

Семья ребенка с умственной отсталостью: социально-психологические особенности и возможности психолого-педагогической помощи

И. К. Шац

*Ленинградский государственный университет имени А.С. Пушкина,
Санкт-Петербург, Российская Федерация*

Введение. Общее психическое недоразвитие (син.: умственная отсталость) является тяжелой неизлечимой формой психической патологии в детском и подростковом возрасте. При этой патологии недоразвиты все психические функции, и дети нуждаются в специальном уходе и обучении. В связи с этим семья такого ребенка должна получать и адекватную информацию об особенностях этой патологии от специалистов и приобрести навыки по развитию и обучению их особого ребенка; нуждается в комплексной психологической и педагогической помощи.

Материалы и методы. Исходя из цели исследования, нами проведен анализ семейной ситуации в 427 семьях детей с умственной отсталостью. На диагностическом этапе применялся метод психологического интервью и использовались психологические методики: авторские анкета для родителей, «незаконченные предложения» и методика диагностики отношения к болезни ребёнка.

Результаты. После постановки диагноза умственной отсталости радикально меняется жизнь семьи с таким ребенком. Родители переживают горе, в последующем в различные периоды жизни ребенка развивается семейный кризис. В семье меняются и уклад, и социальные роли, часто возникают конфликты между родителями, а также наблюдаются непоследовательность и серьезные отклонения в воспитании. Испытывая сильные отрицательные эмоции, семьи умственно отсталых прибегают к социальной самоизоляции, лишая таким образом себя внешней поддержки. Во многих семьях здоровые дети привлекаются к уходу и обучению их особых сибсов.

Обсуждение и выводы. Семья умственно отсталого ребенка сталкивается с социальными, психологическими и педагогическими проблемами. С семьями таких детей должны работать разные специалисты, включая детского психиатра, психолога (психотерапевта), педагогов-дефектологов и социальных работников.

Переживание семейных кризисов, в рамках которых родители умственно отсталых детей испытывают сильные негативные эмоции, вызывает необходимость психологической помощи в виде семейного консультирования и семейной терапии. При оказании помощи все специалисты должны знать социально-психологические особенности, проблемы и особые нужды семей детей с умственной отсталостью.

Ключевые слова: общее психическое недоразвитие, семейные кризисы, психологическое консультирование, семейная психотерапия.

Для цитирования: Шац И. К. Семья ребенка с умственной отсталостью: социально-психологические особенности и возможности психолого-педагогической помощи // Вестник Ленинградского государственного университета имени А.С. Пушкина. – 2024. – № 2. – С. 93–106. DOI: 10.35231/18186653_2024_2_93. EDN: OOCBMN

The Family of a Child With Mental Retardation: Socio-Psychological Characteristics and Possibilities of Psychological and Pedagogical Assistance

Igor' K. Shats

*Pushkin Leningrad State University,
Saint Petersburg, Russian Federation*

Introduction. General mental retardation (syn.: mental retardation) is a severe incurable form of mental pathology in childhood and adolescence. In this pathology, all mental functions are underdeveloped and children need special care and education. In this connection, the family of such a child needs complete and adequate information about the peculiarities of this pathology, needs to receive from specialists skills for the development and education of their special child, and needs comprehensive psychological and pedagogical assistance.

Materials and methods. Based on the purpose of the study, we analysed the family situation in 427 families of children with mental retardation. At the diagnostic stage, we used the method of psychological interview and psychological methods: author's questionnaire for parents, 'unfinished sentences' and the method of diagnostics of attitude to the child's illness.

Results. After the diagnosis of mental retardation, the life of a family with such a child changes radically. Parents experience grief, and subsequently a family crisis develops at different periods of the child's life. The family's way of life and social roles change. Difficulties and conflicts between parents often arise in the family. In these families, there is often inconsistency and serious deviations in upbringing. Experiencing strong negative emotions, families of the mentally retarded resort to social isolation, thus depriving themselves of external support. In many families, healthy children are involved in the care and education of their special sibs.

