

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАЩИТНЫЕ МЕХАНИЗМЫ У ДЕТЕЙ С ДЦП В КОНТЕКСТЕ МАТЕРИНСКОГО ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ РЕБЕНКА

© Г.В. Пятакова¹, И.И. Мамайчук², В.В. Умнов¹

¹ ФГБУ «НИДОИ им. Г.И. Турнера» Минздрава России, Санкт-Петербург;

² Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Статья поступила в редакцию: 15.05.2017

Статья принята к печати: 03.08.2017

Введение. Синдром детского церебрального паралича (ДЦП) — распространенное заболевание в индустриальных странах, которое характеризуется высоким уровнем инвалидизации. Дети и подростки, страдающие ДЦП, оказываются в трудной жизненной ситуации. Физический недостаток многократно тиражируется жизненной ситуацией ребенка в виде других экстраординарных событий: госпитализации, хирургические операции, длительная иммобилизация, отрыв от семьи. Такие события в жизни детей с ДЦП могут сопровождаться переживаниями страха, тревоги, беспомощности, выраженными проявлениями дезадаптации. В этих условиях большое значение имеют биологические и социальные компенсаторные проявления, способствующие восстановлению нормального функционирования организма и личности. Компенсаторные проявления психологического уровня связаны с работой механизмов психологической защиты. Большую роль в становлении системы защиты играют отношения между ребенком и его родителями. Защитные механизмы могут формироваться у ребенка в процессе усвоения родительских форм защитного поведения, а также в результате неадекватного отношения матери к болезни ребенка. Цель исследования — изучение защитных механизмов у детей с ДЦП в контексте материнского отношения к болезни ребенка.

Организация и методы исследования. В исследовании приняли участие 120 человек. В экспериментальную группу вошли 30 детей, страдающих ДЦП в возрасте от 5 до 11 лет, и их матери. Контрольную группу составили относительно здоровые дети (30 человек) и их матери. Для достижения поставленной цели были использованы элементы клинико-биографического метода, проективная методика САТ, методика диагностики отношений к болезни ребенка (ДОБР).

Результаты исследования и их обсуждение. Репертуар психологических защитных механизмов у детей с ДЦП ограничен по сравнению со здоровыми детьми. У детей с ДЦП преобладает защитный механизм «отрицание», что может играть негативную роль в процессе адаптации детей в ситуации сложного восстановительного лечения. У матерей детей с ДЦП преобладает эмоционально-напряженное отношение к заболеванию ребенка. Избыточно тревожное отношение матери к заболеванию своего ребенка может способствовать формированию психологической защиты по типу отрицания у ребенка с ДЦП, что снижает его психологический компенсаторный потенциал и возможности адаптации в условиях сложного восстановительного лечения.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, дети, детско-родительские отношения, психология.

PSYCHOLOGICAL DEFENSE MECHANISMS OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY IN THE CONTEXT OF MOTHERS ATTITUDE TO A CHILD'S DISEASE

© G.V. Pyatakova¹, I.I. Mamaichuk², V.V. Umnov¹

¹ The Turner Scientific Research Institute for Children's Orthopedics, Saint Petersburg, Russia

² Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia

For citation: Pediatric Traumatology, Orthopaedics and Reconstructive Surgery. 2017;5(3):58-65

Received: 15.05.2017

Accepted: 03.08.2017

Introduction. Cerebral palsy (CP) has a significant prevalence in industrialized countries and is characterized by a high level of disability. Children and adolescents with CP face challenging situations. Physical defects repeatedly manifest in the daily life of a child in the form of other extraordinary events such as hospitalization, surgery,

prolonged immobilization, and separation from family. Such events can be accompanied by feelings of fear, anxiety, helplessness, and pronounced symptoms of maladjustment. Under these conditions, certain biological and social compensatory manifestations help to identify such complicated conditions and restore the normal functioning of the body. Compensatory manifestations are a type of compensatory defense mechanisms. The major role in establishing a system of protection is played by the relationship between a child and his or her parents. Defense mechanisms can be formed during the process of assimilation of protective parental behavior, or because of the inappropriate attitude of mothers to the child's illness. The purpose of the research was to study the defense mechanisms in children with CP in the context of mothers' relationship to her child's illness.

