

СПЕЦИФИКА АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

И.В. Тимофеева (Екатеринбург)

Аннотация. Представлен теоретико-аналитический обзор зарубежных и отечественных исследований по проблеме здоровья и особенностей адаптации лиц с детским церебральным параличом. Рассматриваются социальная модель инвалидности, оценка качества жизни детей с детским церебральным параличом.

Ключевые слова: здоровье; инвалидность; детский церебральный паралич; адаптация.

Здоровье – бесценный экономический и культурный потенциал человечества. Социальная политика любого цивилизованного государства направлена на сохранение и укрепление здоровья подрастающего поколения и гуманного отношения к тем представителям общества, которые в силу различных обстоятельств утратили здоровье и нуждаются в поддержке и помощи.

Всемирная организация здравоохранения определила здоровье как состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не только как отсутствие болезней или физических дефектов. Здоровье рассматривается как источник благополучной повседневной жизни, а не как цель существования. В принятой видными специалистами медицинской науки Концепции здоровья подчеркивается важность субъективно оцениваемого здоровья. Субъективная оценка основывается на имеющихся знаниях и информации, воспринимаемой индивидом с учетом предыдущего жизненного опыта и социокультурных норм. Приведенное определение здоровья во многом опирается на понятие «благополучие». Ощущение благополучия в меньшей мере зависит от биологических функций организма и в большей от самооценки личности и чувства ее социальной принадлежности. Отношение к здоровью и болезни, когнитивные и эмоциональные компоненты этого отношения имеют большое значение в сохранении здоровья и преодолении болезни [11. С. 145].

Социальные аспекты жизни и уровень экономического развития населения, вне сомнений, отражаются на здоровье человека и воспроизводстве населения. В нашей стране за последние годы резко сократилась рождаемость. Помимо этого, уровень заболеваемости новорожденных увеличился с 82,4 до 173,7 случаев на тысячу. Анализ статистических данных показывает, что среди всех заболеваний детей в Российской Федерации болезни нервной системы занимают 7-е место, а среди причин, приведших к инвалидности, – 3-е, уступая лишь врожденным аномалиям развития и психическим расстройствам. В любом случае инвалидность представляет собой расстройство на уровне органа; расстройство на уровне личности, т.е. полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, контролировать свое поведение; расстройство на социальном уровне, приводящее к ограничению жизнедеятельности человека.

Здоровье ребенка – одна из наиболее сложных комплексных проблем. На здоровье влияет масса различных факторов: наследственность, экология, питание, санитарно-гигиенические условия проживания, взаимодействие в семье и т.д. Среди причин детской инвалидности ведущее место принадлежит болезням нервной системы, к которым относится детский церебральный паралич (ДЦП). Распространенность ДЦП среди населения весьма значительна и составляет, по мнению различных авторов, от 1,9 до 2,6–4 на 1000 детей.

В настоящее время ДЦП рассматривают как особое состояние ребенка, как совокупность клинических, психологических и социальных факторов, дезадаптирующих человека, приводящих к ограничению его жизнедеятельности. Сочетание двигательных, психических, речевых, а зачастую и зрительных нарушений при ДЦП обуславливает необходимость не только ранней диагностики каждого из них, но и одновременного проведения комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий, направленных на коррекцию указанных клинических нарушений.

На протяжении всей истории общество меняло свое отношение к людям с отклонениями в развитии, пройдя путь от ненависти и агрессии до терпимости, партнерства и интеграции лиц с отклонениями в развитии в общество здоровых людей. В связи с этим важно отметить, что все более широкое распространение получает точка зрения, согласно которой забота общества о лицах с ограниченными возможностями является мерилем его культурного и социального развития, а также его нравственного здоровья.

