным значением данной части рук. Отсутствие значимых различий в оценке других частей тела при разной тяжести заболеваний ОДА опровергает предположение о том, что неудовлетворенность физическими особенностями соответствует тяжести заболевания.

Результаты исследования G. Taleporos и M.P. McCabe говорят о том, что оценка частей тела менее дифференцирована у респондентов с большей потребностью в посторонней помощи, то есть с более тяжелой формой заболевания [22; 25]. Однако полученные нами данные говорят о том, что у респондентов с тяжелой формой заболевания, как и у респондентов с более легкой формой, есть различия в оценках здоровых и пораженных заболеванием частей тела, т.е. они способны к дифференцированной оценке частей своего тела.

Далее мы применили двухфакторный дисперсионный анализ, чтобы проверить наличие или отсутствие эффекта взаимодействия факторов «Вид патологии» х «Тяжесть патологии» (рис. 3 и 4).

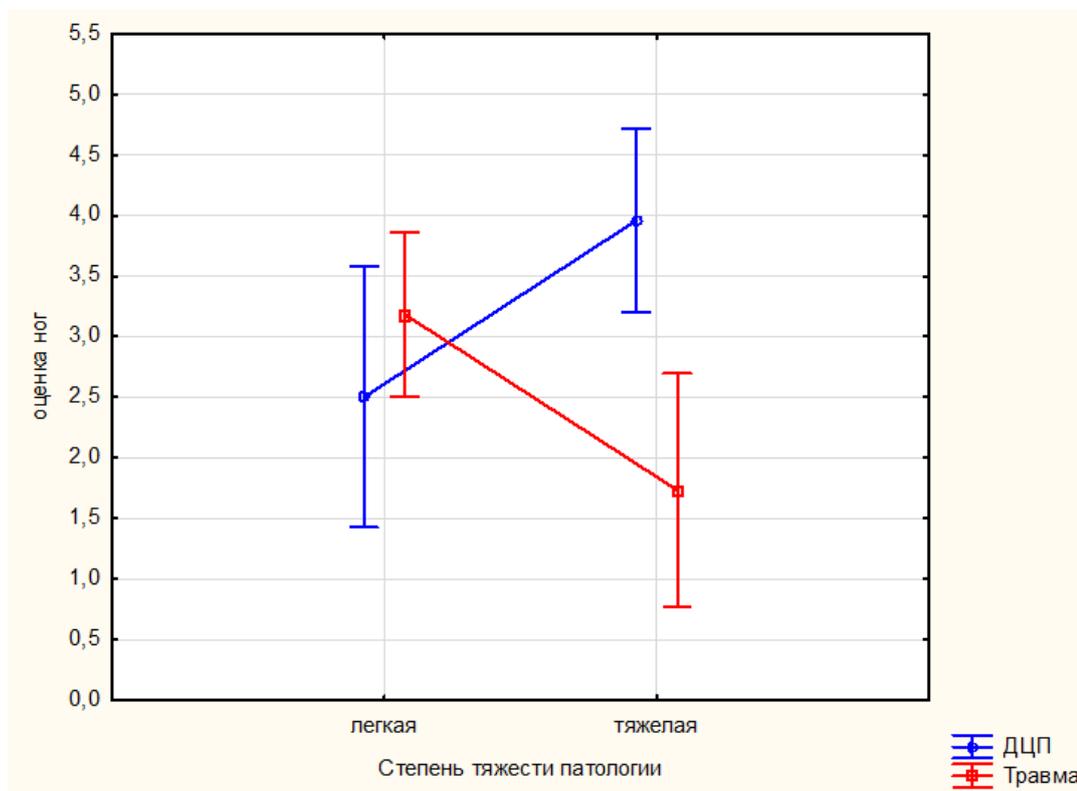


Рис. 3. Эффект взаимодействия факторов «тяжесть патологии» и «тип патологии» в оценке ног ( $F(1,23)=11,59$ ;  $p=0,002$ )