Materials and methods. The research involved 120 people. The experimental group included 30 children with CP aged 5 to 11 years and their mothers. The control group consisted of relatively healthy children (30) and their mothers. The following was used to achieve the goal: the elements of clinical and biographical method, projective technique, the technique of diagnostics of attitude to the child's illness.

Results and discussion. The repertoire of psychological defense mechanisms in children with CP is limited in comparison with those in healthy children. Children with CP are dominated by the defense mechanism of "denial" that can play a negative role in the process of adaptation of these children in a situation involving complex treatments. The mothers of children with CP share an emotionally intense relationship with their child's disease. Excessively disturbing attitudes of the mother to the disease of her child can contribute to the formation of negative psychological defense mechanisms of negation type in the child, which reduces the child's psychological compensatory capacity and capability of adaptation in conditions of complex treatment.

Keywords: cerebral palsy, children, parent – child relationships, psychology.

Введение

Синдром детского церебрального паралича (ДЦП) — распространенное заболевание в индустриальных странах (2–2,5 на 1000 населения) и характеризуется высоким уровнем инвалидизации (до 70 %) [1–5]. Детский церебральный паралич развивается в результате поражения головного и спинного мозга, от разных причин на ранних стадиях внутриутробного развития плода и в родах. В последние годы отмечается повышение эффективности профилактики поражений нервной системы на стадиях внутриутробного развития плода, улучшаются акушерские техники, что снижает риск развития данной патологии [4, 5]. В то же время наблюдается снижение смертности среди недоношенных и новорожденных с низкой массой тела, у которых значителен риск развития ДЦП [1–3].

Основными клиническими симптомами ДЦП являются: нарушение двигательной функции, связанной с задержкой развития и неправильным формированием статокинетических рефлексов; патология мышечного тонуса; парезы. Помимо нарушений в центральной нервной системе, вторично в течение жизни возникают изменения в нервных и мышечных волокнах, суставах, связках, хрящах [1, 2, 5]. В большей части случаев деформируется структура чувственного познания — перцептивные действия, гностические процессы, наблюдаются другие нарушения психики, речи, зрения, слуха [3, 4]. В патогенезе психических нарушений у детей с церебральным параличом важную роль играют развивающиеся в постнатальном периоде филогенетически и онтогенетически

наиболее молодые мозговые структуры, недоразвитие или аномальное развитие которых приводит к выраженной двигательной патологии, сенсорной недостаточности, что может быть одной из причин нарушений развития познавательной деятельности и интеллекта [3, 4].

Существуют многочисленные классификации ДЦП, в основе которых лежат преимущественно клинические критерии [2–5]. В отечественной клинической практике наиболее часто используется классификация К.А. Семеновой [4, 5], включающая пять основных форм ДЦП: двойную гемиплегию, спастическую диплегию, гемипаретическую форму, гиперкинетическую форму, атонически-астатическую форму. На практике дополнительно выделяют смешанную форму ДЦП [4]. По двигательному дефекту различают три степени тяжести ДЦП при всех перечисленных формах заболевания: легкую, среднюю и тяжелую [2, 4, 5]. Наиболее часто встречаются спастическая диплегия и смешанная форма ДЦП. Спастическая диплегия — вариант ДЦП, при котором поражаются преимущественно ноги. У детей со спастической диплегией часто наблюдаются вторичная задержка психического развития, реже — умственная отсталость в легкой степени. У 70 % отмечаются речевые расстройства в форме дезартрии, значительно реже — в форме моторной алалии [2, 4]. При этом смешанная форма ДЦП может быть квалифицирована как спастическая диплегия, а по мере роста и развития ребенка в клинической картине заболевания могут появляться симптомы, характерные для других форм ДЦП. Развивающиеся с возрастом двигательные нарушения

часто требуют восстановительного хирургического лечения [5].