Необходимо также учесть, что здоровье – это не просто состояние человека, а динамический процесс, который меняется в процессе онтогенеза. По мнению С.Б. Тихвинского, здоровье человека в конечном итоге определяется мощностью его адаптационных резервов. Чем выше функциональный резерв, тем ниже «цена адаптации». Адаптация организма к новым условиям жизнедеятельности обеспечивается не отдельными органами, а скоординированными во времени и пространстве и соподчиненными между собой специализированными функциональными системами. Большинство авторов в структуре здоровья выделяют три основных компонента: физический, психический и социальный. Каждый компонент отражает состояние, процессы, взаимодействие их в организме человека и его гармонию с окружающей средой.

Переживания своего здоровья или нездоровья являются очень значимыми в контексте общей самооценки личности, в определении ее «линии жизни», «плана жизни», «жизненного стиля».

Корни человеческого здоровья, разумеется, уходят в биологическую природу. Вторым измерением здоровья являются качественное содержание, направленность и интенсивность социальной активности индивида. Наряду с этим здоровье человека есть в некотором роде целостное измерение его личности. Человек неотделим от социальных отношений (от социальных ролей), в то же время как субъект этих отношений он возвышается над ними как личность, в некотором смысле он автономен по отношению к своим социальным «ролям».

Смысловым центром нового взгляда стала социальная модель инвалидности, которая рассматривает проблемы инвалидов как результат отношения общества к их особым потребностям. Согласно социальной модели инвалидность является социальной проблемой. При этом ограниченные возможности – это не «часть человека», не его вина. Человек может стараться ослабить последствия своего недуга, но ощущение ограниченности возможностей вызвано у него не самим недугом, а наличием физических, юридических, отношенческих барьеров, созданных обществом.

Человек с инвалидностью должен быть равноправным субъектом общественных отношений, которому общество должно предоставить равные права, равные возможности, равную ответственность и свободный выбор с учетом его особых потребностей. При этом человек с инвалидностью должен иметь возможности интегрироваться в общество на своих собственных условиях, а не быть вынужденным приспосабливаться к правилам мира «здоровых людей» [9. С. 65].

Социальная модель инвалидности не отрицает наличие дефектов и физиологических отличий, определяя инвалидность как нормальный аспект жизни индивида, а не девиацию, и указывает на социальную дискриминацию как наиболее значимую проблему, связанную с инвалидностью. Социальная модель сдвигает акцент в направлении тех аспектов жизни социума, которые могут быть изменены, и предполагает первоочередную реализацию гражданских прав инвалидов. В данном случае речь идет о социальных условиях жизнедеятельности инвалида. Инвалидность можно рассматривать как одну из форм социального неравенства.

Ограничения возможностей здоровья человека обусловлены нарушениями в трех основных сферах: физической, психической, социальной. Ограничения в одной из обозначенных сфер здоровья приводят к временному или постоянному нарушению адаптационных свойств человека. Адаптационные характеристики не являются статически постоянными свойствами человека, а ограниченные возможности зависят от сфер жизнедеятельности, в которых он функционирует, накопленного им опыта.

Важной задачей государственной политики в отношении больных и инвалидов на современном этапе является повышение уровня их социальной адаптации и интеграция их в общество. Огромную роль здесь приобретает реабилитация, предусматривающая восстановление личного и социального статуса пациента при помощи медико-биологических, социальных и психологических мероприятий. В условиях реализации Концепции модернизации российского образования нельзя не заострить внимание на проблемах здоровья, так как взаимосвязь здоровья ребенка с успешностью его обучения и воспитания доказана многочисленными исследованиями медиков, психологов и педагогов. Проблема ослабленных детей имеет чрезвычайно негативные последствия не только для школьной учебной деятельности, но и для социальной адаптации ребенка [5. С. 46].