Discussion and conclusions. The family of a mentally retarded child faces social, psychological and pedagogical problems. Different professionals, including child psychiatrists, psychologists (psychotherapists), educational defectologists and social workers should work with the families of such children.

Experiencing family crises in which parents of mentally retarded children experience strong negative emotions necessitates psychological help in the form of family counselling and family therapy. In providing assistance, all professionals should be aware of the social and psychological characteristics, problems and special needs of families of children with mental retardation.

Key words: general mental underdevelopment, family crises, psychological counselling, family psychotherapy.

For citation: Shats, I. K. (2024) Sem`ya rebenka s umstvennoj otstalost`yu: social`no-psixologicheskie osobennosti i vozmozhnosti psixologo-pedagogicheskoy pomoshhi [The Family of a Child With Mental Retardation: Socio-Psychological Characteristics and Possibilities of Psychological and Pedagogical Assistance]. *Vestnik Leningradskogo gosudarstvennogo universiteta imeni A. S. Pushkina – Pushkin Leningrad State University Journal*. No. 2. Pp. 93–106. (In Russian). DOI: 10.35231/18186653_2024_2_93. EDN: OOCBMN

Введение

Общее психическое недоразвитие (синонимы: умственная отсталость, олигофрения) является одной из главных и важных проблем в детской психиатрии, специальной психологии и дефектологии. Умственная отсталость – это группа различных по этиологии, патогенезу и клиническим проявлениям врожденных или рано приобретенных (до 3 лет) непрогредиентных патологических состояний, в основе которых лежит общее недоразвитие психики с преобладанием интеллектуальной недостаточности [9]. Таким образом, в практическом плане основными характеристиками умственной отсталости являются: 1) недоразвитие всех психических функций, в первую очередь интеллектуальных (мышления, памяти, внимания и работоспособности), абстрактно-логическое мышление полностью отсутствует; 2) состояние общего недоразвития является стабильным, нет динамики как положительной, так и отрицательной. Наблюдается только возрастная динамика. Дети, существенно отставая в психическом развитии от здоровых сверстников, все же приобретают определенные навыки и умения, но они никогда не достигают нормы. Умственная отсталость – состояние неоднородное. Выделяют разные степени недоразвития: от крайне тяжелых (идиотия), до условно легких (дебильность), при которой дети посещают специальную коррекционную школу (примерно уровень начальной образовательной школы), где они еще и приобретают специальность. Дети с более тяжелыми степенями – инвалиды с детства, они не могут вести самостоятельную жизнь. Таким образом, умственная отсталость – серьезная психическая неизлечимая патология. Задача общества и семьи – приспособить этих детей к жизни. Реакция семьи на появление в ней умственно отсталого ребенка исходит из вышеперечисленных характеристик этого психического страдания. Спектр и тяжесть этих реакций имеет большой диапазон, поэтому необходимо сотрудничество разных специалистов. Первым этапом оказания всесторонней адекватной и эффективной помощи такой семье является анализ ее социально-психологических особенностей. Семья в целом и ее отдельные члены нуждаются в помощи, кроме того, без мотивированного участия семьи невозможна помощь особому ребенку. Целью данного исследования являлось из-

учение социально-психологических особенностей семьи умственно отсталого ребенка, описание модели и возможностей психолого-педагогической помощи такой семье.

Обзор литературы

Публикации на тему умственной отсталости детей и подростков в основном касаются причин, механизмов, клинических проявлений, форм обучения и коррекции данной патологии [4; 9; 15]. В последние десятилетия возрос интерес к изучению семьи умственно отсталого ребенка, хотя научных публикаций немного. Есть исследования, описывающие реакции и поведение родителей умственно отсталых детей, которые зависят от тяжести психического недоразвития, сопутствующих нарушений, прежде всего заметных внешне, ситуации, в которой родители узнают о диагнозе ребенка [5; 14].