Дети и подростки, страдающие ДЦП, оказываются в трудной жизненной ситуации. Физический недостаток многократно тиражируется в жизненной ситуации ребенка в виде других экстраординарных событий: госпитализации, хирургической операции, длительной иммобилизации, отрыве от семьи [4, 6, 7]. Такие события в жизни детей с ДЦП могут сопровождаться переживаниями страха, тревоги, беспомощности, выраженными проявлениями дезадаптации. В этих условиях большое значение имеют биологические и социальные компенсаторные проявления, способствующие восстановлению нормального функционирования организма и личности в осложненных условиях.

Компенсаторные механизмы психологического уровня существенно расширяют возможности биологической и социальной компенсации [8]. Конкретные проявления психологического уровня компенсации связаны с механизмами психологической защиты. С точки зрения современных исследователей, психологическая защита — это система стабилизации личности, выполняющая функцию ограждения сознания человека от травмирующих переживаний, нивелирующая чувства дискомфорта и тревоги, связанные с трудными жизненными обстоятельствами и внутренними конфликтами. То есть психологические защитные механизмы рассматриваются в качестве процессов интрапсихической адаптации личности за счет подсознательной переработки поступающей информации [9, 10]. Снижая уровень дискомфорта и тревоги, механизмы психологической защиты могут исказить исходную информацию, изменять поведение человека. При этом избыточная напряженность подсознательной компенсаторной активности может служить препятствием для адекватного осознания ситуации и гармоничного взаимодействия человека с социумом [9, 10].

Механизмы психологической защиты формируются в онтогенезе и связаны с уровнем психического развития ребенка. Негативный опыт, обусловленный переживанием и преодолением трудных жизненных ситуаций, приводит к формированию системы психологических защитных механизмов, определяющих поведение ребенка в таких ситуациях. Преобладание или частое использование одного защитного механизма может стать причиной нарушения социальной адаптации. Одни и те же защитные механизмы могут иметь разное значение для социальной адаптации ребенка на разных этапах возрастного развития. В детском возрасте встречаются следующие ме-

ханизмы психологической защиты: замещение, вытеснение, изоляция, подавление, отрицание, проекция, регрессия, имитация, символизация, рационализация, фантазия [9–11].

Замещение — механизм психологической защиты, направленный на нивелирование эмоции гнева. При этом ребенок обращает агрессию на самого себя или на нейтральный объект (смещенная агрессия), сбрасывая тем самым напряжение. Замещение проявляется в форме активных (гиперактивность) и пассивных (нарушение сна, соматические жалобы, ситуативная тревожность) поведенческих актов. Этот вид защиты может проявляться у детей раннего возраста, определяя физическое самочувствие и эмоциональное благополучие.

Вытеснение — это «забывание» чувств, мыслей, желаний, вызывающих дискомфорт. Однако вытесненные в бессознательное, эти психологические феномены требуют постоянного напряжения для удержания негативных чувств в подсознании, оказывая влияние на поведение ребенка [9–11].

Изоляция (или отчуждение) — защитный механизм, обозначающий диссоциацию чувства, поступка или желания с другими сторонами жизни [10]. При этом ребенок отключается от реальности, погружается в собственный мир — мир мечтаний. У детей дошкольного и младшего школьного возраста включение данного защитного механизма сопровождается снижением беспокойства, эмоциональной реакции, аффективных проблем, тревожности, гиперактивности, соматических жалоб [10].

Подавление — защитный механизм, представляющий собой психическую операцию, направленную на блокировку страха посредством забывания его источника, а также обстоятельств, ассоциативно связанных с ним [9]. Высокий уровень подавления сопряжен с повышением уровня таких проблем, как отчуждение, соматические жалобы, проблемы с вниманием, тревожность, непослушание, выраженные нарушения психической и социальной адаптации [9, 10].

