

ДИНАМИКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ РОДИТЕЛЕЙ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ, ПРОХОДЯЩИХ РЕАБИЛИТАЦИЮ ПОСЛЕ ТРАВМЫ СПИННОГО МОЗГА

А.Ю. СУРОЕГИНА, А.Б. ХОЛМОГОРОВА

Травма спинного мозга в подростковом и молодом возрасте оказывает значительное влияние на психоэмоциональное состояние всех членов семьи пострадавшего, и прежде всего его родителей, которые должны сами адаптироваться к тяжелому инвалидизирующему заболеванию ребенка и помочь ему в решении этой же задачи. Было обследовано 36 родителей подростков и молодых людей, перенесших травму спинного мозга, разделенных на две группы по критерию давности травмы ребенка. Было показано, что процесс адаптации к травме связан с различными стратегиями, в том числе выражающимися в коммуникативных дисфункциях при общении с ребенком. Умеренный уровень тревоги отмечается как на восстановительном, так и на позднем этапах реабилитации. Симптомы депрессии и общий уровень напряженности, вызванные реакцией на болезнь ребенка, более выражены на восстановительном этапе и снижаются на более поздних этапах реабилитации. Однако снижение симптомов депрессии на втором этапе оказалось связано с установками на сокрытие проблем и с индуцированием тревоги у ребенка по поводу возможных трудностей, что нельзя считать конструктивным копингом. Симптомы эмоциональной дезадаптации родителей имеют сложные связи с различными коммуникативными дисфункциями, отражающими неконструктивные стратегии совладания: чем выше тревога родителей, тем выше критика в адрес ребенка; на первый взгляд позитивная динамика симптомов депрессии в сторону их снижения связана с фиксацией на внешнем благополучии и сверхвключенностью в дела ребенка. Делается вывод о значимости психологической работы с родителями и междисциплинарного сотрудничества врача и психолога, как при информировании семьи и пациента о прогнозе заболевания, так и в процессе реабилитации.

Ключевые слова: травма спинного мозга, психологическая реабилитация, психологическая адаптация, семейные дисфункции, эмоциональная дезадаптация, симптомы тревоги и депрессии, междисциплинарное сотрудничество.

Одним из важнейших аспектов проблемы адаптации после тяжелых физических травм является формирование конструктивных межличностных отношений между пациентом, получившим травму, и окружающими. Для подростков и молодых людей, получивших травму спинного мозга, характерен крайне узкий круг общения, ограниченный зачастую семьей. Существует зависимость от взрослых, потребность в помощи, поддержке, заботе. Отношения со значимым взрослым часто имеют симбиотический характер. Последствием травмы спинного мозга часто является инвалидизация, ведущая к серьезным изменениям в семейной системе, а также в психоэмоциональном состоянии пациента и его родителей.

В отечественной и зарубежной литературе существует ряд исследований особенностей взаимоотношений родителей и их детей, страдающих различными тяжелыми заболеваниями.

Х. Дэвис отмечал влияние на процесс адаптации семьи к заболеванию ребенка нескольких факторов. Среди них тяжесть заболевания, которая, с одной стороны, затрудняла принятие болезни, с другой — в силу наглядности симптомов — облегчала его, так как родителям не было необходимости постоянно объяснять окружающим причины затруднений ребенка. Очевидное влияние оказывало качество партнерских отношений между родителями и наличие у них психологических проблем до заболевания ребенка. Так, открытость, искренность, поддержка, стабильность отношений повышали возможности родителей справиться с кризисной ситуацией; напряженные, дисгармоничные отношения в этот период еще более ухудшаются, хотя такие пары редко официально оформляют расторжение отношений. Неблагоприятным фактором является склонность родителя к депрессии, тревожности и другим симптомам эмоциональной дезадаптации. Интересно, что социо-экономические аспекты (пол ребенка, материальный достаток семьи, этническое происхождение) значимого влияния на адаптацию семьи к кризисной ситуации не оказывают. Но среди прочих факторов наиболее важным является то, как сами родители относятся к своему ребенку и его заболеванию [Дэвис, 2011].

От характера отношений пациента и его родителей будет зависеть социализация ребенка. Важное значение имеет то, как родители воспринимают сложившуюся ситуацию. Состояние ребенка может считаться препятствием, которое искажает удовлетворение родительских потребностей. Так как уход за больным требует гораздо больше ресурсов, такие родители становятся избирательнее в общении, сужают круг знакомых, ограничивают контакты с родственниками. В некоторых случаях поведение родителей осуществляется по типу эмоционального

отвержения, что сказывается и на отношении к ребенку вне семьи. В таких семьях ребенку не предоставляется достаточного пространства для активности и возможности нести ответственность, что способствует развитию у него инфантильности, неуверенности в себе, несамостоятельности. Следствием дисфункциональных способов взаимодействия в таких семьях являются трудности, которые испытывает пациент в общении с другими людьми, в установлении с ними близких отношений и при создании собственной семьи [Залобина, 2009].

Выделяют несколько вариантов реакций родителей на болезнь ребенка. Так, В.В. Ткачева и И.Ю. Левченко [Ткачева, Левченко, 2008] указывают на три возможных типа поведения: импульсивно-инертный (стенический), гипостенический и смешанный.

У родителей со *смешанным типом реагирования* наблюдается тенденция к высокой нормативности поведения и сдержанности в проявлении эмоций. При склонности к субъективным, внутренним переживаниям такие родители имеют высокую предрасположенность к психосоматическим заболеваниям. Проблемы не выносятся за пределы семьи, а собственные переживания не имеют внешнего выражения. Такие родители часто демонстрируют гиперопекающее поведение, склонны занимать активную позицию в отношении лечения (поиск специалистов, самообучение).

Гипостенический тип реагирования сопровождается повышением тревожности, появлением страхов и симптомов депрессии, мыслей о собственной некомпетентности и неспособности, непреодолимости ситуации, пассивным, подчиняющимся поведением во взаимодействии с ребенком. Бездеятельность оправдывается отсутствием внешней организации, прямых указаний со стороны специалистов: «А нам никто не говорил». Требования к ребенку практически отсутствуют, такие родители склонны занимать оберегающую позицию, довольствуясь тем, что ребенок научился что-то делать самостоятельно, а больше и ждать нечего. Родители гипостенического типа реагирования часто демонстрируют некомпетентность в воспитании за счет попустительства и пассивности, которые объективно ведут к нарушениям в поведении ребенка, что, в свою очередь, дает возможность родителям подтвердить представления о своей неуспешности. Проблемы ребенка катастрофизируются и, вследствие склонности таких родителей избегать сложных ситуаций, теряют какую-либо вероятность к их, даже частичному, разрешению.