Рождение любого ребенка существенно изменяет структуру семьи. В семьях детей с нарушениями в развитии, в частности с умственной отсталостью, дополнительно возникает большое количество проблем. Наличие в семье такого ребенка оказывает выраженное негативное воздействие как на личность каждого родителя, так и на супружескую пару в целом на протяжении многих лет или на всю жизнь [19]. Выявление умственной отсталости вызывает в семье сильный стресс и кризис, так как радикально меняется жизнь всей семьи, адаптация к этим изменениям требует новых форм поведения, серьезных усилий и времени [14]. Исследования доказали, что родители умственно отсталых детей эмоционально более подавлены, чем родители детей с нормальным развитием [20; 21]. Оказалось, что матери умственно отсталых детей более озабочены своими детьми, им гораздо труднее преодолеть гнев по отношению к детям, чем матерям детей с нормальным развитием, у отцов выявляются сниженное чувство лидерства, более низкие показатели самооценки и положительных эмоций от своих нездоровых детей [20].

Серьезной трудностью является то, что стресс и кризис в семье переживаются отцом и матерью по-разному. Отмечаются различия у мужчин и женщин в поведении и способах справляться со стрессовыми ситуациями. Женщинам присущи такие копинг-стратегии, как «поиск социальной поддержки», «бегство» и «положительная переоценка» [6]. Женщины чаще

высказываются о своих бедах, чем мужчины, чаще просят помощи, чаще обращаются к врачам, испытывают страхи, тревогу, демонстрируют невротические реакции. Мужчины, внешне мало проявляя свою встревоженность, скрывают невротические симптомы, при этом испытывают большой спектр негативных эффектов стресса, влияющих на их физическое здоровье [6]. Эмоциональные проблемы отцов часто внешне никак не проявляются, мужчины стараются контролировать свое эмоциональное состояние, скрывают смятение и горе, так как считают своим долгом на правах сильного поддерживать жену. Последствия такого поведения очень тяжелы и вредны. Невыраженные, а порой и неосознаваемые сильные отрицательные эмоции действуют разрушительно на физиологическом и психологическом уровне [8; 16]. Переживая семейный и личный кризис, отцы детей с умственной отсталостью воспринимают создавшуюся жизненную ситуацию как поражение, проигрыш, а себя воспринимают как не справившегося, не защитившего свою семью и ребенка. Очень тяжелым фактором для отца является невозможность «исправить» нарушения ребенка, и к переживаниям по поводу этой ситуации добавляется то, что он считает себя не вправе эти переживания выражать [14].

Отмечается существенная разница при переживании различных аспектов семейного кризиса, связанного с нарушениями у ребенка. Матери склонны к выраженным эмоциональным реакциям, их волнуют каждодневные проблемы лечения и ухода за ребенком, порой страх не справиться с задачами, боязнь, что не хватит сил. Отцов волнуют долгосрочные последствия болезни (нарушений) и перспективы социального статуса, образования и карьеры их детей. Особенно озадачены отцы будущим мальчиков (сыновей), имеющих умственную отсталость. Кроме того, отцы более болезненно реагируют на внешне заметные признаки нарушений и на отклонения в социально приемлемом поведении [14].

Таким образом, семьи детей с отставанием в умственном развитии нуждаются в помощи и поддержке. Многие специалисты считают, что психологическая помощь при тяжелых психических нарушениях у детей должна оказываться прежде всего именно семье [7; 13; 22]. Эта помощь и поддержка на разных этапах развития ребенка и жизненных циклах семьи

может быть различной. Матери, отцы, сиблинги умственно отсталых детей прежде всего нуждаются в эмоциональной поддержке и в информации о том, как обращаться с умственно отсталым членом семьи [3]. На протяжении смены жизненных циклов семьи восприятие родителями актуальных путей помощи изменяется. Необходимость в поддержке членов семьи, специальном образовательном или социальном учреждении, консультациях специалистов наиболее остро переживается родителями детей дошкольного возраста и молодых взрослых, а в школьном возрасте эти потребности снижаются [14]. Главное, что результатом терапевтического контакта и различных видов психологической помощи становится более полное и правильное понимание семьей, своей роли в адаптации ребенка, включения в коррекционный процесс и возможность нормального семейного функционирования [10 и др.].