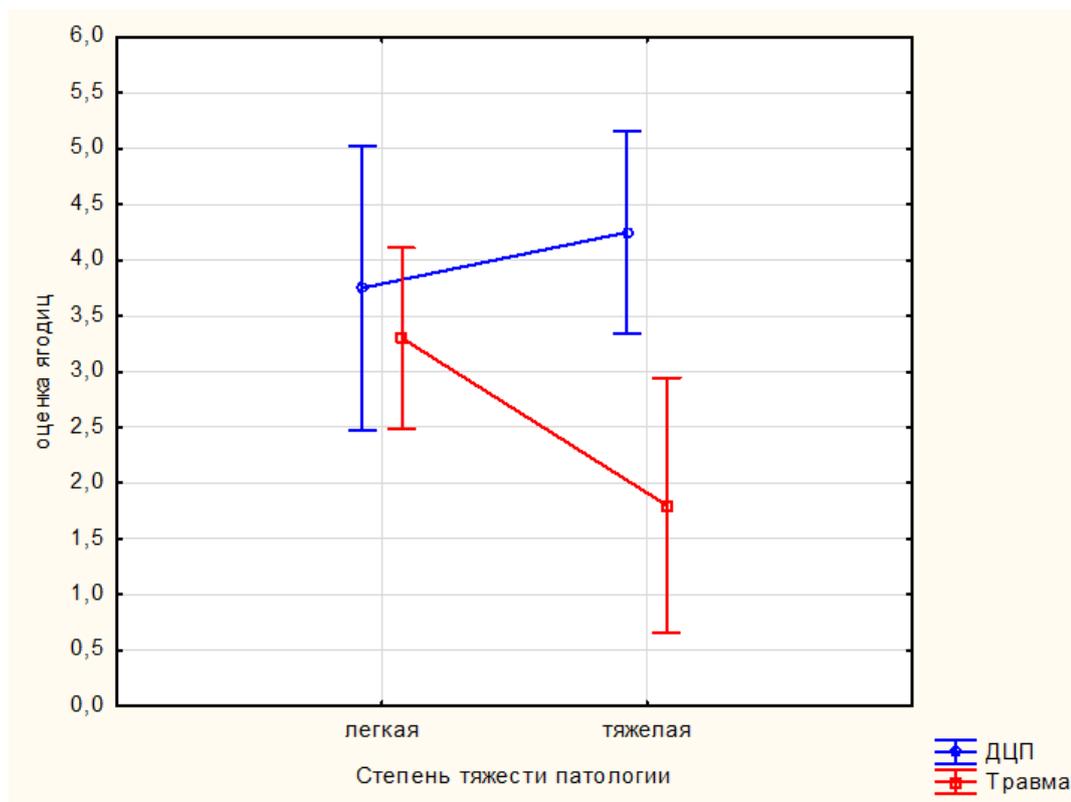


Рис. 4. Эффект взаимодействия факторов «тяжесть патологии» и «тип патологии» в оценке ягодиц (тенденция,  $F(1,23)=3,88$ ;  $p=0,06$ )

Наиболее ярко эффект взаимодействия факторов проявляется в оценках ног. Для групп респондентов с ДЦП и СТ наблюдаются противоположные тенденции: пациенты с тяжелой формой ДЦП оценивают ноги более высоко, чем пациенты с более легкой формой, в то время как пациенты с тяжелой СТ — наоборот. Вообще нужно отметить, что для пациентов с тяжелой СТ характерны очень низкие оценки нижних конечностей ( $1,7 \pm 0,7$  по 5-балльной шкале). Похожая картина характерна также для оценок ягодиц, хотя эффект наблюдается лишь на уровне тенденции. Оценки ягодиц пациентов с тяжелой СТ также чрезвычайно низки ( $1,8 \pm 0,45$  по 5-балльной шкале).

Следует отметить, что лица с тяжелой формой СТ имеют самые низкие в целевой группе оценки всего тела и его отдельных участков, в то время как пациенты с тяжелой формой ДЦП, напротив, имеют самые высокие оценки (рис. 5). Возможно, высокие оценки участков тела в группе тяжелой врожденной патологии (ДЦП) могут быть связаны с процессом вытеснения травмирующих переживаний. Низкие оценки в группе респондентов с тяжелой приобретенной патологией могут объясняться сравнением состояния участков тела в настоящий период с их состоянием в период нормативного развития. Оценки испытуемых с легкой формой СТ в среднем выше оценок испытуемых с легкой формой ДЦП, в особенности это касается оценок рук и ног. Таким образом, усредненная оценка тела в целом, а также оценки нижних конечностей и ягодиц зависят от вида и тяжести патологии. Наиболее заметные различия наблюдаются между группами пациентов с ДЦП и СТ

при тяжелой патологии, причем пациенты с тяжелой СТ демонстрируют наиболее низкие оценки, а пациенты с тяжелым ДЦП — наиболее высокие оценки в целом по группе с патологией ОДА. По-видимому, приобретенная тяжелая патология конечностей приводит к более негативному восприятию своего дефекта, чем врожденная патология.