Родители *гиперстенического типа реагирования* демонстрируют авторитарный тип поведения при общении с больным ребенком, предъявляя ему высокие требования, порой игнорируя реальные ограничения, вызванные болезнью. Им свойственно преодолевать проблемы ребенка и помогать ему, они испытывают стойкое желание найти выход из сло-

жившейся ситуации и активно сопротивляются сложившимся обстоятельствам, находясь в постоянном поиске оптимального средства помощи и исцеления. Они склонны к вытеснению негативных переживаний, связанных с состоянием ребенка, что значительно повышает продуктивность их действий. Обратная сторона такого типа реагирования состоит в несдержанности таких родителей в гневе и чувстве протеста, которое проявляется в склонности противопоставлять себя окружающей среде, не принявшей больного ребенка.

Л.И. Акатов, разрабатывая тему влияния болезни ребенка на поведение родителей, предложил систематику, основанную на типах отношения к ребенку и его дефекту.

1. Наиболее благополучным, в силу отсутствия реакций вины и неприязни к ребенку, является поведение по типу принятия ребенка и его дефекта. Такое отношение характеризуется адекватной оценкой способностей ребенка и стремлением реализовать доступные ему возможности.

2. Отрицание дефекта сопровождается неприятием ребенка, завышенными стандартами, отказом признавать недоступность тех или иных областей образовательной, профессиональной и социальной реализации.

3. Еще один вариант дезадаптивного поведения родителей состоит в гиперпротекции, чрезмерной опеке и защите ребенка. В таком случае родители переполняемы чувством жалости и сочувствия, сверх меры оберегают ребенка от опасностей внешнего мира. Эти дети, окруженные повышенным вниманием, обречены на пассивность и инфантилизм.

4. Дефект ребенка может восприниматься родителями как позор семьи. В ситуации скрытого отвержения ребенка, родители маскируют отрицательное отношение и отвержение к своему ребенку заботливым поведением, педантично стараясь выполнять свои обязанности «как хорошие родители».

5. Другой вариант отречения от ребенка, когда родители полностью осознают свои негативные чувства. Тем не менее, такие родители прибегают к определенным формам защиты, чтобы преодолеть психологическое напряжение, вызванное чувством вины и стыда. Например, родители занимают внешне обвиняющую позицию, приписывая ответственность за неадекватное отношение к больному ребенку врачам, учителям, обществу.

С появлением в семье больного ребенка меняется и привычный быт семьи, и ее взаимодействие в окружающем миром. Так, например, нередки случаи, когда родители, опасаясь насмешек со стороны других людей, предпочитают выходить на прогулку в темное время суток, избегают общения со здоровыми детьми.

По мнению Л.И. Акатова, семья переживает наиболее тяжело подростковый возраст, который сопровождается возникновением проблем, связанных с сексуальностью, изоляцией от сверстников, будущим профессиональным самоопределением. Подросток переживает амбивалентность отношений с семьей: с одной стороны, он стремится к независимости, а с другой — остается болезненное понимание зависимости от родителей. Отношение сверстников переживается всей семьей, так как является индикатором степени отчуждения или принятия, которые ощущает подросток [Акатов, 2003].

Структура семьи с больным ребенком имеет следующий вид: активная, авторитарная мать, симбиотически привязанный к ней ребенок и отгороженный от них отец. Такое отстранение отца из психологической жизни ребенка может иметь под собой макросоциальные, традиционные корни, лежащие в представлении о распределении обязанностей в семье с больным ребенком, когда отец занимает позицию наблюдателя.

Исследование личностных черт родителей больных детей позволяет выделить такие общие черты, как сензитивность и гиперсоциализация, защитный характер поведения. Эмоциональная чувствительность проявляется в ранимости, обидчивости, склонности принимать окружающие события близко к сердцу. Гиперсоциализация выражается в повышенном чувстве долга, ответственности, в трудностях компромиссов. Защиты не позволяют быть открытым, непринужденным в общении, что часто обусловлено наличием травматического опыта межличностных отношений [Галасюк, 2011]. Также такие родители склонным считать себя менее удачливыми, чем родители здоровых детей, неспособными преодолеть трудные жизненные ситуации. У родителей могут проявляться признаки психосоматических, астенических, а также и пограничных психических расстройств. Отношение к себе характеризуется чувством вины, что явились причиной болезни, не смогли уберечь или предупредить случившееся, сомнениями в своих возможностях в уходе за больным ребенком, беспомощностью, представлениями о собственной несостоятельности (как женщины, матери...). Родители часто видят себя через призму ребенка, мотивируя свои поступки заботой о благополучии ребенка.

Исследование личностных конструкторов родителей больных детей и детей-инвалидов [Дэвис, 2011] показало, что процесс адаптации к заболеванию зависит от успешности перестройки представлений родителей о ребенке, его болезни, семье и окружающем мире. Так, например, сообщение диагноза сопровождается сильной тревогой в силу недостаточной осведомленности родителей о болезни, ее лечении, возможных прогнозах. Соответственно, получение необходимой информации сни-

жает риск психологической дезадаптации и облегчает принятие болезни. Дисфункциональные паттерны детско-родительских отношений: гиперопека, отрицание болезни, — появляются из-за смешения представлений о ребенке и болезни. В первом случае родители стараются «сохранить» видение своего ребенка и потому избегают признания болезни, во-втором — крайне ограничивают самостоятельность ребенка, преувеличивая возможные опасности заболевания.

Ведущим защитным механизмом у родителей является проекция, что выражается в приписывании ответственности за свои переживания внешнему миру. Также используются такие механизмы, как: реактивное новообразование, т.е. преобразование негативного аффекта в позитивный; отрицание как отказ адекватно воспринимать информацию; рационализация, которая проявляется в убеждении себя в рациональности и правильности своих действий [Хитева, 2007].

Бремя заботы о травмированных подростках и молодых людях, если они не состоят в браке, ложится на плечи родителей. Однако публикаций, посвященных исследованию психологического состояния родителей пациентов с ТБСМ крайне мало. Тяжелая физическая травма индивида оказывает травматическое влияние на состояние всех членов семьи. По данным исследований у членов семьи пациента с тяжелой физической травмой наблюдаются симптомы посттравматического стресса в течение первой недели с момента получения травмы их родственником [Pielmaier, 2011]. Исследование психического состояния родителей детей с физическими травмами показало, что симптомы посттравматического стрессового расстройства наблюдаются у 8% родителей спустя полгода с момента травмы ребенка [Kassam-Adams, 2009].