Реабилитация является не только психосоциальной, но и клиничко-биологической проблемой, требующей для своего успешного функционирования понимания ее физиологической и патофизиологической сущности. Речь идет об использовании (регулировании) механизмов адаптации, компенсации, о механизмах физиологической и психологической защиты, играющих огромную роль в процессе реабилитации. Главная задача психосоциальной реабилитации, по Витте, – регуляция отношений между неполноценным человеком и окружающим его миром. Психосоциальная адаптация неполноценного ребенка – основной момент с точки зрения реабилитационной психологии. Дезадаптация наступает у детей с ограниченными возможностями здоровья в 2–3 раза чаще, чем у здоровых детей, особенно если заболевания связаны с повреждением головного мозга.

Понятие «адаптация» является ключевым в научном исследовании живого организма, так как именно механизмы адаптации, выработанные в результате длительной эволюции, обеспечивают возможность приспособления организма к постоянно меняющимся условиям окружающей среды. Благодаря процессу адаптации достигается гомеостатическое равновесие между организмом и средой. Поскольку организм и среда находятся не в статическом, а в динамическом равновесии, их соотношение меняется постоянно, постоянно осуществляется и процесс адаптации [6. С. 132].

В работах Ф.Б. Березина психическая адаптация рассматривается как процесс оптимального соотношения личности и окружающей среды при осуществлении деятельности индивидом. Психическая адаптация играет важную роль, в значительной мере оказывая влияние на адаптационные процессы, осуществляющиеся на иных уровнях. У человека в процессе поддержания адекватных отношений в системе индивидум – среда, в ходе которого могут видоизменяться и внутреннее состояние человека, и параметры среды, психическая адаптация играет решающую роль. Это дает возможность индивиду удовлетворять потребности и реализовать себя, а так-

же обеспечивает соответствие психической деятельности человека, его поведения требованиям среды.

Автор выделяет три основных аспекта психической адаптации:

- собственно психическую;
- социально-психологическую;
- психофизиологическую.

Организация процесса психической адаптации, осуществление взаимосвязей ее основных аспектов, регулирование психофизиологических соотношений реализуются сложной, многоуровневой функциональной системой, на разных уровнях которой регулирование осуществляется преимущественно с помощью психологических (социально-психологических и собственно психических) или физиологических механизмов. Эти аспекты можно оценивать как подсистемы в общей системе психической адаптации, где системообразующими факторами для реализации собственно психической адаптации служат поддержание психического гомеостаза и сохранение психического здоровья, социально-психологической – организация адекватного микросоциального взаимодействия, психофизиологической адаптации – оптимальное формирование психофизиологических соотношений и сохранение физического здоровья. Процесс психической адаптации обуславливает тесную взаимосвязь этих аспектов, а различие системообразующих факторов определяет разную значимость для каждого из аспектов тех или иных уровней реализации адаптационного процесса, их относительную независимость и возможность сохранения эффективности одних аспектов адаптации при нарушении других или даже за счет такого нарушения [2. С. 128].

Биологическое взаимодействие организма со средой Ж. Пиаже представляет как систему и описывает ее в понятиях обмена, адаптации, равновесия. В своих многочисленных исследованиях Пиаже доказал существование определенной иерархии структур, надстраивающихся друг над другом, взаимодействующих и в то же время не сводимых одна к другой. На вершине этой иерархии находится интеллект, который оказывает решающее влияние на совокупность адаптационных процессов. Интеллект Пиаже определяет как «состояние равновесия, к которому тяготеют все последовательно расположенные адаптации сенсомоторного и когнитивного порядка, так же как все ассимилятивные и аккомодирующие взаимодействия организма со средой» [10. С. 385].