Отрицание — защитный механизм, обозначающий отрицание травмирующего события. Высокий уровень отрицания связан с повышением уровня соматических жалоб, нарушением внимания, высоким уровнем тревожности, нарушением поведения, трудностями социальной адаптации [9–11].

Регрессия — это защитный механизм, представляющий собой возвращение чувств и действий к той стадии психического развития, когда эти действия были успешными, а чувства пере-

живались как удовольствие. Данный защитный механизм в дошкольном возрасте сопровождается снижением проблем в области тревожности, агрессивного поведения, соматических жалоб, эмоциональной реактивности, что положительно влияет на процесс социальной адаптации; в школьном возрасте — высокой тревожностью и непослушанием.

Проекция — защитный механизм, обозначающий приписывание другому человеку или вещи тех качеств, чувств и желаний, которые ребенок отвергает в себе. В дошкольном возрасте защитный механизм «проекция» способствует снижению беспокойства. В школьном возрасте включение данного защитного механизма сопровождается агрессивным поведением, нарушениями сна, непослушанием [9–11].

Имитация — неосознаваемое эмоциональное самоотождествление себя с другим человеком. Имитация является незрелой формой идентификации — выраженного стремления подражать определенному лицу, моделировать поведение другого человека. Идентификация способствует совладанию с чувствами, формирует особенности поведения, свойства личности, взятые за образец, обеспечивает взаимодействие ребенка с окружающей социальной средой [9].

Рационализация — это защитный механизм, оправдывающий неприемлемые для ребенка мысли, чувства, поведение. Рационализация способствует частичному снятию возникшего дискомфорта. Данный механизм психологической защиты появляется на поздних этапах онтогенеза, способствует сохранению самоуважения, помогает избежать ответственности и вины [10].

Символизация — защитный механизм, в процессе которого тому или иному психологическому феномену приписывается определенное значение, логическое объяснение. В дошкольном возрасте высокая степень развития символизации ведет к гиперактивности и к проблемам со вниманием. В школьном возрасте развитие символизации способствует снижению аффективных проблем, соматических жалоб и тревожности.

Фантазия — бегство от реальных проблем в мир воображения [9–11].

Большую роль в становлении системы защиты играют отношения между ребенком и его родителями. Защитные механизмы формируются у ребенка в процессе усвоения родительских форм защитного поведения, а также в результате дисгармоничных вариантов детско-родительских отношений, в частности в результате неадекватного отношения матери к болезни ребенка [13, 14].

Цель исследования — изучение защитных механизмов у детей с ДЦП в контексте материнского отношения к болезни ребенка.

Организация и методы исследования

В исследовании приняли участие 120 человек. В экспериментальную группу вошли 30 детей, страдающих ДЦП, в возрасте от 5 до 11 лет, и их матери. Контрольную группу составили относительно здоровые дети (30 человек) и их матери. Дети, страдающие ДЦП, поступили в детскую ортопедическую клинику для хирургического лечения. Матери сопровождали своих детей в хирургическом стационаре в процессе восстановительного лечения. Обследование матерей и их детей проводилось индивидуально в условиях пребывания в стационаре на этапе подготовки к оперативному лечению. Все матери больных и здоровых детей добровольно подписали информированное согласие на участие в исследовании.

Для реализации поставленной цели были использованы элементы клинико-биографического метода, проективная методика САТ, методика диагностики отношений к болезни ребенка (ДОБР) [7, 9, 12]. Экспериментально-психологическое обследование включало два этапа. На первом этапе изучались клинико-демографические характеристики ребенка, измерялся уровень его интеллектуального развития. По результатам первого этапа обследования была сформирована экспериментальная группа, в которую вошли дети, страдающие одной из форм ДЦП — «спастической диплегией» легкой и средней степеней тяжести. У всех детей отмечались трудности передвижения. Практически все дети с ДЦП имели осложненный медицинский анамнез (патология родов, недоношенность в 70 % случаев). Раннее развитие характеризовалось задержкой психомоторного развития. В экспериментальную группу были отобраны дети без грубых нарушений интеллекта. По результатам логопедического обследования у детей с ДЦП выявлены незначительные нарушения произносительной стороны речи в виде стертой дизартрии либо в виде дислалии. Второй этап исследовательской работы включал изучение механизмов психологической защиты с помощью методики САТ и измерение параметров родительского (материнского) отношения к болезни ребенка [9, 12]. Детский апперцептивный тест (САТ) предназначен для изучения системы отношений, мотивационной сферы ребенка 5–11 лет. САТ с помощью проективной техники позволяет определить отношение ребенка к различным сторонам жизни, в том числе защитные механизмы,