Таким образом, семье ребенка с умственной отсталостью требуется пристальное внимание специалистов для дальнейшего изучения. Современных публикаций на эту тему немного, что и определило актуальность данной работы.

Материалы и методы

Исходя из цели исследования, нами проведен анализ семейной ситуации в 427 семьях детей с умственной отсталостью. На диагностическом этапе применялся метод психологического интервью и использовались психологические методики: авторские анкета для родителей [18], «незаконченные предложения» и методика диагностики отношения к болезни ребёнка (ДОБР)¹.

Результаты

Социально-психологические особенности семьи умственно отсталого ребенка. После выявления умственной отсталости у ребенка большинство родителей переживали состояние острого горя, картина которого была разнообразной: отмечались психосоматические симптомы, депрессивные эпизоды и изменение поведения [11]. Принятию особенностей ребенка мешала поддерживающая родителей надежда на то, что диагноз неверен и/или появится радикальный способ лечения для их ребенка.

¹ Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии: учебное пособие / под ред. Д. Н. Исаева и В. Е. Кагана. СПб.: ЛГПИ, 1991. 80 с.

Хотя реакции на болезнь ребенка во многом зависели от личностных особенностей родителей, их эмоционального состояния, уровня интеллектуального развития, культуры и образования, была выявлена структурная последовательность реагирования в виде обычно описываемых при горевании этапов шокового состояния, переживания и принятия. Первая реакция на диагноз носила характер отрицания проблемы, при этом большинство родителей ощущали необходимость решительных действий и активно консультировались у разных специалистов. Большинство из них видели, что их ребенок отличается от сверстников по развитию и поведению, но были не готовы принять диагноз умственной отсталости, который в культуре обычно связан с различными негативными, порой обидными мифами. Наши наблюдения показали, что родители нуждаются не столько в самом диагнозе, сколько в обретении определенности с представлением о том, как они могут участвовать в помощи и обучении их ребенка.

На определенных этапах развития умственно отсталого ребенка развивался психологический семейный кризис, часто его пусковым механизмом были поиск и определение ребенка в дошкольное образовательное учреждение. В начале школьного периода, когда выяснялось, что развитие ребенка не позволяет ему посещать обычную школу и ему требуется специальное образовательное учреждение, во многих семьях также развивался семейный кризис. Подростковый возраст – это период, когда дети учатся самостоятельности и независимости. Для многих семей умственно отсталых детей этот период был болезненным напоминанием о том, что их ребенку не суждено успешно пройти эту стадию жизненного цикла – он вынужден остаться зависимым от родителей еще много лет или до конца жизни (при тяжелых степенях умственной отсталости). Темы независимости и самостоятельности в этот период выходили на первый план и становились источником смятения и беспокойства для всей семьи. И наконец, после окончания школьного образования ребенка (при легкой степени умственной отсталости) был необходим поиск и адаптация их подростка к трудовой деятельности. Для семей этот выбор оказывался весьма ограниченным из-за немногочисленности профессиональных возможностей для умственно отсталых людей. В этот

нелегкий период будущее их ребенка было основным источником тревоги и беспокойства родителей.

После выявления умственной отсталости семейная ситуация существенно, а порой радикально менялась. Как правило, роли родителей четко разделялись: матери больше занимались ребенком, а отцы вынуждены были много работать, тем более, при появлении особого ребенка во многих семьях возникали финансовые трудности. Многие родители, боясь упреков после выявления умственной отсталости или в критические периоды развития ребенка, отдалялись и избегали тесного общения, обсуждения вопросов и задач, связанных с их особым ребенком. Чаще всего это была боязнь выяснений вопроса, кто больше виноват в случившемся: у кого хуже наследственность или кто из родителей неправильно вел себя в период беременности. Для многих супругов период эмоционального «охлаждения» и деструктивного восприятия другого супруга мог продолжаться многие месяцы, а иногда и годы.