В медицинской литературе выделяется 4 этапа восстановления после травмы спинного мозга, критерием выделения которых является динамика деструктивных и восстановительных процессов.

1. Острый период (2—3 суток) — сопровождается явлениями спинального шока и полного нарушения проводимости.
2. Ранний период (2—3 недели) — характеризуется частичным восстановлением обратимых изменений.
3. Промежуточный период (1—4 месяца) — этот период проявляет истинный характер повреждения.
4. Восстановительный (более 4-х месяцев).
5. Поздний период (более 3-х лет) [Кислица, 2011].

Исследователи отмечают, что травма спинного мозга имеет разрушительные последствия не только для пострадавшего, но и для семьи в целом [Weller, 1977]. Родители переживают состояния депрессии, вины и беспомощности на протяжении длительного времени с момента трав-

матизации. Исследования процесса адаптации пациентов и их семей показывает невысокий уровень адаптации независимо от давности травмы [DeSanto-Madeya S, 2009]. По данным С. Loran [Loran, 2009], наиболее сильный дистресс семья переживает в первый год после травмы. Таким образом, изучение психоэмоционального состояния родителей подростков и молодых людей, перенесших травму спинного мозга, является актуальным для выявления мишеней психосоциальной работы с семьями.

Цель исследования: изучение динамики психоэмоционального состояния родителей подростков и молодых людей, перенесших травму спинного мозга, а также его связи с особенностями реакции на болезнь ребенка и стилем эмоциональной коммуникации.

Задачи исследования:

1) сравнительное исследование симптомов эмоциональной дезадаптации у двух групп родителей подростков и молодых людей, находящихся на различных этапах реабилитации;

2) сравнительное исследование восприятия родителями болезни ребенка на различных этапах реабилитационного восстановления;

3) сравнительное исследование стилей эмоциональной коммуникации в семьях подростков и молодых людей на различных этапах реабилитации;

4) исследование связи коммуникативных дисфункций и симптомов эмоциональной дезадаптации у родителей подростков и молодых людей, перенесших спинальную травму;

5) исследование связи коммуникативных дисфункций и особенностей восприятия болезни ребенка у родителей подростков и молодых людей, перенесших спинальную травму.

Характеристика выборки. Было обследовано 36 родителей подростков и молодых людей с травмой спинного мозга, которые были разделены на две группы по критерию давности травмы: восстановительный этап (до 3-х лет) — 18 чел. (50%), поздний этап (более 3-х лет) — 18 чел. (50%).

Описание методов

Изучение динамики психоэмоционального состояния родителей подростков и молодых людей, перенесших травму спинного мозга, проводилось методом срезов, а именно: первая группа включала родителей пациентов, находящихся на восстановительном этапе (от года до 3-х лет), вторая группа — родителей пациентов, находящихся на позднем этапе (от 3-х лет).

1. Опросник депрессии Бека (BDI) в адаптации Н.В. Тарабриной [Тарабрина, 2007]. Разработан для выявления симптомов депрессии.

Состоит из 21 пункта. Пункты включают четыре утверждения, отражающих разную степень выраженности симптоматики. Испытуемому предлагается выбрать одно, наиболее верно отражающее его самочувствие в течение последних двух недель.

2. Опросник тревоги Бека (BAI) в адаптации Н.В. Тарабриной [Тарабрина, 2007] направлен на выявление симптомов тревоги. Состоит из 21 высказывания. Высказывания отражают основные симптомы тревоги: испытуемому предлагается оценить, насколько его беспокоил каждый из указанных симптомов в течении последних двух недель по интенсивности беспокойства («совсем не беспокоил», «слегка, не слишком беспокоил», «умеренно, это было неприятно, но я мог это выносить», «очень сильно, я с трудом мог это выносить»).

3. Опросник Семейных эмоциональных коммуникаций. Разработан А.Б. Холмогоровой и С.В. Воликовой [Холмогорова, Воликова, 2000]. Тестирует стили детско-родительских коммуникаций, уровень негативных эмоций в семье и правила эмоционального поведения. Включает в себя 34 вопроса, объединенных в восемь шкал: 1) элиминирование эмоций (исследует семейные правила, поощряющие сдержанность и блокирование эмоций); 2) родительская критика (диагностирует повышенную критичность по отношению к ребенку); 3) индуцирование тревоги (отражает повышенный уровень родительской тревоги); 4) фиксация на негативных переживаниях (тестирует уровень толерантности родителей к негативным переживаниям ребенка, а также их способность поддерживать и успокоить); 5) внешнее благополучие (отражает правила, связанные с выражением чувств в контактах с другими людьми, склонность к демонстрации благополучного «фасада»); 6) индуцирование недоверия к людям (исследует негативные установки семьи по отношению к окружающим); 7) семейный перфекционизм (тестирует семейные установки, связанные с ценностью достижений и совершенства); 8) сверхвключенность (стремление родителей быть максимально включенными в жизнь детей) α -Кронбаха -0,7. Родителям предполагалась модификация теста для оценки их отношения с детьми.

4. Методика диагностики отношения родителей к болезни ребенка [Каган, Журавлева, 1991]. Измеряет восприятие родителем болезни ребенка, оценку ими тяжести и источника возникновения заболевания, особенности поведения родителей. Опросник включает 40 утверждений, образующих четыре шкалы: 1) интернальность (при высоких показателях — болезнь воспринимается как следствие внешних причин, на которые невозможно повлиять, при низких — родители видят себя ответственными за болезнь ребенка); 2) тревога (высокие показатели свидетельствуют о наличии высокой тревоги у родителей, крайне низкие —

о работе защитных механизмов отрицания и вытеснения); 3) нозогнозия (высокие баллы говорят о преувеличении родителями тяжести заболевания, низкие — о явлениях анозогнозии, игнорировании последствий болезни); 4) контроль активности (тенденция родителей к максимальному ограничению активности ребенка или, при низких показателях, недостаточное внимание к болезни ребенка и недостаточное понимание даже необходимых ограничений) α -Кронбаха -0,5.

Результаты и их обсуждение

В табл. 1 представлены результаты сравнительного исследования симптомов эмоциональной дезадаптации у родителей подростков и молодежи на восстановительном и позднем этапах реабилитации после травмы спинного мозга.

Таблица 1

Показатели эмоциональной дезадаптации у родителей подростков и молодежи на разных этапах переживания травмы спинного мозга

Группы	До 3-х лет, № = 18 <i>M(SD)</i>	Более 3-х лет, № = 18 <i>M(SD)</i>	Критерий Манна-Уитни, Уровень значимости <i>p</i>
Показатели			
Симптомы депрессии	15,25 (3,9)	6 (4,2)	0,001**
Симптомы тревоги	14,75 (2,8)	13,5 (3,6)	0,35

M — среднее.