которые использует ребенок в ситуации переживаний травматического характера. САТ состоит из 10 картинок, изображающих животных в различных ситуациях. Испытуемому последовательно предъявляют 10 картинок, по каждой из которых он должен составить небольшой рассказ. Для интерпретации защитных механизмов производилась обработка результатов при помощи схемы Мэри Р. Ховорт. Методика позволяет выявить следующие механизмы психологической защиты, встречающиеся в детском возрасте: замещение, вытеснение, изоляция, подавление, отрицание, проекция, регрессия, имитация, символизация, рационализация, фантазия.

С помощью методики ДОБР изучалось отношение матери к болезни ребенка. Данная методика дает возможность оценить отношение матери к болезни своего ребенка по следующим показателям: интернальность (И), тревожность (Т), нозогнозия (Н), контроль активности (А), общая напряженность (О). Высокие показатели шкалы «интернальность» описывают экстернальный контроль болезни ребенка, при котором причины болезни воспринимаются матерью как нечто, не зависящее от ее усилий. Низкие показатели описывают интернальный контроль, при котором мать приписывает себе ответственность за все проявления болезни ребенка. Высокие показатели шкалы тревожности (Т) указывают на выраженную тревогу матери в отношении болезни ребенка. Умеренно выраженная тревога характеризует гармоничное отношение к болезни ребенка. Крайние степени отрицания тревоги указывают на искаженное восприятие болезни ребенка его матерью. Высокие показатели по шкале «нозогнозия» (Н) описывают преувеличение матерью тяжести болезни ребенка (гипернозогнозия), низкие показатели свидетельствуют о преуменьшении либо игнорировании тяжести и последствий заболевания (гипо- и анозогнозия). Высокие показатели по шкале контроля активности (А) описывают тенденцию матери устанавливать на время болезни максимальные ограничения активности ребенка, низкие — тенденцию к недооценке необходимости соблюдения режима по ограничению активности. Высокие показатели по шкале общей напряженности (О) характеризуют общее эмоционально-напряженное отношение матери к заболеванию своего ребенка [7, 12].

Все полученные результаты были обработаны статистическими методами с помощью компьютерной программы Statistica 6.0. Оценка проводилась с использованием параметрического *t*-критерия Стьюдента. Для выявления различий признаков, выраженных в процентном отноше-

нии, применялся точный критерий Фишера. Проводился также корреляционный анализ с вычислением коэффициента Спирмена. Статистически значимыми считались результаты не ниже уровня $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Сравнение частоты использования защитных механизмов детьми, страдающими ДЦП, и условно здоровыми детьми показало, что дети с ДЦП достоверно чаще используют механизм психологической защиты «отрицание» (см. табл. 1). Относительно здоровые дети достоверно чаще по сравнению с больными детьми применяют психологические защиты «рационализация», «изоляция», «замещение», «регрессия», «идентификация», «фантазия». Полученные результаты свидетельствуют о том, что у относительно здоровых детей, по сравнению с их сверстниками с ДЦП, репертуар механизмов, включающихся в преодоление трудных жизненных ситуаций и внутренних конфликтов через элиминирование эмоциональных проблем, шире и отличается большей гибкостью и зрелостью психологических защит. У детей с ДЦП опасности преодолеваются преимущественно посредством отрицания, что может способствовать проявлению инфантильных поведенческих реакций, снижать возможности адаптации в трудных жизненных ситуациях, например в условиях стационара в связи с хирургическим лечением. В этом случае больные дети стремятся отвлечься от болезненных переживаний и чувств, связанных с медицинскими вмешательствами, игнорируют замечания и инструкции со стороны медицинского персонала, отвергают нежелательные для себя события, демонстрируя активные или пассивные протестные реакции. В работах отечественных авторов отмечается, что у детей дошкольного и младшего школьного возраста частота включения механизмов психологической защиты по типу отрицания согласуется с повышением уровня тревожности, сопровождается ростом аффективных проблем и соматических жалоб [10]. Наблюдение за такими детьми в стационаре демонстрирует, что у них чаще встречаются поведенческие проблемы: непослушание, игнорирование требований и запретов взрослых, трудности на занятиях лечебной физкультурой.