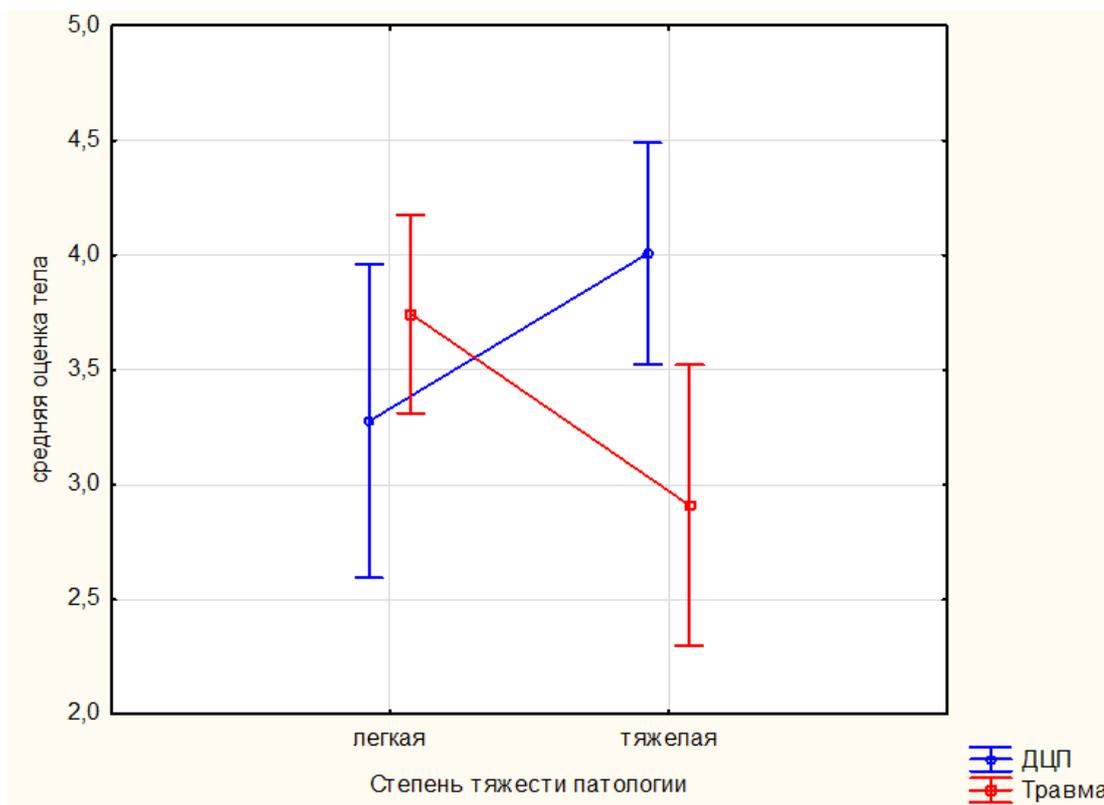


Рис. 5. Эффект взаимодействия факторов «тяжесть патологии» и «тип патологии» в усредненной оценке тела в целом ( $F(1,23)=8,28; p=0,008$ )

К сожалению, неравномерная представленность мужчин и женщин в целевой группе не позволяет провести полноценный статистический анализ гендерных различий в оценках тела при двигательной патологии. Предварительные оценки указывают на возможность в дальнейшем получить эффекты взаимодействия факторов «пол» и «тяжесть патологии» для оценок конечностей. Несмотря на то, что в исследовании приняли участие всего две женщины с тяжелой двигательной патологией, их оценки конечностей были значительно выше, чем у мужчин с такой же тяжестью патологии (в среднем 4,5 против 3,1), что соответствует данным, полученным G. Talerogus и M.P. McCabe [25]. Двухфакторный дисперсионный анализ указывает на достоверный эффект, однако мы пока не можем делать окончательных заключений в связи с ограниченностью выборки.

## Выводы

1. Разработанные нами методики (BQ и УУТ), направленные на оценку отношения к собственному телу лиц с нарушениями опорно-двигательного

аппарата, могут быть рекомендованы для работы с данным контингентом: они хорошо дифференцируют патологию в сравнении с нормой и не оказывают значительного психотравмирующего эффекта. При соответствующей доработке и проведении процедуры стандартизации они могут использоваться для скрининга с целью выявления группы риска крайне негативного отношения к телу среди лиц с двигательными нарушениями.

2. При использовании опросников с позитивными высказываниями (BAS, FAS) оказалось, что в среднем лица с двигательными патологиями имеют близкий к нормативному уровень позитивного отношения к собственному телу и его функциональности.

3. Применение созданного нами опросника (BQ), специально направленного на оценку отношения к телу лиц с видимыми заболеваниями, выявляет характерные для них негативные переживания относительно своего тела. Респонденты с нарушениями ОДА ниже оценивают свою привлекательность, чем респонденты контрольной группы, склонны с недоверием относиться к комплиментам по поводу внешности, испытывают дискомфорт от пребывания в собственном теле. Для них характерно избегающее поведение, связанное с особенностями тела, которое затрагивает и личное общение (*Я избегаю близкого общения с другими людьми из-за особенностей своего тела*), и общую активность (*Я избегаю бывать в общественных местах из-за своих физических особенностей*). Они также склонны проводить сравнения между своим телом и телами других людей не в свою пользу (*Я сильно переживаю, сравнивая свои физические особенности с другими людьми*). Большинство обнаруженных нами особенностей характерны для лиц с двигательными патологиями независимо от вида заболевания и степени его тяжести.