SD — стандартное отклонение.

* при уровне значимости $p < 0,05$.

** при уровне значимости $p \leq 0,01$.

*** при уровне значимости $p \leq 0,001$.

Выявлены статистически значимые различия показателей депрессии у родителей пациентов, находящихся на восстановительном и позднем этапах. В группе родителей пациентов со сроком травмы более 3-х лет отмечаются более низкие показатели депрессии и тревоги, чем в группе родителей пациентов со давностью травмы менее 3-х лет. Согласно нормам, средние показатели симптоматики обследуемых групп соответствуют легкой (на границе с умеренной) депрессии на восстановительном этапе и отсутствию депрессии на позднем этапе. Средние показатели тревоги не имеют статистических различий и соответствуют среднему уровню тревоги на обоих этапах.

В табл. 2 представлены результаты сравнительного исследования отношения родителей к болезни ребенка, находящегося на различных этапах восстановительного лечения.

Таблица 2

Отношение к болезни ребенка у родителей подростков и молодых людей, находящихся на различных этапах реабилитации

Показатели \ Группы	До 3-х лет, № = 18 <i>M(SD)</i>	Более 3-х лет, № = 18 <i>M(SD)</i>	Критерий Манна-Уитни, Уровень значимости <i>p</i>
Интернальность	9,25(3,6)	- 4 (4,8)	0,002**
Тревога 3 (3,9)	-1,9(2,23)	0,22	
Нозогнозия	-7(7,4)	-12,54 (2,8)	0,13
Контроль активности	-7,36 (4,6)	-15,5 (3,3)	0,12
Общая напряженность	1,16 (6,2)	-5, 8 (7,3)	0,015*

M — среднее.

SD — стандартное отклонение.

* при уровне значимости $p < 0,05$.

** при уровне значимости $p \leq 0,01$.

*** при уровне значимости $p \leq 0,001$.

Статистически значимыми являются различия в группах испытуемых по шкале интернальности и по суммарному показателю «общая напряженность». Так, на более поздних этапах реабилитации отмечается тенденция к снижению общей напряженности (среднее значение < -1): отношение к болезни становится более нейтральным, меньше чувство собственной вины и ответственности, болезнь воспринимается как более контролируемая.

Е.В. Горшевой и Е.А. Полоухиной [Прошева, 2009; Полоухина, 2009] были получены данные об отношении родителей к болезни ребенка в группах детей с психическими расстройствами и в группе условно здоровых детей. При анализе высокие показатели соответствовали величинам большим 1 балла, а низкие — меньшим 1 балла.

В нашей выборке по критерию интернальности средние показатели в первой группе равны 2,35, во второй — -1,36. Общая напряженность в первой группе составляет 4,03, во второй — -3,86. Таким образом, родители пациентов, находящихся на восстановительном этапе реабилитации, более склонны расценивать состояние ребенка как нечто не поддающееся контролю, чем родители детей с психическими заболеваниями и условно здоровых детей. Это может быть связано с внезапностью получения спинальной травмы — события, которое меняет все жизненные перспективы как самого пострадавшего, так и семьи. Это событие может быть отнесено к категории травматического стресса и вызывать реакции, которые соответствуют посттравматическому стрессовому расстройству. Снижение показателя общей напряженности на более позд-

них этапах реабилитации и рост представлений о болезни, как о чем-то контролируемом по сравнению с семьями детей с психическими расстройствами и условно здоровых детей можно рассматривать как следствия действия совладающих стратегий, выработка которых занимает достаточно много времени.

В табл. 3 представлены результаты сравнительного исследования стилей эмоциональной коммуникации в обследованных группах родителей.

Таблица 3

Показатели стилей эмоциональной коммуникации у родителей подростков и молодежи на разных этапах переживания травмы спинного мозга

Показатели	Группы От года до 3-х лет, № = 18 <i>M(SD)</i>	Более 3-х лет, № = 21 <i>M(SD)</i>	Критерий Манна-Уитни, Уровень значимости <i>p</i>
Критика	8,25(1,12)	8,75 (3,67)	0,755
Индуктирование тревоги	13,75 (3,52)	15,25 (2,11)	0,031*
Элиминирование эмоций	8,5 (2,96)	9,04 (3,18)	0,347
Внешнее благополучие	6,25(1,85)	7,5 (1,89)	0,001***
Фиксация на негативных переживаниях	6,14 (1,52)	5,5 (2,12)	0,35
Индуктирование недоверия к людям	2,75 (2,44)	3,5(1,54)	0,293
Семейный перфекционизм	5,5(0,51)	4,5(1,34)	0,192
Сверхвключенность	7,25 (1,98)	7,75 (1,12)	0,76
Общий показатель семейных дисфункций	58,75(8,7)	59,75 (9,8)	0,54

M — среднее.

SD — стандартное отклонение.

* при уровне значимости $p < 0,05$.

** при уровне значимости $p \leq 0,01$.

*** при уровне значимости $p \leq 0,001$.

На позднем этапе реабилитации более выражены такие дисфункциональные коммуникации, как индуктирование тревоги и внешнее благополучие. Средние величины по этим параметрам семейной коммуникации указывают на негативную тенденцию: родители чаще выражают обеспокоенность по поводу возможных трудностей ребенка, с одной стороны, и стараются скрывать эти трудности от окружающих, лакировать проблемы — с другой.

Согласно результатам исследования семей депрессивных и тревожных пациентов, проведенного А.Б. Холмогоровой, Н.Г. Гаранян,

С.В. Воликовой, Г.А. Петровой, Т.Ю. Юдеевой [Холмогорова, 2011], средний суммарный показатель семейных дисфункций в экспериментальных группах существенно ниже, чем в нашей выборке: 49,9 (в группе пациентов с депрессивным расстройством) и 47,7 (в группе пациентов с тревожным расстройством). В контрольной группе здоровых пациентов этот показатель равен 40,3. Таким образом, в семьях подростков и молодых людей, независимо от давности травмы, сохраняется более высокий уровень семейных дисфункций, чем в семьях больных тревожными и депрессивными расстройствами.

В табл. 4 представлены результаты корреляционного анализа стилей эмоциональной коммуникации в семье и симптомов эмоциональной дезадаптации, выполненного на всей родительской выборке, независимо от давности травмы.

