

Сравнительная характеристика отношения к ограниченным возможностям своего здоровья лиц с врожденными и приобретенными нарушениями статодинамической функции

А. М. Щербакова*,

кандидат педагогических наук, профессор, старший научный сотрудник, заведующая кафедрой психологической реабилитации факультета клинической и специальной психологии Московского городского психолого-педагогического университета

О. Н. Гудилина**,

студент факультета клинической и специальной психологии Московского городского психолого-педагогического университета

В статье рассматриваются психические феномены и личностные характеристики больных с нарушениями статодинамической функции, которые играют весомую роль в их реабилитации. Приведены результаты сравнительного исследования внутренней картины болезни, временной перспективы личности и жизнестойкости двух категорий лиц подросткового и юношеского возраста с врожденными и приобретенными нарушениями статодинамической функции: с детским церебральным параличом (ДЦП) и с травматической болезнью спинного мозга (ТБСМ). В работе выявлены психологические различия между людьми с врожденными и приобретенными нарушениями статодинамической функции. Показано, что выявленные особенности обусловлены как социальной ситуацией развития ребенка с ДЦП, так и влиянием изменившихся после травмы условий жизнедеятельности на сложившуюся личность. Кроме того, обсуждается специфика преморбидных личностных характеристик больных с ТБСМ. Отмечается, что существование этих различий ставит вопрос о необходимости проектирования и применения дифференцированных программ психологической реабилитации больных двух сходных по неврологической симптоматике групп заболеваний.

Ключевые слова: психологическая реабилитация, нарушения статодинамической функции, детский церебральный паралич, травма спинного мозга, внутренняя картина болезни, временная перспектива личности, жизнестойкость.

* lillenurm@mail.ru

**skvirel87@inbox.ru

В настоящее время наблюдается рост числа людей с нарушениями статодинамической функции. Среди подростков 15–18 лет встречаемость детского церебрального паралича (ДЦП) в 1992 году составила 4,0 на 1000, в 1998 – 11,3 на 1000, а в 2002 она достигла 14,6 на 1000 человек, т. е. увеличилась более чем в три раза [12]. Не более благоприятна и статистика по росту травматической болезни спинного мозга (ТБСМ). Многими авторами отмечается, что в последние годы удельный вес позвоночно-спинальной травмы возрос почти в 30 раз. По данным О. Г. Когана, ежегодно из каждых 10 миллионов жителей 100–150 человек получают повреждение позвоночника и спинного мозга [5].

При нарушениях статодинамической функции наблюдаются специфические изменения личности по типу инфантилизации, формирование иждивенческих установок, а также наличие депрессивных реакций, особенно у лиц с ТБСМ, что затрудняет жизнедеятельность человека и снижает эффективность реабилитации. Создание установки, мотивирующей на восстановление, а также коррекция патологических реакций личности, вызванных нарушением статодинамической функции, является задачей психологической реабилитации, между тем, система психологической реабилитации таких больных находится только в стадии формирования. Выявление и описание психических феноменов и личностных характеристик, которые играют весомую роль в реабилитации больных с нарушениями статодинамической функции, позволит уточнить направления работы по их психологической реабилитации.

Целью описываемого исследования является сравнительное изучение отношения к ограниченным возможностям своего здоровья и адаптивных характеристик личности у людей с врожденными и приобретенными нарушениями статодинамической функции.

В результате анализа литературы по изучаемой проблеме были сформулированы следующие **исследовательские гипотезы:**

1) отношение к болезни у людей с врожденными и приобретенными нарушениями статодинамической функции различается;

2) у людей с врожденными нарушениями статодинамической функции тип отношения к болезни практически не отделен от характеристик личности, наблюдается негативная оценка своего прошлого и отрицательное отношение к будущему, снижение показателей стрессоустойчивости, рентные установки;

при приобретенных нарушениях статодинамической функции присутствует негативная оценка своего прошлого, недооценка настоящего момента, сужение временной перспективы будущего; показатели стрессоустойчивости повышены относительно нормы. Наблюдаются различия по показателям жизнестойкости и профилю временной перспективы в подостром и позднем периоде травмы.