4. Анализ взаимодействия факторов вида и тяжести патологии выявляет значимые различия в оценке отдельных частей тела (в особенности ног и ягодиц): лица с тяжелыми врожденными патологиями оценивают участки своего тела наиболее высоко, лица с тяжелыми приобретенными патологиями, напротив, наиболее низко.

Учитывая пилотажный характер исследования, которое выполнено на ограниченной выборке, требуется подтверждение полученных результатов на более репрезентативной выборке.

### **Заключение**

Следует особо остановиться на контрастных результатах, полученных нами при оценке позитивного и негативного образа тела у лиц с двигательными нарушениями. Опросники, основанные на позитивных высказываниях, касающихся тела, демонстрируют отсутствие различий между нормой и патологией ОДА, тогда как опросник, направленный на оценку негативного образа тела, и методика непосредственного оценивания отдельных участков тела такие различия хорошо выявляют. Этот результат кажется нам особенно важным и требующим специального обсуждения.

Позитивный подход к оценке образа тела возник относительно недавно и основан на принципах позитивной психологии [27]. Длительное время изучение образа тела велось в основном с позиций патологии, в частности, неудовлетворенность телом рассматривалась как существенный фактор риска возникновения нарушений пищевого поведения. Исключительно негативные высказывания содержит и единственный стандартизованный опросник для диагностики отношения к телу, созданный на русском языке [9], который был разработан белорусскими авторами именно для целей изучения и профилактики нарушений пищевого поведения.

Несмотря на то, что образ тела изначально рассматривался как сложный и многогранный конструкт, исключение из рассмотрения позитивного аспекта обеднило наши представления об образе тела [27]. В настоящее время в зарубежной научной литературе все чаще позитивный и негативный образы тела не рассматриваются как два полюса одного континуума [14; 15; 17; 27]. Долгое время предполагалось, что усилия, направленные на снижение негативного образа тела, должны приводить к обретению позитивного образа тела, но оказалось, что это не совсем так. Скорее, вместо положительного образа тела мы получаем нейтральный [15]. Эти и подобные результаты заставили пересмотреть концепцию образа тела и обратить особое внимание на конструкт позитивного образа тела, который включает в себя любовь, уважение, принятие своего тела за его внешний вид и функциональность, независимо от того, соответствует ли оно идеалу красоты, принятому в обществе [27]. В соответствии с современными представлениями негативный и позитивный образы тела сосуществуют независимо друг от друга, что, вероятно, подтверждают и результаты нашего исследования.

Комплексные реабилитационные программы, основанные на концепции позитивного образа тела, разрабатываемые зарубежными исследователями, доказывают свою эффективность на различных контингентах лиц с проблемами образа тела, включая пожилых людей и лиц с физическими дефектами [15], что следует учитывать также и при реабилитации лиц с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата в России.

Вовлечение лиц с двигательными нарушениями в регулярные занятия спортом также могут рассматриваться с позиций формирования позитивного образа тела [21].

### **Ограничения исследования**

Одним из ограничений данного исследования является несбалансированность целевой и контрольной субвыборок по полу, уровню образования и трудовой занятости.

Также следует отметить, что малый размер выборки и несоответствие распределений некоторых показателей критериям нормальности являются ограничением для использования параметрических статистических методов, примененных в текущем исследовании.

## Литература

1. Гольцов А.В. Взаимосвязь образа физического «я» и механизмов психологической защиты личности инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата [Электронный ресурс] // Историческая и социально-образовательная мысль. 2016. Том 8. №2/2. С. 94–97. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/vzaimosvyaz-obraza-fizicheskogo-ya-i-mehanizmov-psiologicheskoy-zaschity-lichnosti-invalidov-s-porazheniem-opornodvigatel'nogo> (дата обращения: 21.03.2021).
2. Дурнева М.Ю., Мешкова Т.А. Влияние социокультурных стандартов привлекательности на формирование отношения к телу и пищевого поведения у девушек подросткового и юношеского возраста // Психологическая наука и образование. 2013. Том 18. № 2. С. 25–34.
3. Дурнева М.Ю., Мешкова Т.А. Особенности использования копинг-стратегий у девушек с риском формирования нарушений пищевого поведения [Электронный ресурс] // Теоретическая и экспериментальная психология. 2014. Том 7. №4. URL: <http://www.tepjournal.ru/ru/soderzhanie/2014/tom-7-4/05> (дата обращения: 21.03.2021).
4. Иванова Г.Е., Цыкунов М.Б., Дутикова Е.М. Клиническая картина травматической болезни спинного мозга // Реабилитация больных с травматической болезнью спинного мозга / Под ред. Г.Е. Ивановой, В.В. Крылова, М.Б. Цыкунова, Б.А. Поляева. М.: ОАО «Московские учебники и Картолитография», 2010. С. 69–86.
5. Келина М.Ю., Мешкова Т.А. Алекситимия и ее связь с пищевыми установками в неклинической популяции девушек подросткового и юношеского возраста [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2012. Том 1. № 2. URL: <https://psyjournals.ru/psyclin/2012/n2/52628.shtml> (дата обращения: 21.03.2021)
6. Мешкова Т.А., Клычкова О.М. Апробация невербальной методики для оценки удовлетворенности участками тела (УУТ) [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 1. С. 118–138. DOI: 10.17759/cpse.2018070109
7. Поставнева И.В. Феноменология образа тела детей с физическими дефектами [Электронный ресурс] // Психология телесности: теоретические и практические исследования. Сборник статей II международной научно-практической конференции / Под ред. Е.В. Буренковой. Пенза: ПГПУ им. В.Г. Белинского. 2009. С. 48–63. URL: <http://psyjournals.ru/psytel2009/issue/40810.shtml> (дата обращения: 21.03.2021).
8. Рамси Н., Харкорт Д. Психология внешности / Пер. с англ. Спб.: Питер, 2009. 256 с.
9. Скугаревский О.А., Сивуха С.В. Образ собственного тела: разработка инструмента для оценки // Психологический журнал (Беларусь). 2006. № 2 (10). С. 40–48. URL: <http://elibrary.miu.by/journals!/item.pj/issue.10/article.8.php> (дата обращения: 21.03.2021).