В связи с тем, что в основном мать занималась уходом, воспитанием и развитием особого ребенка в семье, имела с ним очень тесные отношения, у отцов нередко развивались невротические или депрессивные состояния, так как они чувствовали себя изолированными и/или неспособными участвовать в жизни ребенка. Но в большинстве семей, в которых до появления особого ребёнка супруги не испытывали трудностей в отношениях или эти трудности возникали на фоне любви и взаимопонимания, происходила консолидация семьи, и родители объединялись в этой трудной жизненной ситуации.

Часть семей с умственно отсталым ребенком после выявления нарушений отдалялись от друзей, родственников, знакомых, которые порой не знали, как себя вести с такими семьями, невольно травмируя родителей особых детей. Боясь испытать неприятные переживания, семья прибегала к социальной самоизоляции, что усугубляло психологическое и психическое состояние всех членов семьи.

В семьях, которые вели обычную жизнь, поддерживали привычные социальные связи, сохранялась психологически комфортная обстановка, всем членам семьи было легче взаимодействовать и сохранять доверительные отношения внутри семьи.

Видя особенности поведения, развития и ограниченность возможностей своего ребенка, родители, испытывая растерянность и замешательство, использовали непоследовательные воспитательные подходы. Одни родители стремились всегда выполнять требования и желания ребенка. Отсутствие коррекции поведения ребёнка через некоторое время приводило к неуправляемому поведению ребенка, что вызывало новые затруднения. В других семьях применялись строгие, а порой жесткие воспитательные подходы, так как родители считали, что такой стиль воспитания поможет справиться с проблемами ребенка. Многие родители стремились обеспечить ребёнка чрезмерным количеством новых игрушек, бытовой техники, модной одежды и т. п. Такой подход был обусловлен неосознанным стремлением ослабить чувство вины перед ребенком и компенсировать свои ограниченные возможности по развитию и обучению их ребенка с особыми нуждами.

Семейная ситуация была особенно сложной, если в семье, помимо больного, были здоровые дети. Эмоциональные нарушения и отклонения в поведении здоровых братьев и сестер прежде всего зависели от степени вовлеченности здорового ребенка в систему помощи и ухода за умственно отсталым братом/сестрой, формы и настойчивости родителей в этом вопросе, а также от степени родительского внимания, уделяемого здоровому ребенку. Во многих семьях детей с умственной отсталостью, где фокус родительского внимания был смещен больше на умственно отсталого ребенка, здоровые дети переживали гнев, чувство вины, несправедливости, связанные с тем, что им уже в детском возрасте приходилось выполнять частично функции родителей, а другие дети живут относительно беззаботно и счастливо. Эти переживания были причиной личностных реакций и невротических расстройств. Здоровые дети и подростки в семье давали особенно выраженные эмоциональные реакции в ситуациях, когда необходимость помощи умственно отсталому брату/сестре препятствовала его взаимодействию со своими сверстниками и/или являлась источником неудобства и стыда.

Возможности психолого-педагогической помощи. Анализ особенностей семьи показал, что семья умственно отсталого ребенка имеет большое количество проблем и нуждается

в различных видах помощи. В оказании помощи должны участвовать различные специалисты: детский психиатр, специальный психолог, семейный психотерапевт, специальные педагоги и социальные работники.

Работа с семьей начиналась с подробного информирования родителей об особенностях развития их ребенка. Родители должны понимать суть умственной отсталости, форму и степень общего психического недоразвития у их ребенка. Это информация помогала семье осознанно планировать комплекс коррекционно-развивающих мероприятий и принимать адекватное решение при выборе образовательного коррекционного учреждения. При работе с семьей прежде всего подробно обсуждались направления, цели и методы занятий по коррекции и развитию ребенка в разные возрастные периоды.

При психотерапевтической помощи семье использовались семейное психологическое консультирование [12], методы и приемы коммуникативно-интеракционистской семейной психотерапии [1; 2; 17].

В периоды семейного кризиса у родителей наблюдался выраженный дистресс, сопровождавшийся переживанием отрицательных эмоций, таких как гнев, вина и стыд, направленных на себя, друг друга, на общественные институты, на врачей и педагогов. В этих случаях применялась кризисная психотерапия, которая позволяла семье справиться с деструктивными эмоциями и формами поведения и обрести душевное равновесие.