Задачи исследования

а) сравнение показателей жизнестойкости при врожденных (ДЦП) и приобретенных (ТБСМ) нарушениях статодинамической функции;

б) сравнение профиля временной перспективы личности при ДЦП и при ТБСМ;

в) сравнительный анализ специфики типов отношения к болезни при ДЦП и при ТБСМ;

г) сравнение показателей жизнестойкости и временной перспективы личности у лиц с ТБСМ в подостром и позднем периоде травмы;

д) выявление преобладающего типа отношения к болезни при ТБСМ с учетом периода травмы;

е) выявление наличия связи между такими психологическими конструктами как отношение к болезни, жизнестойкость и временная перспектива личности.

Организация и материалы исследования

Участники исследования. Исследование проходило на базе реабилитационного центра «Преодоление». В нем приняли участие 21 человек (8 мужчин, 12 женщин), из них 11 человек с врожденными наруше-

ниями статодинамической функции (ДЦП), 10 – с приобретенными нарушениями статодинамической функции (ТБСМ) в возрасте 17–29 лет.

Процедура исследования включала анализ документации (медицинских карт), из которых извлекалась информация о диагнозе, этиологии, патогенезе, возрасте возникновения, продолжительности, клинических проявлениях заболевания, а также о поле, возрасте и образовании испытуемого.

Психодиагностические методики. В исследовании использовались четыре из них: ТОБОЛ, САН, Опросник временной перспективы личности Ф. Зимбардо (ZTPI) в адаптации А. Сырцовой, Тест жизнестойкости в адаптации Д. А. Леонтьева.

Форма работы индивидуальная.

Время проведения исследования варьировалось от 40 минут до двух часов. Продолжительность проведения исследования зависела от возможностей испытуемых. Проведение методик могло происходить в два этапа (при проведении исследования продолжительностью по времени более часа).

Для обработки результатов были использованы программы SPSS v11.0.1 и Microsoft Office Excel 2003. Для проверки значимости различий использовался точный критерий *U* Манна-Уитни, используемый при малом объеме выборки.

Исследуемые психические феномены

Внутренняя картина болезни. Наиболее точно отношение больного к болезни отражает понятие «Внутренняя картина болезни» (субъективное представление пациента о своем заболевании). А. Р. Лурия так определяет это понятие: «Внутренняя картина болезни – все то, что испытывает и переживает больной, вся масса его ощущений... его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах... – весь тот огромный мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм» [8, с. 38].

Информация, полученная при анализе литературы, рассматривающей отношение к своей болезни, носит противоречивый характер. Некоторые авторы говорят о наличии анозогнозии, некоторые – о сензитивности больных. Вероятно, существуют оба этих типа реакции [6; 8; 12].

По результатам исследования Н. А. Голдшарова [2], который провел методику диагностики типа отношения к болезни (ТОБОЛ) на студентах с ДЦП (поздняя резидуальная форма), отношение к болезни этой категории людей укладывается либо в гармоничный, либо в эргопатический, либо в анозогнозический вариант отношения к болезни, что говорит о продуктивной адаптации личности к своему заболеванию.

Информация об отношении к болезни у больных с травматической болезнью спинного мозга (ТБСМ) практически отсутствует в доступной нам литературе, что свидетельствует о необходимости более детального изучения этого вопроса.

Исследователи говорят о динамическом аспекте изменения отношения к своему нарушению во времени. По словам Т. М. Абея, вначале отмечается отрицание инвалидности, за которым следует надежда на выздоровление. Далее следуют депрессия, тревога, скорбь, чувство вины и, наконец, гнев [1].