Таблица 4

Результаты корреляционного анализа семейных коммуникативных дисфункций и эмоциональной дезадаптации родителей подростков и молодых людей, перенесших тяжелую физическую травму (критерий Спирмена (r), $N_0 = 36$)

Показатели	Депрессия	Тревога
Критика	,047	,450**
Индукция тревоги	-,391*	-,417**
Элиминирование эмоций	,201	-,079
Внешнее благополучие	-,589*	,140
Фиксация на негативных переживаниях	,237	-,031
Индукция недоверия к людям	,220	,387*
Семейный перфекционизм	,301	,052
Сверхвключенность	-,374*	,303
Общий показатель	,160	,148

M — среднее.

SD — стандартное отклонение.

* при уровне значимости $p < 0,05$.

** при уровне значимости $p \leq 0,01$.

*** при уровне значимости $p \leq 0,001$.

Согласно данным таблицы, рост выраженности симптомов тревоги у родителей связан с такими дисфункциональными коммуникациями, как критика и индукция недоверия к людям — здесь имеют место положительные значимые корреляции. То есть тревожные родители склонны критиковать детей, использовать негативные сравнения, ограничивать контакты вне семьи, формировать

недоверчивое отношение к окружающим. Особого обсуждения требуют отрицательные значимые связи депрессии со склонностью родителей маскировать проблемы, стремлением быть максимально включенными в дела ребенка, а также обратные корреляции депрессии и тревоги с показателем индуцирования тревоги. Шкала «индуцирование тревоги» отражает склонность родителей проявлять повышенное беспокойство за самоэффективность ребенка, его способность справиться с трудностями и активность родителей, направленную на предупреждение неуспехов детей. Видимо, полученные данные отражают характерную для родителей пациентов с травмой спинного мозга тенденцию скрывать, отрицать или недооценивать собственное эмоциональное неблагополучие, замещая его повышенным беспокойством и озабоченностью проблемами ребенка по принципу «со мной все в порядке, я справлюсь, помощь нужна не мне, а ребенку». Защитные стратегии формирования внешнего видимого благополучия и сверхвключенности в дела ребенка также затрудняют открытую коммуникацию с родителями по поводу их собственного состояния. Интересно, что показатели внешнего благополучия и индуцирования тревоги растут, а депрессия снижается на позднем этапе реабилитации (см. табл. 5), что подтверждает роль установки на внешнее благополучие и фиксации на проблемах ребенка в преодолении собственного эмоционального дискомфорта у родителей. Эти установки могут стать важным препятствием для принятия психологической помощи, установления необходимых отношений сотрудничества между психологом, родителями и другими специалистами.

В табл. 5 представлены результаты корреляционного анализа стилей эмоциональной коммуникации в семье и отношения к болезни ребенка у родителей подростков и молодых людей, получивших тяжелую физическую травму, которые также даются по всей выборке в целом, независимо от этапа реабилитации.

Получены многочисленные корреляции между коммуникативными дисфункциями и различными аспектами отношения к болезни у родителей. Согласно данным таблицы высокий уровень критики в семье связан со склонностью родителей к повышенному контролю и установлению на время болезни максимальных ограничений активности ребенка. Преувеличение тяжести заболевания в области семейных взаимодействий связано с высокими требованиями и стандартами в семье и склонностью родителей быть максимально включенными в дела ребенка. С этим показателем существует значимая связь тревоги родителей за здоровье ребенка.

Таблица 5

Результаты корреляционного анализа дисфункций семейных коммуникаций и отношения к болезни ребенка у родителей подростков и молодых людей, перенесших тяжелую физическую травму (критерий Спирмена (r), № = 36)

Показатели	Интернальность	Тревога	Нозогнозия активности	Контроль
Критика	,102	,142	,076	,383*
Индукция тревоги	-,536**	-0,47	-633**	-,210
Элиминирование эмоций	-,199	-,465**	-506**	-,280
Внешнее благополучие	-,504*	-,308	-,314	-,222
Фиксация на негативных переживаниях	,094	-,127	-,242	-,258
Индукция недоверия к людям	-,173	,171	,047	,090
Семейный перфекционизм	,321	,118	,441*	,438*
Сверхвключенность	,284	,408*	,356*	,153
Общий показатель	-,188	-,331	-,364*	,226

* при уровне значимости $p < 0,05$.

** при уровне значимости $p \leq 0,01$.

*** при уровне значимости $p \leq 0,001$.

Стремление семьи лакировать и скрывать от окружающих проблемы коррелирует с представлением родителей о значительной роли их решений и действий в болезни ребенка. Запрет на выражение негативных чувств отрицательно коррелирует с показателем тревоги и нозогнозии, что может объясняться действием защитных механизмов отрицания или стратегий когнитивного избегания. Интересной является положительная значимая связь между показателем семейного перфекционизма и контролем активности. То есть родители склонны к трансляции амбивалентных сообщений: с одной стороны, они предъявляют высокие требования и стандарты достижений, с другой стороны, стремятся к максимальному ограничению самостоятельной активности ребенка.

Отдельного обсуждения требуют отрицательные значимые связи между показателями индукции тревоги и интернальностью и нозогнозией. Шкала «индукция тревоги» отражает склонность родителей опасаться возможных неудач ребенка, неуверенность в его самоэффективности и способности справиться с трудностями, тенденцию брать на себя ответственность за неуспехи ребенка, стремление предвосхитить и предупредить их. Шкала нозогнозии отражает не только недооценку тяжести заболевания, но и склонность родителей доверять или не доверять

оценке состояния ребенка врачом и окружающими (включает такие высказывания, как: «здоровье моего ребенка хуже, чем говорят врачи», «болезнь моего ребенка серьезнее, чем может показаться со стороны» и пр.). Таким образом, недоверие врачу соответствует преувеличению тяжести заболевания, представлению, что трудности пациента связаны с чем-то, что еще не обнаружено, снижение показателя означает тенденцию доверять полученным обследованиям и заключениям. Это, учитывая специфику ТБСМ (значительное ограничение физической активности, самообслуживания, общения и пр.), может повышать тревогу родителей за способность ребенка справиться с этими последствиями.

Склонность родителей к критичным замечаниям в отношении подростков и молодых людей, запрет на выражение негативных чувств, повышенная включенность в дела ребенка, установка на внешнее благополучие, закрытость внешних границ могут затруднять социальную адаптацию пациента со спинальной травмой, приводить к разрушению, оскудению существующих социальных контактов и неспособности заводить новые знакомства, расширять социальную сеть.

В табл. 6 представлены результаты корреляционного анализа показателей эмоциональной дезадаптации и отношения к болезни ребенка у родителей подростков и молодежи, перенесших тяжелую физическую травму.