В результате сравнительного анализа показателей отношения матерей к болезни ребенка было установлено, что у матерей, имеющих детей с ДЦП, по сравнению с родителями, имеющими

Таблица 1

Сравнение защитных механизмов детей с детским церебральным параличом и относительно здоровых детей (по методике САГ)

Защитные механизмы	Дети с ДЦП	Относительно здоровые дети	φ-критерий Фишера	Уровень достоверности различий
	%	%	<i>t</i>	<i>p</i>
Отрицание	76	46,6	2,45	≤ 0,01
Вытеснение	10	10	0	–
Рационализация	3,4	26,7	2,78	≤ 0,01
Проекция	60	70	0,81	–
Изоляция (отчуждение)	57	80	1,98	≤ 0,05
Замещение	1	23,3	3,88	≤ 0,001
Регрессия	6,6	46,6	3,8	≤ 0,001
Идентификация	36,7	83,3	3,8	≤ 0,001
Подавление	13,4	10	0,40	–
Символизация	26,5	36,5	0,82	–
Фантазия	0	26,6	4,19	≤ 0,001

Таблица 2

Сравнение родительских установок родителей детей с ДЦП и родителей относительно здоровых детей (по методике ΔОБР)

Родительские установки по отношению к болезни детей	Дети с ДЦП, <i>n</i> = 30	Относительно здоровые дети, <i>n</i> = 30	Уровень достоверности различий
	<i>M</i> ± <i>S</i>	<i>M</i> ± <i>S</i>	<i>p</i>
Интернальность	–0,17 ± 8,23	–4,40 ± 5,65	≤ 0,05
Тревога	7,77 ± 5,82	4,53 ± 5,63	≤ 0,05
Нозогнозия	0,87 ± 9,00	–5,17 ± 5,99	≤ 0,01
Контроль активности	8,43 ± 7,00	6,97 ± 4,11	–
Общая напряженность	4,58 ± 4,84	0,50 ± 3,50	≤ 0,001

Примечание: *M* — среднее арифметическое отклонение; *S* — среднее квадратическое отклонение различий; *n* — число испытуемых.

относительно здоровых детей, наблюдается достоверное увеличение значений показателей по шкале тревоги, по шкале общей напряженности, по шкале «интернальность — экстернальность» и по шкале «нозогнозия» (см. табл. 2). Было выявлено, что у родителей, воспитывающих детей с ДЦП, преобладают тревожные реакции на болезнь ребенка, эмоционально-напряженное отношение к заболеванию ребенка и ситуации лечения в целом. Родители детей с ДЦП, адекватно воспринимая тяжесть заболевания и сложность медицинского восстановительного лечения, часто переживают состояние беспомощности, полагая,

что реабилитационный процесс и тяжесть состояния ребенка не подвластны их контролю, что их влияние на реабилитационные мероприятия минимально.

По результатам корреляционного анализа было установлено, что существует достоверная прямая связь между показателем, отражающим механизм психологической защиты «отрицание», и параметром «родительская установка по шкале „тревожность“» $r = 0,47$ ($p < 0,05$). Выявленные взаимосвязи обозначают, что тревожные реакции матери на тяжелую болезнь ребенка могут способствовать формированию защитного механизма

«отрицание» у их детей и, следовательно, снижению адаптационных возможностей ребенка, появлению у него поведенческих проблем в процессе сложного восстановительного лечения.