По мнению Н. Г. Ермаковой, патологическое формирование отношения к болезни определяется влиянием собственно травмы как резкого ограничения возможностей здоровья. Н. Г. Ермакова приводит динамику отношения к ТБСМ, которая несколько отличается от описанной выше. В период от 2–6 месяцев до года характерны депрессия, аутизация, изоляция, реакции агрессии и самообвинения. В течение второго года после травмы наблюдаются манипуляция окружающими, инфантилизация, пессимистическая оценка результатов лечения, аутистичность, рассеянность, агрессия (возникающая при невозможности коммуникации), перекладывание ответственности за исход болезни на других. В отдаленный период травмы (3–5 лет),

в условиях семейной и социальной адаптации, сохраняются интеллектуально-мнестические и личностные функции, личность развивается. При дизадаптации очень часты алкоголизация и девиантное поведение [3].

Исходя из литературных данных, можно говорить о динамичности отношения к своей болезни людей с ТБСМ. У лиц с ДЦП отношение к болезни тоже динамично, но формируется с развитием личности и практически не отделимо от ее характеристик.

Жизнестойкость. Феномен жизнестойкости (*hardiness*) является характеризующим меру способности личности выдерживать стрессовую ситуацию, сохраняя внутреннюю сбалансированность и не снижая успешность деятельности. Она представляет собой систему убеждений о себе, о мире, об отношениях с миром [7].

При ДЦП наблюдается снижение показателей жизнестойкости, что может быть обусловлено особенностями социальной ситуации развития (гиперопека в семье, нахождение в специальных образовательных учреждениях интернатного типа и т. д.) [2; 10].

Для рассмотрения жизнестойкости у людей с ТБСМ необходимо говорить о таком феномене, как посттравматический рост. Это явление было рассмотрено в работе Н. Ю. Федуниной, которая различает понятия устойчивость и посттравматический рост, понимая его как личностный рост не вопреки, а благодаря травме. Через совладание со стрессом, болью человек может раскрыть в себе неведомые ему ранее силы и возможности, сформировать новые навыки, по-новому увидеть себя и других [15].

Рассуждая о жизнестойкости у больных с ТБСМ, целесообразно указать на их преморбидные личностные характеристики. Среди травматических больных преобладают мужчины с возрастом приобретения травмы от 14 (пубертатный период) до 45 лет, характеризующиеся высокими показателями открытости новому опыту и принятию риска (например, занятия экстремальными видами спорта). Этот компонент входит в конструктор «жизнестойкость»,

следовательно, показатели жизнестойкости у данной категории будут высокими. С другой стороны, высокие показатели жизнестойкости на поздних этапах ТБСМ могут говорить о феномене посттравматического роста.

Временная перспектива личности. Феномен «Временная перспектива личности» (ВПЛ) Ф. Зимбардо определяется как «основной аспект в построении психологического времени, которое возникает из когнитивных процессов, разделяющих жизненный опыт человека на временные рамки прошлого, настоящего и будущего» (цит. по: [13, с. 42]).

И. Ю. Левченко, исследуя временную перспективу будущего у подростков с ДЦП, установила, что примерно у половины испытуемых присутствует резко отрицательное отношение к своему будущему [6]. Е. Н. Дмитриева, Т. Е. Левицкая [4] при анализе цветовых предпочтений детей и подростков с ДЦП выявили негативное отношение только к прошлому, причем у мальчиков оно более выражено, чем у девочек. Вероятно, негативная эмоциональная оценка своего прошлого вызвана частым нахождением в медицинских учреждениях, перенесением каких-либо хирургических вмешательств, которые нередки при данном виде патологии.

Нарушения временной перспективы личности наблюдаются и при приобретенных нарушениях здоровья. А. В. Селин, исследуя особенности временной перспективы больных соматическими заболеваниями, отмечает более высокие показатели переживания настоящего момента у здоровых людей, в сравнении с больными. У больных с соматическими заболеваниями наблюдается сужение временной перспективы будущего. Планы на будущее слишком размыты и неясны. Существует негативная оценка своего прошлого. Настоящее рассматривается больными людьми в большей степени как неопределенное относительно будущих планов и целей [11].