В процессе семейного психологического консультирования обсуждались вопросы консолидации родителей, распределения обязанностей членов семьи по уходу и обучению особого ребенка.

В рамках семейного консультирования обсуждались проблемы воспитания умственно отсталого ребенка в семье. Проводилась работа по выработке единых воспитательных подходов родителей, обсуждалось правильное поведение родителей в различных ситуациях (агрессия ребенка, капризы и т.п.).

В семьях, где были еще и здоровые дети, с родителями обсуждались степень вовлеченности здорового ребенка в уход за умственно отсталым братом/сестрой и степень ответственности, которую возлагали родители при этом на здорового ребенка. При чрезмерности участия здоровых детей обсуждались возможности снижения их нагрузки по уходу и помо-

щи больному sibсу, правильному реагированию родителей на эмоциональные переживания здоровых детей.

Педагогам-дефектологам необходимо, кроме работы с самим особым ребенком, обсуждать с родителями стратегии коррекционно-развивающих занятий, особенно много внимания уделять развитию навыков самообслуживания, речи, мышлению и общих знаний об окружающем ребенка мире. Специальные педагоги и психологи должны постоянно работать в тесном сотрудничестве с семьей, объясняя особенности развития ребенка, его возможности и главное, обучая родителей приемам и методам развивающих занятий.

Все эти формы и виды помощи должны обсуждаться и согласовываться со специалистами, принимающими участие в помощи семье умственно отсталого ребенка.

Обсуждение и выводы

Умственная отсталость является неизлечимой тяжелой психической патологией. Семья такого ребенка в целом и отдельные ее члены испытывают сильные негативные эмоции, переживают тяжелые кризисы в различные периоды своей жизни, часто занимают неконструктивную позицию по поводу стратегий развития и обучения их особого ребенка. Безусловно, в этой ситуации семья нуждается в различных видах социальной, психологической (психотерапевтической) и педагогической помощи. Такую комплексную помощь может оказать команда различных специалистов, координирующая между собой профессиональные подходы и усилия. Оптимально эта группа специалистов должна состоять из психиатра, специального психолога, педагогов-дефектологов и социального работника.

Прежде всего родители должны быть подробно информированы об особенностях, проявлениях, структуре, формах и степенях (тяжести) умственной отсталости. Они должны представлять оптимальные пути коррекции, развития и обучения их детей.

Переживая психологические кризисы и отрицательные эмоции, семья в целом и отдельные ее члены должны иметь возможность получать квалифицированную психологическую (психотерапевтическую) помощь. Задачами такой помощи должны быть поддержка в решении вопросов воспитания и образования, оптимизации семейного климата и семейной консолидации.

Специальные психологи и педагоги-дефектологи должны обучать родителей практическим навыкам коррекции, развития и обучения их детей.

Все специалисты, вовлеченные в орбиту помощи семьям детей с умственной отсталостью, должны владеть информацией о социально-психологических особенностях таких семей, навыками и приемами семейного психологического консультирования и семейной психотерапии и координировать свою работу. Соблюдение этих условий, профессиональных подходов и, конечно, человеческое участие и терпение позволяют существенно повысить качество жизни семей с детьми, страдающими общим психическим недоразвитием.