Таблица 6

Корреляция показателей эмоциональной дезадаптации и отношения к болезни ребенка у родителей подростков и молодежи, перенесших тяжелую физическую травму (критерий Спирмена (r), $N = 36$)

Показатели	Депрессия	Тревога
Интернальность	,310	,340
Тревога	,236	,420*
Нозогнозия	,193	,576**
Контроль активности	-,161	,358*
Общая напряженность	,113	,552**

M — среднее.

SD — стандартное отклонение.

* при уровне значимости $p < 0,05$.

** при уровне значимости $p \leq 0,01$.

*** при уровне значимости $p \leq 0,001$.

Обнаружены значимые корреляционные связи между ростом симптомов тревоги и тревогой родителей за болезнь ребенка, преувеличени-

ем тяжести заболевания, максимальным ограничением активности пострадавшего и общим показателем напряженности. Ни одной значимой корреляции с показателями депрессии не обнаружено.

Обсуждение результатов

В проведенном нами исследовании эмоциональной дезадаптации самих пациентов (подростков и молодых людей) на разных этапах заболевания была выявлена негативная динамика: возрастание показателей тревоги и депрессии на позднем этапе восстановления болезни (в печати). Анализ эмоционального неблагополучия в родительской выборке показывает обратную тенденцию: снижение депрессивного состояния у родителей на более позднем этапе реабилитации. Такая динамика может объясняться тем, что в практике реабилитационного восстановления первичные прогнозы и результаты обследований сообщаются прежде всего родителям. Это приводит к разрушению надежд на скорое и полное восстановление ребенка, возрастанию негативных переживаний за его здоровье, будущее, усилению депрессивных переживаний. Из практической работы замечено, что родители часто просят не сообщать прогноз детям, даже если те достигли совершеннолетия, опасаясь за их эмоциональное состояние. Таким образом, на восстановительном этапе (до 3-х лет) подростки и молодые люди и их родители оказываются в совершенно противоположных состояниях: в то время как пациенты, которым сообщается неполная информация о прогнозе, не осознают последствия, в том числе и психологические, физических ограничений, их родители сталкиваются с необходимостью принятия неотвратимых изменений, а также испытывают сильное напряжение, сохраняя тайну от ребенка.

В отличие от депрессии, показатели тревоги остаются умеренно выраженными независимо от давности травмы. Это отражает сохранение психоэмоционального напряжения у родителей на различных этапах реабилитации. Цели преодоления состояния беспомощности служит сверхактивность родителей в отношении ребенка (максимальная включенность его в дела, стремление предупредить и предвосхитить его возможные неудачи), а также тенденция скрывать от окружающих существующие трудности и проблемы. Об этом свидетельствует снижение депрессии на более позднем этапе реабилитации, проявление на этом этапе таких дисфункций коммуникации, как индуцирование тревоги и внешнее благополучие, отрицательные корреляционные связи депрессии и индуцирования тревоги, внешнего благополучия и сверхвключенности. Полученные данные, а также положительная корреляция тревоги и показателя индуцирования недоверия к людям, соответствуют представлению о гиперстеническом типе реагирования родителей на

болезнь ребенка, при котором родители вытесняют негативные переживания и стремятся быть максимально включенными в жизнь больного ребенка, сохраняя закрытые семейные границы, формируя настороженное отношения к окружающим, часто лакируя и маскируя существующие проблемы. Такие родители не воспринимают себя как нуждающихся в помощи, не видят своей роли в дезадаптации ребенка, отрицают собственное неблагополучие, смещают его на ребенка, часто не понимают необходимости личной работы с психологом. Так, за время существования школы спинальной травмы для родителей в центре «Преодоление» родители крайне редко обращались к специалистам психологической службы в связи с собственными эмоциональными проблемами и в большинстве случаев ограничивались единичными консультациями, их чаще направляли врачи или вызывал на беседу специалист-психолог. На таких встречах, родители избегают разговора о своем психоэмоциональном состоянии, редко склонны к сотрудничеству. Видимо, это связано с работой защитных механизмов, болезненным столкновением с собственными негативными чувствами, трудностями их принятия, что является важным условием их переработки и преодоления. Так, по словам одной из родительниц, после разговора с психологами у нее портится настроение. К сожалению, и врачи далеко не всегда понимают необходимость работы с тяжелыми чувствами родителей.

Тесно связан с коммуникативными дисфункциями уровень тревоги. Так, исследование показало: возрастание тревоги связано с увеличением критических замечаний в адрес ребенка. Как показывает практика, родители пациентов часто склонны критиковать их за недостаточные усилия в отношении занятий, объяснять этим медленное восстановление, сравнивать с более успешными случаями. Тревога оказывает влияние также и на восприятие болезни родителем. Рост тревоги связан с увеличением контроля и ограничений поведения пациента, гипернозогнозией, т.е. преувеличением тяжести заболевания. Родители под влиянием тревоги, депрессивных переживаний могут неосознанно прибегать к неадекватным поведенческим и коммуникативным стратегиям (чрезмерное ограничение самостоятельности пациента, гиперопека, критика, предъявление завышенных требований, при запрете на выражение негативных чувств и др.), следствием которых может быть рост ощущения беспомощности у пациента. Избегая состояния собственно бессилия и беспомощности, родители неосознанно способствуют его формированию у детей. Таким образом, важной мишенью психологической работы с родителями являются семейные коммуникации и коммуникативные дисфункции, в которых отражаются неконструктивные стратегии совладания со стрессом.

Полученные данные свидетельствуют о наличии трех главных мишеней работы с родителями подростков и молодых людей, получивших травму спинного мозга.

1. Преодоление сопротивления родителей по отношению к психологической работе, осознание ими влияния их эмоционального состояния на состояние ребенка, снижение отрицания и избегания и привлечение родителей к сотрудничеству в решении их собственных эмоциональных проблем.

2. Важной мишенью являются коммуникативные дисфункции в семьях, которые способствуют ухудшению психоэмоционального состояния пациентов.

3. Полученные данные также ставят вопрос о согласованности междисциплинарной работы врачей и психолога. Сообщение информации родителям часто происходит без учета их психологических особенностей и эмоционального состояния пациентов. Информирование протекает стихийно, часто несогласованно, его источниками являются разные участники реабилитационного процесса (врач-невролог, врач ЛФК, инструктора, средний медицинский персонал) и даже другие пациенты. Это способно снижать эффективность лечения, доверие к врачам, повышать уровень тревоги родителей.