По мнению О. Н. Арестовой [14], сокращение длины временной перспективы лич-

ности, а также смещение временной перспективы в прошлое свидетельствует о наличии депрессивных состояний. Активное фантастическое планирование будущего в кризисных моментах жизни выступает как более или менее адекватная защитная стратегия.

Результаты исследования

Исследование типа отношения к болезни с использованием методики *ТОБОЛ*. Ведущие типы отношения к болезни, характерные для данной выборки, отражены в таблице, из которой видно, что преобладающий для обеих групп тип реагирования на болезнь – эргопатический.

На представленном графике (рис.1) можно видеть преобладание первого блока реагирования на ограничение возможностей здоровья как при ДЦП, так и при ТБСМ. При проверке значимости различий по точному критерию Манна-Уитни были выявлены значимые различия в показателях третьего блока реагирования на болезнь, а именно по эгоцентрическому ($U=12, p=0,01$) и по паранойяльному ($U=27, p=0,046$) типу отношения к болезни, причем эти показатели при врожденных нарушениях статодинамической функции выше, чем при приобретенных.

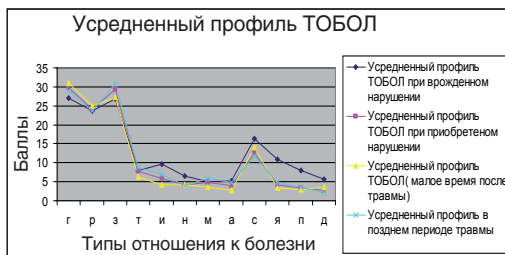


Рис. 1. Усредненный профиль ТОБОЛ

У больных с ТБСМ значимых различий по типу отношения к болезни в зависимости от периода травмы не выявлены. Также отсутствуют различия в зависимости от уровня повреждения спинного мозга.

Исследование оценки самочувствия с использованием методики *САН*. Полученные по шкалам методики *САН* средние значения отражены на рис. 2, где график показывает, что оценка самочувствия приблизительно одинакова у всех трех групп (нормативные показатели взяты из литературы).

Показатель «активность при врожденных нарушениях статодинамической функции» занижен, при приобретенных – завышен по сравнению с нормой. По этому показателю различия значимы: у людей с ТБСМ значимо выше ($U=25, p=0,037$), чем у людей с ДЦП (рис. 2).

Таблица

Диагностируемые типы отношения к болезни

Тип отношения к болезни	Ведущий тип при врожденном нарушении, % (число человек)	Ведущий тип при приобретенном нарушении, % (число человек)
Гармонический	18,18 (2)	10 (1)
Эргопатический	36,36 (4)	40 (4)
Анозогнозический	18,18 (2)	20 (2)
Анозогнозический+ эргопатический	–	10 (1)
Тревожный	–	10 (1)
Сенситивный	9,09 (1)	10 (1)
Ипохондрический + сенситивный	9,09 (1)	–
Апатический+ эгоцентрический	9,09 (1)	–

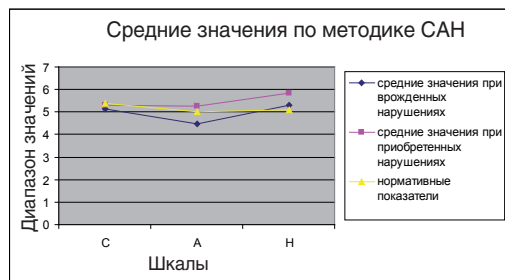


Рис. 2. Результаты исследования по методике САН

Интересен тот факт, что результаты, полученные по шкале «настроение», у обеих исследуемых групп выше нормативных. По остальным показателям значимых различий не выявлено.

Исследование жизнестойкости с помощью теста «жизнестойкость». Для сравнения результатов мы разделили число баллов, полученных по шкале, на количество вопросов шкалы, получив возможность сравнения шкал между собой. Но показатель жизнестойкости стал не суммой, а средним арифметическим входящих в него показателей.