Заключение

Репертуар психологических защитных механизмов у детей с ДЦП ограничен по сравнению со здоровыми детьми. У детей с ДЦП преобладает защитный механизм «отрицание», что может играть негативную роль в процессе адаптации детей в ситуации сложного восстановительного лечения.

У матерей детей с ДЦП превалирует эмоционально-напряженное отношение к заболеванию ребенка. Для матерей детей с ДЦП характерно переживание беспомощности в ситуации сложного восстановительного лечения ребенка.

Избыточно тревожное отношение матери к заболеванию своего ребенка может способствовать формированию психологической защиты по типу отрицания у ребенка с ДЦП, что снижает его психологический компенсаторный потенциал и возможности адаптации в условиях сложного восстановительного лечения.

Информация о финансировании и конфликте интересов

Авторы декларируют отсутствие иных явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с проведением исследования и публикацией настоящей статьи.

Вклад авторов: Г.В. Пятакова — проведение исследования, анализ результатов исследования, написание текста; И.И. Мамайчук — редактирование текста; В.В. Умнов — клиническое обследование пациентов, страдающих ДЦП.

Список литературы

1. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.В. Детский церебральный паралич. – Киев: Здоровье, 1988. [Badalyan LO, Zhurba LT, Timonina OV. Detskii tserebral'nyi paralich. Kiev: Zdorov'e; 1988. (In Russ.)]
2. Иваницкая И.Н. Клиника детского церебрального паралича // Детский церебральный паралич. Хрестоматия / Сост. Л.М. Шипицына, И.И. Мамайчук. – СПб.: Дидактика Плюс, 2003. – С. 78–102. [Ivanitskaya IN. Klinika detskogo tserebral'nogo paralicha. In: Detskii tserebral'nyi paralich. Khrestomatiya / Sostaviteli L.M. Shipitsina, I.I. Mamaichuk. Saint Petersburg: Didaktika Plyus; 2003. P. 78-102. (In Russ.)]
3. Калижнюк Э.С. Психические нарушения при действиях церебральных параличах. – Киев: Вища шк., 1987. [Kalizhnyuk ES. Psikhicheskie narusheniya pri deistviyakh tserebral'nykh paralichakh. Kiev: Vishcha shk.; 1987. (In Russ.)]
4. Шипицына Л.М., Мамайчук И.И. Детский церебральный паралич. – СПб.: Дидактика Плюс, 2001. [Shipitsyna LM, Mamaichuk II. Detskii tserebral'nyi paralich. Saint Petersburg: Didaktika Plyus; 2001. (In Russ.)]
5. Умнов В.В., Заболотский Д.В., Звозиль А.В., и др. Детский церебральный паралич. Эффективные способы борьбы с двигательными нарушениями. – СПб.: Десятка, 2013. [Umnov VV, Zabolotskii DV, Zvozil' AV, et al. Detskii tserebral'nyi paralich. Effektivnye sposoby bor'by s dvigatel'nymi narusheniyami. Saint Petersburg: Desyatka; 2013. (In Russ.)]
6. Мамайчук И.И., Пятакова Г.В. Исследование личностных особенностей детей с детским церебральным параличом // Дефектология. – 1990. – № 3. – С. 23–27. [Mamaichuk II, Pyatakova GV. Issledovanie lichnostnykh osobennostei detei s detskim tserebral'nyim paralichom. Defektologiya. 1990;(3):23-27. (In Russ.)]
7. Шац И.К. Психологическое сопровождение тяжелооболбоного ребенка. – СПб.: Речь, 2010. [Shats IK. Psikhologicheskoe soprovozhdenie tyazhelobol'nogo rebenka. Saint Petersburg: Rech'; 2010. (In Russ.)]
8. Сорокин В.М. Психологическое содержание реакций родителей на факт рождения больного ребенка // Вестник СПбГУ. Серия 12: «Психология, социология, педагогика». – 2008. – № 3. – С. 166–172. [Sorokin VM. Psikhologicheskoe sodержanie reaktsii roditelei na fakt rozhdeniya bol'nogo rebenka. Vestnik SPbGU. Seriya 12: Psikhologiya, Sotsiologiya, Pedagogika. 2008;(3):166-172. (In Russ.)]
9. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. – СПб.: Речь, 2000. [Nikol'skaya IM, Granovskaya RM. Psikhologicheskaya zashchita u detei. Saint Petersburg: Rech'; 2000. (In Russ.)]
10. Чумакова Е.В. Психологическая защита личности в системе детско-родительского взаимодействия: Дис. ... канд. психол. наук. – СПб.: СПбГУ, 1999. [Chumakova EV. Psikhologicheskaya zashchita lichnosti v sisteme detsko-roditel'skogo vzaimodeistviya. [dissertation] Saint Petersburg: SPbGU; 1999. (In Russ.)]
11. Фрейд А. Психология «Я» и защитные механизмы. – М.: Педагогика-Пресс, 1993. [Freid A. Psikhologiya "Ya" i zashchitnye mekhanizmy. Moscow: Pedagogika-Press; 1993. (In Russ.)]
12. Левченко И.Ю., Ткачева В.В. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: методическое пособие. – М.: Просвещение, 2008. [Levchenko IYu, Tkacheva VV. Psikhologicheskaya pomoshch' sem'e, vospityvayuushchei rebenka s otkloneniyami v razvitii: metodicheskoe posobie. Moscow: Prosveshchenie; 2008. (In Russ.)]
13. Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии / Под ред. Д.Н. Исаева, В.Е. Карана. – СПб.: Изд-во ПМИ, 1991. [Psikhodi-