Необходимость работы с этими мишенями хорошо видна при анализе следующего случая (все данные изменены таким образом, чтобы личность пациента была неузнаваема):

Пациент, 18 лет, давность травмы менее 3 лет, поступил на реабилитацию сразу после лечения в больнице. Чувствует себя ответственным за состояние матери и младшего брата, оберегает их, старается защитить от негативных эмоций, считая, что им и так слишком тяжело, а «мама сильно расстраивается, если что-то нехорошее происходит». Мать пациента не пришла на консультацию с психологом, отказалась заполнять предложенные опросники, так как «там слишком тяжелые вопросы (про опросник депрессии Бека)». Поначалу пациент отмечал положительную динамику реабилитации, сохранял намерение «обязательно встать на ноги, чтобы помогать маме». В ходе реабилитации врачами было сделано заключение о негативном прогнозе реабилитации, о чем было сообщено матери. Она запретила врачу сообщать диагноз пациенту, опасаясь за его эмоциональное состояние. В дальнейшем, психоэмоциональное состояние пациента значительно ухудшилось (нарушения сна, снижение тонуса, снижение настроения), но от помощи он старательно отказывался, мотивируя это тем, что у него все хорошо, он продолжает успешно реабилитироваться. Отрицание проблем и потребность поддерживать внешнее благополучие передавались от матери к ребенку и способствовали негативной динамике эмоционального состояния.

Таким образом, недостаточное внимание к психологическим особенностям матери при сообщении диагноза, отрицание матерью влияния ее психоэмоционального состояния на ребенка, избегание контакта с психологом, дисфункциональные семейные коммуникативные стратегии (индуцирование тревоги, внешнее благополучие) привели к росту эмоционального напряжения и ухудшению состояния пациента и снижению потенциальных возможностей сотрудничества с психологом.

Выводы

1. Для группы родителей подростков и молодых людей, находящихся на восстановительном этапе, характерны более выраженные симптомы депрессии, чем для родителей пациентов, находящихся на позднем этапе. Тревога сохраняется умеренно выраженной независимо от давности травмы.

2. Родители склонны отрицать состояние собственного эмоционального неблагополучия, смещая его на ребенка. Чтобы справиться с собственным состоянием беспомощности и тревоги, родители прибегают к поведению, ограничивающему собственную активность пациента, стараются быть максимально включенными в его дела, склонны к критике и сравнению с более успешными случаями, не доверяют окружающим, маскируют трудности и проблемы, создавая впечатление благополучия.

3. Независимо от этапа реабилитации, тяжелое психоэмоциональное состояние родителей подростков и молодых людей связано с коммуникативными дисфункциями. Родители, испытывающие тревожные состояния, склонны критиковать ребенка, способствовать формированию более закрытых семейных границ, т. е. избегать общения с окружающими, сужать контакты с родными и друзьями. Критика и повышенная включенность в жизнь пациента, ограничивающая его самостоятельность способствует ухудшению состояния подростков и молодых людей, перенесших тяжелую физическую травму, а также могут препятствовать поддержанию старых и созданию новых социальных связей и контактов, обеспечивающих важную систему социальной поддержки.

3. Важным фактором, предупреждающим утяжеление психоэмоционального состояния родителей и самих пациентов, является согласованная работа междисциплинарной бригады врачей и психологов с семьей, которая должна начинаться на ранних стадиях реабилитации. Родители часто не воспринимаются как находящиеся под влиянием тяжелого стресса. Несмотря на мобилизацию, для них характерно реагирование утяжелением симптомов депрессии и тревоги, выраженными дисфункциями коммуникации в семье, которые могут негативно влиять на состояние самого пациента.

ЛИТЕРАТУРА

- Акатов Л.И.* Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы. М.: Гуманит. Изд. ВЛАДОС, 2003. 368 с.
- Булобаш И.Д., Морозов И.Н., Приходько М.С.* Психологическая реабилитация пациентов с последствиями спинальной травмы, Самара: Издательский Дом «Бахрах-М», 2011. 272 с.
- Галасюк И.Н.* Проблема психической травматизации членов семьи инвалида // Вестник московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки, 2011. № 1. С. 54—60.
- Грошева Е.В.* Отношение родителей к психическому расстройству ребенка: Дисс. ... соиск.канд. психол. наук. СПб., 2009. 235 с.
- Дэвис Х.* Как помочь семье, в которой серьезно болен ребенок: взгляд психолога. М.: Этерна, 2011. 220 с.
- Каган В.Е., Журавлева И.П.* Методика диагностики отношения родителей к болезни ребенка // Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии. Методическое пособие. Под ред. Д.Н. Исаев, В.Е. Каган, СПб., 1991. 80 с.
- Кислица Г.К.* Некоторые особенности психологической работы с пациентами, имеющими спинальную травму // Материалы международной научно-практической конференции. Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья. М.: 2011. 713 с.
- Левченко И.Ю., Ткачева В.В.* Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: Методическое пособие. М.: 2008. 240 с.
- Залобина А.Н.* Особенности межличностных отношений в семьях с ребенком с ограниченными возможностями // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. СПб., 2009. т. 11. № 11. С. 128—131.
- Полоухина Е.А.* Влияние наличия ребенка-инвалида в семье на характер брачно-семейных отношений: Дисс. ...соиск. канд. психол. наук. СПб, 2009. 167 с.
- Хитева А.А.* Защитные механизмы личности и особенности родительского отношения к детям с двигательными нарушениями различного генеза // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена, 2007. т. 22. № 53. С. 419—424.
- Холмогорова А.Б.* Теоретические и эмпирические основания интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра. Автореф. дисс. ... докт. псих. наук. М.: 2006
- Холмогорова А.Б., Воликова С.В.* Эмоциональные коммуникации в семьях больных соматоформными расстройствами // Социальная и клиническая психиатрия, 2000. 4. С. 5—9.
- Холмогорова А.Б.* Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра. М. 2011. 480 с.
- DeSanto-Madeya S.* Adaptation to spinal cord injury for families post-injury. Nurs Sci Q., 2009. Jan. № 22 (1). P. 57—66.
- Eiser Ch.* Chronic childhood disease: An introduction to psychological theory and research. N.Y., 1990. 177 p.

- Kassam-Adams N.* Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in parents of injured children // *Trauma Stress*, 2009. Vol. 22(4). P. 294—302.
- Lapham-Randlov N.* How the family copes with spinal cord injury: a personal perspective. *Rehabil Nurs*, 1994. Vol. 19. P. 80.
- Pielmaier L., Walder B., Rebetz M.M., Maercker A.* 2011. Post-traumatic stress symptoms in relatives in the first weeks after severe traumatic brain injury // *Brain Injury*, 2011. № 25. P. 259—265.
- Sisto S.A.* Spinal Cord Injuries Management and Rehabilitation, St. Louis, Missouri: Mosby elsevier, 2009. 583 p.
- Weller D.J., Miller P.M.* Emotional reactions of patient, family, and staff in acute-care period of spinal cord injury: part 1.2 *Soc Work Health Care*, 1977. № 2(4). P. 369—77.