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. Том 10. № 1. С. 180–205.

Meshkova T.A., Gavrilova E.L. The Features of Attitude to the Body of Persons with Consequences of Cerebral Palsy and Spinal Cord Injury  
Clinical Psychology and Special Education  
2021, vol. 10, no. 1, pp. 180–205.

10. Специальная психология: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Под ред. В.И. Лубовского. 2-е изд., испр. М.: Академия, 2005. 464 с.
11. Тимофеева И.В. Образ тела как компонент «Я-концепции» личности детей с детским церебральным параличом [Электронный ресурс] // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия: Педагогика и психология. 2011. № 4. С. 99–105 URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/obraz-tela-kak-komponent-ya-kontseptsii-lichnosti-detey-s-detskim-tserebralnym-paralichom> (дата обращения: 21.03.2021).
12. Фролова Ю.Г., Скугаревский О.А. Социальные факторы формирования негативного образа тела [Электронный ресурс] // Социология (Беларусь). 2004. № 2. С. 61–68. URL: <http://elib.bsu.by/handle/123456789/11484> (дата обращения: 21.03.2021).
13. Alleva J.M., Tylka T.L., Kroon Van Diest A.M. The Functionality Appreciation Scale (FAS): Development and psychometric evaluation in U.S. community women and men // Body Image. 2017. Vol. 23. P. 28–44. DOI: 10.1016/j.bodyim.2017.07.008
14. Avalos L., Tylka T., Wood-Barcalow N. The Body Appreciation Scale: Development and psychometric evaluation // Body Image. 2005. Vol. 2. № 3. P. 285–297. DOI: 10.1016/j.bodyim.2005.06.002.
15. Bailey K.A., Gammage K.L. Applying action research in a mixed methods positive body image program assessment with older adults and people with physical disability and chronic illness // Journal of Mixed Methods Research. 2020. Vol. 14. № 2. P. 248–267. DOI: 10.1177/1558689819871814.
16. Bailey K.A., Gammage K.L., van Ingen C., et al. Managing the stigma: Exploring body image experiences and self-presentation among people with spinal cord injury // Health Psychology Open. 2016. Vol. 3. № 1. P. 1–10. DOI: 10.1177/2055102916650094
17. Halliwell E. Future directions for positive body image research // Body Image. 2015. Vol. 14. P. 177–189. DOI: 10.1016/j.bodyim.2015.03.003
18. Kedde H., van Berlo W. Sexual satisfaction and sexual self-images of people with physical disabilities in the Netherlands // Sexuality and Disability. 2006. Vol. 24. №1. P. 53–68. DOI: 10.1007/s11195-005-9003-3
19. Martin J.J. Social physique anxiety, body image, disability, and physical activity [Электронный ресурс] // In T.M. Robinson (ed.), Social Anxiety: Symptoms, Causes, and Techniques. NY: Nova Science Publishers, 2010. P. 1–17. URL: [https://www.researchgate.net/publication/235983070\\_Social\\_physique\\_anxiety\\_body\\_image\\_disability\\_and\\_physical\\_activity](https://www.researchgate.net/publication/235983070_Social_physique_anxiety_body_image_disability_and_physical_activity) (дата обращения: 21.03.2021).
20. Mona L.R., Gardos P.S., Brown R.C. Sexual self-views of women with disabilities: The relationship among age-of-onset, nature of disability and sexual self-esteem // Sexuality and Disability. 1994. Vol. 12. № 4. P. 261–277. DOI: 10.1007/BF02575318
21. Paillard A.C. Can practising sport activities improve body image in people with physical disabilities? // International Physical Medicine & Rehabilitation Journal. 2018. Vol. 3. № 1. P. 221–222. DOI: 10.15406/ipmrj.2018.03.00083