Из графика, представленного на рис. 3, видно, что показатели профиля жизнестойкости у людей с ТБСМ выше, чем у людей с ДЦП. По общему показателю жизнестойкости выявляются значимые различия на уровне тенденции ($U=24,5$ $p=0,055$).

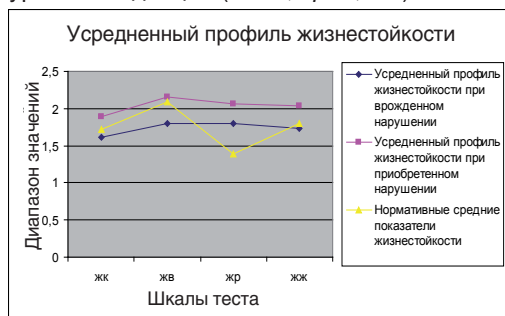


Рис. 3. Усредненный профиль жизнестойкости

Все показатели жизнестойкости при приобретенном нарушении выше нормы, а шкала принятия риска значимо выше. При врожденном нарушении шкалы «контроль» шкала «вовлеченность» ниже нормативных

показателей, но шкала «принятие риска» выше, в целом суммарный показатель жизнестойкости не отличим от нормального.

Сравнение жизнестойкости в подостром периоде травмы и в позднем периоде не выявило значимых различий.

Исследование временной перспективы личности. Из графика, представленного на рис. 4, видно, что исследуемые группы ориентированы на позитивное прошлое и гедонистическое настоящее. Сравнение с нормативными показателями показывает, что шкала негативного прошлого выше у людей с ДЦП.

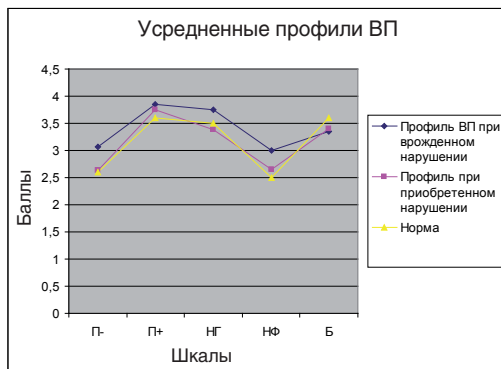


Рис. 4. Усредненные профили временной перспективы личности

Показатели по шкале «гедонистическое настоящее» выше у людей с ДЦП и ниже при ТБСМ. Показатели по шкале «фаталистическое настоящее» у обеих исследуемых групп выше, чем в норме, в то время как показатели шкалы «ориентация» на будущее у тех же групп ниже нормы. Различия выявлены на уровне тенденции.

В результате нашего исследования выявлено, что показатель «временная перспектива личности» у испытуемых с ТБСМ зависит от времени, которое прошло после травмы.

В позднем периоде травмы сильнее, чем в норме, выражена ориентация на позитивное прошлое, вероятно, это является адаптивной стратегией. В подостром периоде травмы сильнее, чем в норме, выражена ориентация на фаталистическое настоящее (различия на уровне тенденции), что озна-

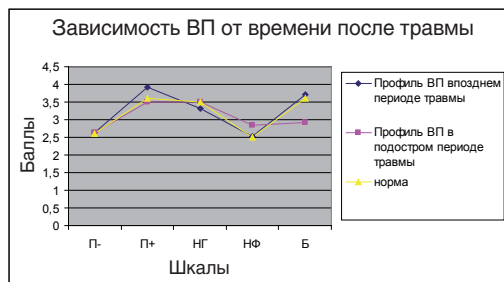


Рис. 5. Зависимость ВП от периода травмы

чает веру в судьбу, перекалывание ответственности на внешние обстоятельства. Выявлен низкий уровень ориентации на будущее – неопределенность картины будущего, обусловленная крушением надежд и планов (уровень значимости различий с нормативными показателями $p=0,02$). Эти факты обусловлены реакцией на травму.