agnosticheskie metody v pediatrii i detskoj psikhonevrologii. Ed by D.N. Isaeva, V.E. Kagana. Saint Petersburg: Izdatel'stvo PMI; 1991. (In Russ.)]

14. Савина Е.А., Чарова О.Б. Особенности материнских установок по отношению к детям с наруше-

ниями в развитии // Вопросы психологии. – 2002. – № 6. – С. 15–23 [Savina EA, Charova OB. Osobennosti materinskikh ustanovok po otnosheniyu k detyam s narusheniyami v razvitii. *Voprosy psikhologii*. 2002;(6):15-23. (In Russ.)]

Сведения об авторах

Галина Викторовна Пятакова — канд. психол. наук, доцент, старший научный сотрудник отделения детского церебрального паралича ФГБУ «НИДОИ им. Г.И. Турнера Минздрава России», доцент кафедры психологии экстремальных и кризисных ситуаций факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета. E-mail: pyatakova@yandex.ru.

Ирина Ивановна Мамайчук — д-р психол. наук, профессор, профессор кафедры клинической психологии и психофизиологии факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета. E-mail: mauki@mail.ru.

Валерий Владимирович Умнов — д-р мед. наук, научный руководитель отделения детского церебрального паралича ФГБУ «НИДОИ им. Г.И. Турнера Минздрава России». E-mail: umnovvv@gmail.com.

Galina V. Pyatakova — MD, PhD, associate Professor, senior researcher of the Department of cerebral palsy of The Turner Scientific Research Institute for Children's Orthopedics, associate Professor of psychology and extreme crisis situations of the faculty of psychology of St Petersburg State University. E-mail: pyatakova@yandex.ru.

Irina I. Mamajchuk — MD, PhD, Professor, Professor of clinical psychology and psychophysiology of the faculty of psychology of St Petersburg State University. E-mail: mauki@mail.ru.

Valery V. Umnov — MD, PhD, professor, scientific head of Department of cerebral palsy of The Turner Scientific Research Institute for Children's Orthopedics. E-mail: umnovvv@gmail.com.