22. Taleporos G., McCabe M.P. Body image and physical disability-personal perspectives // *Social Science and Medicine*, 2002. Vol. 54. № 6. P. 971–980. DOI: 10.1016/S0277-9536(01)00069-7
23. Taleporos G., McCabe M.P. Development and validation of the Physical Disability Sexual and Body Esteem Scale // *Sexuality and Disability*. 2002. Vol. 20, № 3. P. 159–176. DOI: 10.1023/A:1021441631385
24. Taleporos G., McCabe M.P. The impact of physical disability on body esteem // *Sexuality and Disability*. 2001. Vol. 19. № 4. P. 293–308. DOI: 10.1023/A:1017909526508
25. Taleporos, G., McCabe, M.P. The relationship between the severity and duration of physical disability and body esteem // *Psychology & Health*. 2005. Vol. 20. № 5. P. 637–650. DOI: 10.1080/0887044042000334733
26. Tiggemann M. Considerations of positive body image across various social identities and special populations // *Body Image*. 2015. Vol. 14. P. 168–176. DOI: 10.1016/j.bodyim.2015.03.002
27. Tylka T.L., Wood-Barcalow N.L. What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition // *Body Image*. 2015. Vol. 14. P. 118–129. DOI: 10.1016/j.bodyim.2015.04.001
28. Webb J.B., Wood-Barcalow N.L., Tylka T.L. Assessing positive body image: Contemporary approaches and future directions // *Body Image*. 2015. Vol. 14. P. 130–145. DOI: 10.1016/j.bodyim.2015.03.010

## References

1. Gol'tsov A.V. Vzaimosvyaz' obraza fizicheskogo «ya» i mekhanizmov psikhologicheskoi zashchity lichnosti invalidov s porazheniem oporno-dvigatel'nogo apparata [Elektronnyi resurs] [The relationship between the image of the bodily me and the mechanisms of psychological protection of the disabled person with the defeat of the musculoskeletal system]. *Istoricheskaya i sotsial'no-obrazovatel'naya mysl'*=*Historical and Social Educational Ideas*, 2016, vol. 8, no. 2/2, pp. 94–97. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/vzaimosvyaz-obraza-fizicheskogo-ya-i-mekhanizmov-psikhologicheskoy-zashchity-lichnosti-invalidov-s-porazheniem-opornodvigatel'nogo> (Accessed: 21.03.2021). (In Russ., abstr. in Engl.).
2. Durneva M.Yu., Meshkova T.A. Vliyanie sotsiokul'turnykh standartov privlekatel'nosti na formirovanie otnosheniya k telu i pishchevogo povedeniya u devushek podrostkovogo i yunosheskogo vozrasta [Influence of social and cultural standards of attractiveness on the formation of the relationship to the body and eating behaviors in adolescent girls and young women]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie*=*Psychological Science and Education*, 2013, vol. 18, no. 2, pp. 25–34. (In Russ., abstr. in Engl.).
3. Durneva M.Yu., Meshkova T.A. Osobennosti ispol'zovaniya koping-strategii u devushek s riskom formirovaniya narusheniya pishchevogo povedeniya [Elektronnyi

resurs] [Coping strategies in girls at risk of eating disorders]. *Teoreticheskaya i eksperimental'naya psikhologiya=Theoretical and Experimental Psychology*, 2014, vol. 7, no. 4, pp. 40–49. URL: <http://www.tepjournals.ru/ru/soderzhanie/2014/tom-7-4/05> (Accessed: 21.03.2021). (In Russ., abstr. in Engl.).

4. Ivanova G.E., Tsykunov M.B., Dutikova E.M. Klinicheskaya kartina travmaticheskoi bolezni spinnogo mozga [Clinical picture of traumatic spinal cord disease]. In G.E. Ivanova (ed.), *Reabilitatsiya bol'nykh s travmaticheskoi boleznyu spinnogo mozga=Rehabilitation of Patients with Traumatic Spinal Cord Disease*. Moscow: Moskovskie uchebniki i kartolitografiya, 2010, pp. 69–86. (In Russ.).

5. Kelina M.Yu., Meshkova T.A. Aleksitimiya i ee svyaz' s pishchevymi ustanovkami v neklinicheskoi populyatsii devushek podrostkovogo i yunosheskogo vozrasta [Elektronnyi resurs] [Alexithymia and eating attitudes among adolescent and young girls of non-clinical population]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya=Clinical Psychology and Special Education*, 2012, vol. 1, no. 2. URL: <https://psyjournals.ru/psyclin/2012/n2/52628.shtml> (Accessed: 21.03.2021). (In Russ., abstr. in Engl.).