Обсуждение результатов

1. *Отношение к болезни.* Довольно интересны получившиеся смешанные типы отношения к болезни при ДЦП: сенситивность взаимодействует с ипохондрией и апатия взаимодействует с эгоцентризмом (см. таблицу). Эти смешанные типы показывают возможное взаимодействие второго и третьего блоков отношения к болезни, они не противоречат друг другу, а описывают отношение к болезни на разных уровнях реагирования и, вероятно, являются реакцией адаптации к своему заболеванию.

Наличие значимых различий по эгоцентрическому и паранойяльному типу реагирования при сравнении усредненных профилей отношения к болезни при ТБСМ и при ДЦП, на наш взгляд, говорит о том, что при дизонтогенезе нарушение вплетается в личность, что может иметь огромное влияние на отношения с людьми. Могут возникать рентные установки на болезнь (использование болезни в своих целях), также стеснение по поводу своего заболевания (например, боязнь принимать пищу в общественных местах). Повышенные показатели по паранойяльному типу реагирования у испытуемых с ДЦП по сравнению с испытуемыми с ТБСМ указывают на

характер причин возникновения ДЦП – это внешние причины, не зависящие от больного.

Отсутствие значимых различий при сравнении типов отношения к болезни у больных с ТБСМ данной выборки в различных периодах травмы в какой-то степени опровергает гипотезу о динамике отношения к болезни. Этот факт необходимо уточнить в дальнейшем исследовании на большей выборке.

2. *Самочувствие и настроение.* Наличие высоких значений по показателю «активность» у испытуемых с ТБСМ может говорить об установке человека с приобретенной инвалидностью на активное изменение своего состояния, реабилитацию. Причиной снижения базового уровня активности у людей с ДЦП предположительно может являться часто встречающееся воспитание по типу гиперопеки.

Вызывает интерес тот факт, что результаты, полученные по шкале «настроение», выше нормативных у обеих исследуемых групп. По нашему мнению, это может говорить о развитии определенных защитных механизмов.

3. *Жизнестойкость.* При ТБСМ показатели по шкалам «контроль» и «вовлеченность» выше нормативных, при ДЦП все показатели ниже нормативных. Этот факт свидетельствует о том, что человек с приобретенным нарушением статодинамической функции чувствует себя более вовлеченным в окружающую действительность, чем человек с врожденным нарушением. Вероятно, причиной этого являются оставшиеся контакты «прошлой жизни» у людей с ТБСМ, приобретение ими новых контактов в процессе реабилитации.

Высокие показатели принятия риска у людей с приобретенными нарушениями статодинамической функции говорят о преморбидной этиологии явления жизнестойкости.

Отсутствие значимых различий показателей жизнестойкости в разных периодах ТБСМ также может говорить о жизнестойкости как устойчивой личностной характеристике.

4. *Временная перспектива личности.* Наличие повышенных, относительно нормативных, показателей по шкале негативного прошлого у людей с ДЦП может свидетельствовать об определенных травматических событиях детства (госпитализации, операции, длительные разлуки с родителями). Полученные результаты сходны с результатами Е. Н. Дмитриевой, Т. Е. Левицкой [4]. У людей с ТБСМ различия с нормативными показателями по данной шкале незначительны.

Особенности профиля ВП в сравнении с нормативными показателями говорят о временной ориентации человека с нарушениями статодинамической функции на прошлое, указывают на фаталистичность, невозможность управлять настоящим и неуверенность в собственном будущем.

В рамки сбалансированной временной перспективы лучше укладывается профиль временной перспективы людей с приобретенными нарушениями по сравнению с профилем людей с врожденными нарушениями статодинамической функции.

Все вышепредставленное позволяет сделать следующие выводы.

1. Отношение к болезни у людей с врожденными и приобретенными нарушениями статодинамической функции различается: лица с ДЦП склонны более эгоцентрично и паранойяльно оценивать свое нарушение.