Список литературы

1. Бэндлер Р., Гриндер Дж., Сатир В. Семейная терапия. – Воронеж: МОДЭК, 1993. – 128 с.
2. Витакер К. Полночные размышления семейного терапевта. – М., 1998. – 208 с.
3. Зиглер Е., Ходапп Р. М. Понимание умственной отсталости / пер. с англ. – К.: Сфера, 2001. – 306 с.
4. Исаев Д. Н. Психическое недоразвитие у детей. – Л.: Медицина, 1982. – 224 с.
5. Исаев Д. Н. Умственная отсталость у детей и подростков. Руководство. – СПб.: Речь, 2007. – 391 с.
6. Исаева Е. Р. Копинг-поведение: анализ возрастных и гендерных различий на примере российской популяции // Вестник Томского государственного педагогического университета. – № 11. – 2009. – С. 144–147.
7. Каплан Г. И., Сэдэк Б. Дж. Клиническая психиатрия. В двух томах. – Т. II. – М.: Медицина, 1994. – 528 с.
8. Китаев-Смык Л. А. Психология стресса. М.: Логос, 2002. – 385 с.
9. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей: 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1995. – 560 с.
10. Комбринк-Грэхам Л. Работа с семьей // Руководство по клинической детской и подростковой психиатрии. – М.: Медицина, 1999. – С. 155–173.
11. Линдемманн Э. Клиника острого горя // Психология эмоций: тексты / под ред. В. К. Вилюнаса, Ю. Б. Гиппенрейтер. – М.: МГУ, 1984. – С. 212–220.
12. Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования. – СПб.: Питер, 2002. – 464 с.
13. Оудсхоорн Д. Н. Детская и подростковая психиатрия / под ред. проф. И. Я. Гуровича. – М., 1993. – 319 с.
14. Селигман М., Дарлинг Р. Обычные семьи, особые дети (пер. англ.). – 2-е изд. – М.: Теревинф, 2009. – 368 с.
15. Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. 3. – М., 1965. – 336 с.
16. Фонтана Д. Как справиться со стрессом / пер. с англ. М.: Педагогика-Пресс, 1995. 352 с.
17. Хейли Дж. Что такое психотерапия? – СПб.: Питер, 2002. – 224 с.
18. Шац И. К. Применение клинических и клинико-психологических шкал в детской психиатрии и педиатрии (методические рекомендации) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2002. – № 2. – С. 99–105.

19. Cummings S., Bayley H., Rie H. Effects of the child's deficiency on the mother: A study of mothers of mentally retarded, chronically ill and neurotic children // *American Journal of Orthopsychiatry*. – Vol. 36. – 1966. – P. 595–608.

20. Cummings, S. T. The impact of the child's deficiency on the father: A study of fathers of mentally retarded and chronically ill children // *American Journal of Orthopsychiatry*. – Vol. 46. – 1976. – P. 246–255.

21. Friedrich W. L., Friedrich W. N. Psychosocial assets of parents of handicapped and non-handicapped children // *American Journal of Mental Deficiency*, 85. 1981. – P. 551–553.

22. Lewinsohn P., Clarke G., Hops H., Andrews J. Cognitive-behavioural treatment for depressed adolescents // *Behaviour Therapy*. – 1990. – Vol. 21. – P. 385–401.

References

1. Bendler, R., Grinder, Dzh., Satir, V. (1993) *Semejnaya terapiya* [Family therapy]. Voronezh: MODE'K. (In Russian).

2. Vitaker, K. (1998) *Polnochnye razmyshleniia semeinogo terapevta* [The Midnight Reflections of a Family Therapist]. Moscow. (In Russian).

3. Zigler, E., Khodapp, R.M. (2001) *Ponimanie umstvennoi otstalosti / per. s angl.* [Understanding mental retardation] Kiev: Sfera.

4. Isaev, D. N. (1982) *Psikhicheskoe nedorazvitie u detei* [Mental underdevelopment in children]. Leningrad: Meditsina. (In Russian).

5. Isaev, D. N. (2007) *Umstvennaia otstalost u detei i podrostkov. Rukovodstvo* [Intellectual disability in children and adolescents. Management]. Saint Petersburg: Rech. (In Russian).

6. Isaeva, E. R. (2009) Koping-povedenie: analiz vozrastnykh i gendernykh razlichii na primere rossiiskoi populatsii [Coping behavior: analysis of age and gender differences using the example of the Russian population]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta – Tomsk State Pedagogical University Bulletin*. No. 11. Pp. 144–147. (In Russian).

7. Kaplan, G. I., Sedak, B. Dzh. (1994) *Klinicheskaia psikhiiatriia. B dvukh tomakh* [Clinical psychiatry]. Moscow: Meditsina. (In Russian).