PSYCHOEMOTIONAL STATUS OF PARENTS OF TEENAGERS AND YOUNG PEOPLE REHABILITATED AFTER SPINAL CORD INJURY

A.YU. SUROEGINA, A.B. KHOLMOGOROVA

A spinal cord injury in adolescence and young age has a significant impact on the psychoemotional status of all family of the victim, and especially on his parents, because they have to adapt to the heavy disease of the child. Besides, they have to help him in solving the same problem. The group of 39 parents of teenagers and young people was divided into two smaller groups. The criterion was the time of injury. It was shown that the adaptation to trauma is connected with various strategies, including those expressed in communicative dysfunctions in communication with the child. A moderate level of anxiety is marked both in recovery and later stages of rehabilitation. However, the reduction of depression symptoms in the second stage was closely connected with the attempts to conceal problems and the child's fears about future difficulties that cannot be regarded as constructive coping. The symptoms of parents' emotional disadaptation are closely connected with various communication disorders, reflecting the non-constructive coping strategies: the higher the parents' anxiety, the higher parents' criticism to the child; the reduction of parents' depression is connected with their fixation on the external well-being and on the excessive involvement in child's problems. The importance of the work with parents and interdisciplinary cooperation of the physician and the psychologist in informing the family and the patient about the prognosis of the disease and in the rehabilitation process is clearly shown.

Keywords: injury of a spinal cord, psychological rehabilitation, psychosocial aftertreatment, family dysfunctions, emotional disadaptation, depression and anxiety symptoms, the interdisciplinary cooperation.

- Akatov L.I.* Sotsial'naya rehabilitatsiya detej s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya. *Psikhologicheskie osnovy*. M.: Gumanit. Izd. VLADOS, 2003. 368 c.
- Bulyubash I.D., Morozov I.N., Prikhod'ko M.S.* *Psikhologicheskaya rehabilitatsiya patientsov s posledstviyami spinal'noj travmy*, Samara: Izdatel'skij Dom "Bakhrakh-M", 2011. 272 c.

- Galasyuk I.N.* Problema psikhicheskoy travmatizatsii chlenov sem'i invalida // Vestnik moskovskogo gosudarstvennogo oblastnogo universiteta. Seriya: Psikhologicheskie nauki, 2011. № 1. С. 54—60.
- Grosheva E.V.* Otnoshenie roditel'ev k psikhicheskomu rasstrojstvu rebenka: Diss. ... soisk.kand. psikhol. nauk. SPb., 2009. 235 с.
- Dehvis Kh.* Kak pomoch' sem'e, v kotoroj ser'ezno bolen rebenok: vzglyad psikhologa. M.: Ehterna, 2011. 220 с.
- Kagan V.E., Zhuravleva I.P.* Metodika diagnostiki otnosheniya roditel'ev k bolezni rebenka // Psikhodiagnosticheskie metody v pediatrii i detskoj psikhonevrologii. Metodicheskoe posobie. Pod red. D.N. Isaev, V.E. Kagan, SPb., 1991. 80 с.
- Kislitsa G.K.* Nekotorye osobennosti psikhologicheskoy raboty s patsientami, imeyushimi spinal'nyu travmu // Materialy mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferentsii. Aktual'nye problemy psikhologicheskoy reabilitatsii lits s ogranichenymi vozmozhnostyami zdorov'ya. M.: 2011. 713 s.
- Levchenko I.Yu., Tkacheva V.V.* Psikhologicheskaya pomoshh' sem'e, vospityvayushhej rebenka s otkloneniyami v razviti: Metodicheskoe posobie. M.: 2008. 240 с.
- Zalobina A.N.* Osobennosti mezhlichnostnykh otnoshenij v sem'yakh s rebenkom s ogranichenymi vozmozhnostyami // Uchenye zapisi Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo instituta psikhologii i sotsial'noj raboty. SPb., 2009. t. 11. № 11. S. 128—131.
- Poloukhina E.A.* Vliyanie nalichiya rebenka-invalida v sem'e na kharakter brachno- семеjnykh otnoshenij: Diss. ...soisk. kand. psikhol. nauk. SPb, 2009. 167 s.
- Khiteva A.A.* Zashhitnye mekhanizmy lichnosti i osobennosti roditel'skogo otnosheniya k detyam s dvigatel'nymi narusheniyami razlichnogo geneza // Izvestiya Rossijskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. A.I. Gertsena, 2007. t. 22. № 53. С. 419—424.
- Kholmogorova A.B.* Teoreticheskie i ehmpiricheskie osnovaniya integrativnoj psikhoterapii rasstrojstv affektivnogo spektra. Avtoref. diss. ... dokt. psikh. nauk. M.: 2006.
- Kholmogorova A.B., Volikova S.V.* Ehmotsional'nye kommunikatsii v sem'yakh bol'nykh somatoformnymi rasstrojstvami // Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya, 2000. 4. С. 5—9.
- Kholmogorova A.B.* Integrativnaya psikhoterapiya rasstrojstv affektivnogo spektra. M. 2011. 480 s.
- DeSanto-Madeya S.* Adaptation to spinal cord injury for families post-injury. Nurs Sci Q., 2009. Jan. № 22 (1). P. 57—66.
- Eiser Ch.* Chronic childhood disease: An introduction to psychological theory and research. N.Y., 1990. 177 p.
- Kassam-Adams N.* Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in parents of injured children // Trauma Stress, 2009. Vol. 22(4). P. 294—302.
- Lapham-Randlov N.* How the family copes with spinal cord injury: a personal perspective. Rehabil Nurs, 1994. Vol. 19. P. 80.
- Pielmaier L., Walder B., Rebetz M.M., Maercker A.* 2011. Post-traumatic stress symptoms in relatives in the first weeks after severe traumatic brain injury // Brain Injury, 2011. № 25. P. 259—265.
- Sisto S.A.* Spinal Cord Injuries Management and Rehabilitation, St. Louis, Missouri: Mosby elsevier, 2009. 583 p.
- Weller D.J., Miller P.M.* Emotional reactions of patient, family, and staff in acute-care period of spinal cord injury: part 1.2 Soc Work Health Care, 1977. № 2(4). P. 369—77.