6. Meshkova T.A., Klychkova O.M. Aprobatsiya neverbal'noi metodiki dlya otsenki udovletvorennosti uchastkami tela (UUT) [Elektronnyi resurs] [Approbation of the nonverbal technique for assessment of the satisfaction with body parts]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya=Clinical Psychology and Special Education*, 2018, vol. 7, no. 1, pp. 118–138. DOI: 10.17759/cpse.2018070109. (In Russ., abstr. in Engl.).

7. Postavneva I.V. Fenomenologiya obraza tela detei s fizicheskimi defektami [Elektronnyi resurs] [Phenomenology of the body image of children with physical defects]. In E.V. Burenkova (ed.), *Psikhologiya telesnosti: teoreticheskie i prakticheskie issledovaniya=Psychology of Corporeality: Theoretical and Practical Research*. Penza: PGPU im. V.G. Belinskogo, 2009, pp. 48-63. URL: <http://psyjournals.ru/psytel2009/issue/40810.shtml> (Accessed: 21.03.2021). (In Russ.).

8. Ramsi N., Kharkort D. Psikhologiya vneshnosti [Psychology of Appearance]. Saint-Petersburg: Piter, 2009. 256 p. (In Russ.).

9. Skugarevskii O.A., Sivukha S.V. Obraz sobstvennogo tela: razrabotka instrumenta dlya otsenki [Body Image: Developing an Assessment Tool.]. *Psikhologicheskii zhurnal (Belarus')=Psychological Journal (Belarus)*, 2006, no. 2(10), pp. 40–48. URL: <http://elibrary.miu.by/journals!/item.pj/issue.10/article.8.php> (Accessed: 21.03.2021). (In Russ.).

10. Spetsial'naya psikhologiya. Uchebnoe posobie [Special Psychology]. V.I. Lubovskii (ed.). Moscow: Akademiya, 2005. 464 p. (In Russ.).

11. Timofeeva I.V. Obraz tela kak komponent «Ya-kontseptsii» lichnosti detei s detskim tserebral'nym paralichom [Elektronnyi resurs] [Body image as a component of the "Self-concept" of the personality of children with cerebral palsy]. *Vestnik Adygeiskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Pedagogika i psikhologiya=The Bulletin of the Adyge State University. Series «Pedagogy and Psychology»*, 2011, no. 4, pp. 99–105 URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/obraz-tela-kak-komponent-ya-kontseptsii-lichnosti-detey-s-detskim-tserebralnym-paralichom> (Accessed: 21.03.2021). (In Russ.).

12. Frolova Yu.G., Skugarevskii O.A. Sotsial'nye faktory formirovaniya negativnogo obraza tela [Elektronnyi resurs] [Social factors in the formation of a negative body image]. *Sotsiologiya (Belarus')=Sociology (Belarus)*, 2004, no. 2, pp. 61–68. URL: <http://elib.bsu.by/handle/123456789/11484> (Accessed: 21.03.2021). (In Russ., abstr. in Engl.).
13. Alleva J.M., Tylka T.L., Kroon Van Diest A.M. The Functionality Appreciation Scale (FAS): Development and psychometric evaluation in U.S. community women and men. *Body Image*, 2017, vol. 23, pp. 28–44. DOI: 10.1016/j.bodyim.2017.07.008
14. Avalos L., Tylka T., Wood-Barcalow N. The Body Appreciation Scale: Development and psychometric evaluation. *Body Image*, 2005, vol. 2, no. 3, pp. 285–297. DOI: 10.1016/j.bodyim.2005.06.002
15. Bailey K.A., Gammage K.L. Applying action research in a mixed methods positive body image program assessment with older adults and people with physical disability and chronic illness. *Journal of Mixed Methods Research*, 2020, vol. 14, no. 2, pp. 248–267. DOI: 10.1177/1558689819871814
16. Bailey K.A., Gammage K.L., van Ingen C., et al. Managing the stigma: Exploring body image experiences and self-presentation among people with spinal cord injury. *Health Psychology Open*, 2016, vol. 3, no. 1, pp. 1–10. DOI: 10.1177/2055102916650094
17. Halliwell E. Future directions for positive body image research. *Body Image*, 2015, vol. 14, pp. 177–189. DOI: 10.1016/j.bodyim.2015.03.003
18. Kedde H., van Berlo W. Sexual satisfaction and sexual self-images of people with physical disabilities in the Netherlands. *Sexuality and Disability*, 2006, vol. 24, no. 1, pp. 53–68. DOI: 10.1007/s11195-005-9003-3
19. Martin J.J. Social physique anxiety, body image, disability, and physical activity [Elektronnyi resurs]. In T.M. Robinson (ed.), *Social Anxiety: Symptoms, Causes, and Techniques*. NY: Nova Science Publishers, 2010, pp. 1–17. URL: [https://www.researchgate.net/publication/235983070\\_Social\\_physique\\_anxiety\\_body\\_image\\_disability\\_and\\_physical\\_activity](https://www.researchgate.net/publication/235983070_Social_physique_anxiety_body_image_disability_and_physical_activity) (Accessed: 21.03.2021).
20. Mona L.R., Gardos P.S., Brown R.C. Sexual self-views of women with disabilities: The relationship among age-of-onset, nature of disability and sexual self-esteem. *Sexuality and Disability*, 1994, vol. 12, no. 4, pp. 261–277. DOI: 10.1007/BF02575318
21. Paillard A.C. Can practising sport activities improve body image in people with physical disabilities? *International Physical Medicine & Rehabilitation Journal*, 2018, vol. 3, no. 1, pp. 221–222. DOI: 10.15406/ipmrj.2018.03.00083
22. Taleporos G., McCabe M.P. Body image and physical disability-personal perspectives. *Social Science and Medicine*, 2002, vol. 54, no. 6, pp. 971–980. DOI: 10.1016/S0277-9536(01)00069-7
23. Taleporos G., McCabe M.P. Development and validation of the Physical Disability Sexual and Body Esteem Scale. *Sexuality and Disability*, 2002, vol. 20, no. 3, pp. 159–176. DOI: 10.1023/A:1021441631385