8. Kitaev-Smyk, L. A. (2002) *Psikhologiya stressa* [Psychology of stress]. Moscow: Logos. (In Russian).

9. Kovalev, V. V. (1995) *Psixiatriya detskogo vozrasta. Rukovodstvo dlya vrachej* [Psychiatry of childhood. Guidance for physicians]. 2nd ed., Rev. and additional. Moscow: Medicine. (In Russian).

10. Kombrink-Grekham, L. (1999) *Rabota s semei // Rukovodstvo po klinicheskoi detskoj i podrostkovoi psikhiiatrii* [Working with Family. Guidelines for Clinical Child and Adolescent Psychiatry]. Moscow: Meditsina. Pp. 155–173. (In Russian).

11. Lindemann, E. (1984) *Klinika ostrogo goria // Psikhologiya emotsii: teksty / pod red. V. K. Viliunasa, Iu. B. Hippenreiter* [Clinic of acute grief // Psychology of emotions: texts / ed. V. K. Vilyunas, Yu. B. Hippenreiter]. Moscow: MGU. Pp. 212–220. (In Russian).

12. Nelson-Dzhouns, R. (2002) *Teoriia i praktika konsultirovaniia* [Counseling theory and practice]. Saint Petersburg: Piter. (In Russian).

13. Oudskhoorn, D.N. (1993) *Detskaia i podrostkovaia psikhiiatriia* [Child and adolescent psychiatry]. Moscow. (In Russian).

14. Seligman, M., Darling, R. (2009) *Obychnye semi, osobyie deti (per. angl.)*. [Ordinary families, special children]. Moscow: Terevinf. (In Russian).

15. Sukhareva, G. E. (1965) *Klinicheskie leksii po psikhiiatrii detskogo vozrasta* [Clinical lectures on child psychiatry]. Vol. 3. Moscow. (In Russian).

16. Fontana, D. *Kak spravit'sia so stressom / per. s angl.* [Coping with stress / translated from English]. Moscow: Pedagogika-Press. (In Russian).

17. Kheili, Dzh. *Chto takoe psikhoterapiia?* [What is psychotherapy?]. Saint Petersburg: Piter. (In Russian).

18. Shats, I. K. (2002) Primenenie klinicheskikh i klinicheskopsikhologicheskikh shkal v detskoj psikhiiatrii i pediatrii (metodicheskie rekomendatsii) [Application of clinical and clinical-psychological scales in child psychiatry and pediatrics (guidelines)]. *Voprosy psikhicheskogo zdorovia detei i podrostkov – Child and adolescent mental health issues*. No. 2. Pp. 99–105. (In Russian).

19. Cummings S., Bayley H., Rie H. (1966) Effects of the child's deficiency on the mother: A study of mothers of mentally retarded, chronically ill and neurotic children // American Journal of Orthopsychiatry. Vol. 36. Pp. 595–608.

20. Cummings, S. T. (1976) The impact of the child's deficiency on the father: A study of fathers of mentally retarded and chronically ill children // American Journal of Orthopsychiatry. Vol. 46. Pp. 246–255.

21. Friedrich, W. L., Friedrich, W. N. (1981) Psychosocial assets of parents of handicapped and nonhandicapped children // American Journal of Mental Deficiency. Vol. 85. Pp. 551–553.

22. Lewinsohn, P., Clarke, G., Hops, H., Andrews, J. (1990) Cognitive-behavioural treatment for depressed adolescents // Behaviour Therapy. Vol. 21. Pp. 385–401.

Информация об авторе

Щац Игорь Константинович – доктор медицинских наук, профессор, Ленинградский государственный университет имени А. С. Пушкина, Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID ID: 0000-0002-6147-7246, e-mail: ikshatz@yandex.ru

Information about the author

Igor K. Shats – Dr. Sci. (Med.), Full Professor, Pushkin Leningrad State University, Saint Petersburg, Russian Federation, ORCID ID: 0000-0002-6147-7246, e-mail: ikshatz@yandex.ru

Поступила в редакцию: 23.04.2024
Принята к публикации: 17.05.2024
Опубликована: 28.06.2024

Received: 23 April 2024
Accepted: 17 May 2024
Published: 28 June 2024