2. Гипотеза, что у людей с врожденными нарушениями статодинамической функции тип отношения к болезни сопоставим с характеристиками личности, а также о том, что у них наблюдаются рентные установки, подтвердилась результатами качественного анализа характеристик третьего блока типов реагирования на болезнь.

3. Гипотеза о динамичности типа отношения к болезни в зависимости от периода

травмы подтвердилась частично. Наблюдаются различия по профилю временной перспективы в подостром и позднем периоде травмы.

4. При ТБСМ жизнестойкость значимо выше, чем при ДЦП.

Заключение

В настоящее время реабилитация людей с нарушениями здоровья в большинстве своем направлена на восстановление их физических возможностей. Но проблемы, которые влекут за собой нарушения статодинамической функции различного генеза, проявляются не только на органном, организменном и социальном уровнях. Значительно ограничивая жизнедеятельность, нарушения статодинамической функции вызывают изменения, иногда весьма значительные, и в психологическом состоянии человека. Исходя из биопсихосоциальной модели реабилитации, необходимо включать в ее программы обоснованный психологический аспект. Использование мер психологической реабилитации обосновано значением внутреннего состояния пациентов для оптимального уровня восстановления.

В работе показаны психологические различия между людьми с врожденными и приобретенными нарушениями статодинамической функции. Различия эти вызваны временем возникновения нарушения и социальной ситуацией, в которой оказывается (развивается) человек с данным нарушением. Существование этих различий ставит вопрос о необходимости проектирования и применения дифференцированных программ психологической реабилитации двух сходных по неврологической симптоматике групп заболеваний.

Литература

1. *Абель Т. М.* Квадриплегия: психологические аспекты (quadriplegics: psychological aspects) URL: <http://pochemutak.ru/md/mod/text/views/6021/>
2. *Государев Н. А.* Психосоматическая концепция и детский церебральный паралич // Журн. неврологии и психиатрии. 2001. № 7.
3. *Демиденко Т. Д., Ермакова Н. Г.* Основы реабилитации неврологических больных. СПб., 2004.
4. *Дмитриева Е. Н., Левицкая Т. Е.* К проблеме изучения эмоционального фона в структуре временной перспективы детей и подростков с ДЦП. URL: http://psy.tsu.ru/data/pdf/2_12.pdf.
5. *Карелов В. Г.* Санаторно-курортное лечение больных травматической болезнью спинного мозга. URL: <http://www.sci-rus.com/epydemiology/karepov.htm>.
6. *Левченко И. Ю.* Система психологического изучения лиц с детским церебральным параличом на разных этапах социальной адаптации: Автореф. дисс. ... докт. психол. наук. М., 2001.
7. *Леонтьев Д. А., Рассказова Е. И.* Тест жизнестойкости. М. 2006.
8. *Лурия Р. А.* Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания. М., 1977.
9. *Немкова С. А.* Психологические аспекты реабилитации детей-инвалидов. URL: <http://psychology.net.ru/articles/content/1099313514.html>.
10. *Пятакова Г. В.* Некоторые психологические аспекты внутренней картины болезни детей, страдающих детским церебральным параличом // Актуальные проблемы практической психологии. СПб., 1992.
11. *Селин А. В.* Жизненный путь личности в социальной ситуации хронического соматического заболевания: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. Курск, 2009.
12. *Семенова К. А.* Восстановительное лечение детей с перинатальным поражением нервной системы и с детским церебральным параличом. М., 2007.
13. *Сырцова А., Митина О. В.* Возрастная динамика временных ориентаций личности // Вопросы психологии. 2008. № 2.
14. *Тхостов А. Ш.* Психология телесности. М., 2002.
15. *Федунина Н. Ю.* Понятия устойчивости к травме и позитивной адаптации // Московский психотерапевтический журн. 2006. № 4.