24. Taleporos G., McCabe M.P. The impact of physical disability on body esteem. *Sexuality and Disability*, 2001, vol. 19, no. 4, pp. 293–308. DOI: 10.1023/A:1017909526508

25. Taleporos, G., McCabe, M.P. The relationship between the severity and duration of physical disability and body esteem. *Psychology & Health*, 2005, vol. 20, no. 5, pp. 637–650. DOI: 10.1080/0887044042000334733

26. Tiggemann M. Considerations of positive body image across various social identities and special populations. *Body Image*, 2015, vol. 14, pp. 168–176. DOI: 10.1016/j.bodyim.2015.03.002

27. Tylka T.L., Wood-Barcalow N.L. What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image*, 2015, vol. 14, pp. 118–129. DOI: 10.1016/j.bodyim.2015.04.001

28. Webb J.B., Wood-Barcalow N.L., Tylka T.L. Assessing positive body image: Contemporary approaches and future directions. *Body Image*, 2015, vol. 14, pp. 130–145. DOI: 10.1016/j.bodyim.2015.03.010

#### Приложение 1

##### Состав целевой группы респондентов с двигательными нарушениями, человек

Вид патологии		Тяжесть патологии		Пол		Возраст		
ДЦП	СТ	Легкая	Тяжелая	М	Ж	18–34 года	35–49 лет	50–65 лет
13	15	14	14	20	8	12	9	7

#### Приложение 2

##### Половозрастной состав контрольной группы, человек

Пол		Возраст		
М	Ж	18–34 года	35–49 лет	50–65 лет
10	30	22	13	5

#### Приложение 3

##### Характеристики подгрупп респондентов с врожденными и приобретенными двигательными патологиями, человек

Тип патологии	Тяжесть патологии		Пол		Возраст		
	Легкая	Тяжелая	М	Ж	18–34 года	35–49 лет	50–65 лет
ДЦП	4	9	9	4	8	5	0
СТ	10	5	11	4	4	4	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. Том 10. № 1. С. 180–205.

Meshkova T.A., Gavrilova E.L. The Features of Attitude to the Body of Persons with Consequences of Cerebral Palsy and Spinal Cord Injury  
Clinical Psychology and Special Education  
2021, vol. 10, no. 1, pp. 180–205.

## Приложение 4

### Характеристики подгрупп респондентов с легкими и тяжелыми двигательными патологиями, человек

Тяжесть патологии	Вид патологии		Пол		Возраст		
	ДЦП	СТ	М	Ж	18–34 года	35–49 лет	50–65 лет
Легкая	4	10	9	5	4	6	4
Тяжелая	9	5	11	2	7	3	3

### Информация об авторах

Мешкова Татьяна Александровна, кандидат психологических наук, зав. кафедрой дифференциальной психологии и психофизиологии ФГБОУ ВО Московский государственный психолого-педагогический университет (МГППУ), г. Москва, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6018-5006>, e-mail: meshkovata@mgppu.ru

Гаврилова Елена Леонидовна, аспирант кафедры специальной психологии и реабилитологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1266-4205>, e-mail: gfdkfkf@mail.ru.

### Information about the authors

Tatyana A. Meshkova, PhD (Psychology), Head of the Department of Differential Psychology and Psychophysiology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6018-5006>, e-mail: meshkovata@mgppu.ru

Elena L. Gavrilova, Postgraduate Student, Department of Special Psychology and Rehabilitation, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1266-4205>, e-mail: gfdkfkf@mail.ru

Получена: 18.07.2020

Received: 18.07.2020

Принята в печать: 14.01.2021

Accepted: 14.01.2021