The Comparative Characteristics of Attitudes towards the Limited Capabilities of Own Health in People with Congenital and Acquired Disorders of Static-Dynamic Functions

A. M. Scherbakova,

PhD in Education, Professor, Senior Researcher, Head of the Chair of Psychological Rehabilitation, Department of Clinical and Special Psychology, Moscow State University of Psychology and Education

O. N. Gudilina,

Student, Department of Clinical and Special Psychology, Moscow State University of Psychology and Education

This article discusses mental phenomena and personality characteristics of patients with disorders of static-dynamic functions, which play a significant role in their rehabilitation. The results of a comparative study of the internal picture of the disease, time perspective and hardiness among adolescents and youth with congenital and acquired disorders of the static-dynamic functions: with cerebral palsy (CP) and with traumatic disease of the spinal cord (TDSC). The study identified the psychological differences between people with congenital and acquired disorders of the static-dynamic functions. The observed features are due to both the social situation of development of the child with cerebral palsy and the influence of the changed living conditions after the trauma on the personality. The article also discusses the specific premorbid personality of patients with TDSC. The existence of these differences raises the question of the need to design and implement differentiated programs of psychosocial rehabilitation for patients with two similar groups of neurological symptoms.

Keywords: psychological rehabilitation, disorders of static-dynamic function, cerebral palsy, spinal cord trauma, internal picture of disease, time perspective, hardiness.

References

1. Abel' T. M. Kvadriplegija: psihologicheskie aspekty (quadriplegics: psychological aspects) URL: <http://pochemutak.ru/md/mod/tex/views/6021/>.
2. Gosudarev N. A. Psihosomaticheskaja koncepcija i detskij cerebral'nyj paralich // Zhurn. nevrologii i psihiatrii. 2001. № 7.
3. Demidenko T. D., Ermakova N. G. Osnovy reabilitacii nevrologicheskikh bol'nyh. SPb., 2004.
4. Dmitrieva E. N., Levickaja T. E. K probleme izuchenija jemocional'nogo fona v strukture vremennoj perspektivy detej i podrostkov s DCP. URL: http://psy.tsu.ru/data/pdf/2_12.pdf.
5. Karelov V. G. Sanatorno-kurortnoe lechenie bol'nyh travmaticheskoi bolezni'ju spinnoego mozga. URL: <http://www.sci-rus.com/epydemiogy/karepov.htm>.
6. Levchenko I. Ju. Sistema psihologicheskogo izuchenija lic s detskim cerebral'nyj paralichom na raznyh jetapah social'noj adaptacii: Avtoref. diss. ... dokt. psihol. nauk. M., 2001.
7. Leont'ev D. A., Rasskazova E. I. Test zhiznestojkosti. M. 2006.
8. Lurija R. A. Vnutrennjaja kartina boleznej i jatrogennye zabolevanija. M., 1977.
9. Nemkova S. A. Psihologicheskie aspekty reabilitacii detej-invalidov. URL: <http://psychology.net.ru/articles/content/1099313514.html>.
10. Pjatakova G. V. Nekotorye psihologicheskie aspekty vnutrennej kartiny bolezni detej, stradajushih detskim cerebral'nyj paralichom // Aktual'nye problemy prakticheskoi psihologii. SPb., 1992.
11. Selin A. V. Zhiznennyj put' lichnosti v social'noj situacii hronicheskogo somaticheskogo zabolevanija: Avtoref. diss. ... kand. psihol. nauk. Kursk, 2009.
12. Semenova K. A. Vosstanovitel'noe lechenie detej s perinatal'nyj porazheniem nervnoj sistemy i s detskim cerebral'nyj paralichom. M., 2007.
13. Syrcova A., Mitina O. V. Vozrastnaja dinamika vremennyh orientacij lichnosti // Voprosy psihologii. 2008. № 2.
14. Thostov A. Sh. Psihologija telesnosti. M., 2002.
15. Fedunina N. Ju. Ponjatija ustojchivosti k travme i pozitivnoj adaptacii // Moskovskij psihoterapevticheskij zhurn. 2006. № 4.