Интерес представляют исследования А. Адлера, отражающие компенсаторные возможности психики ребенка с физическими дефектами. А. Адлер делает очень важный вывод о том, что представление о недостаточности у человека переходит из биологической плоскости в психологическую. «Неважно, есть ли в действительности какая-либо физическая недостаточность. Важно, что сам человек чувствует по этому поводу, есть ли у него ощущение, что ему чего-то не хватает. А такое

ощущение у него, скорее всего, будет. Правда, это будет ощущение недостаточности не в чем-то конкретно, а во всем...». Это высказывание Адлера является ключевым в теории компенсации дефекта при аномальном развитии ребенка. Однако, подчеркивая роль самовосприятия человеком своего дефекта в дальнейшем его психическом развитии, автор пытается показать, что «ощущение недостаточности» у ребенка является определяющим фактором его дальнейшего психического развития [1. С. 261]. Переживание своего здоровья или нездоровья является значимым в контексте общей самооценки личности, в определении ее «линии жизни», «плана жизни», «жизненного стиля». Наиболее точно роль этих переживаний раскрыта в «индивидуальной психологии» А. Адлера. В раннем детстве у человека возникает «чувство неполноценности». Он пытается найти средства, чтобы избавиться от этого чувства и не допустить разоблачения своей несостоятельности. Таким средством является бессознательное продуцирование самим индивидом невротических симптомов, помогающих ему добиться своих целей: уклониться от принятия важных для него, но чреватых риском решений, избегать ситуаций, которые могли бы заставить его еще более усомниться в своих силах, привлечь к себе внимание, сохранить и даже повысить самооценку [1. С. 308].

По мнению Л.С. Выготского, «можно и должно не соглашаться с Адлером в том, что он приписывает процессу компенсации универсальное значение во всяком психическом развитии. Самое важное, что вместе с органическим дефектом даны силы, тенденции, стремления к его преодолению или выравниванию. Но какой бы исход ни ожидал процесс компенсации, всегда и при всех обстоятельствах развитие, осложненное дефектом, представляет творческий процесс (органический и психологический) созидания и пересозидания личности ребенка на основе перестройки всех функций...» [4. С. 172]. Теория компенсации дефекта, предложенная Адлером, имеет важное значение в психологии. Однако не сам дефект является движущей силой развития личности, а социальная оценка личностью своего дефекта, ее социальная позиция, отношение к своему дефекту.

Процесс движения от физической дефективности через психическую компенсацию к социальной полноценности, как писал Л.С. Выготский, – процесс в высшей степени болезненный, хотя именно он ведет к духовному выздоровлению [4. С. 203]. Формула движения от маргинальности к полноценности не запускается в каждом человеке автоматически, а работает лишь в том, кто стремится жить и надеется на успех. Причем под полноценностью понимается не желание быть «как все», а полное самораскрытие своих способностей и талантов, составляющих духовный потенциал индивидуальности.

Штейнгаузен по-своему рассматривает модель психосоциальной адаптации. Автор выделяет пять составляющих модели психосоциальной адаптации. Во-пер-

вых, он определяет общий опыт, приобретаемый из-за болезни. Каждый неполноценный ребенок вынужден познакомиться с опытом пребывания в больнице, медикаментозными назначениями, операциями, болями, ограничениями и своей «инакостью» по сравнению со здоровыми детьми; и все это не только в течение какого-то ограниченного времени, но и перманентно. Во-вторых, он рассматривает специфические аспекты болезни: течение болезни, очевидность нарушения (проблема стигматизации), степень тяжести болезни. Тем не менее никогда нельзя заранее быть уверенным, что при большей соматической неполноценности менее благоприятной будет и психическая ситуация ребенка. В-третьих, у ребенка происходит ограничение обычного жизненного опыта. Формирование социальных контактов для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата затруднено из-за их ограниченной мобильности. Как следствие, в-четвертых, уровень эмоционального, мотивационного, когнитивного и социального развития снижен. Чтобы понять возможности ребенка совладать с болезнью, необходимо на каждой ступени развития учитывать уровень его эмоционального, мотивационного, когнитивного и социального развития. Особо автор рассматривает реакции ближайшего окружения и социального окружения. Если ребенок в очень тяжелой психической ситуации остается без поддержки семьи, это сказывается на совладании с болезнью негативно. Стигматизация со стороны окружения часто приводит не только к социальной изоляции ребенка, но и к социальной изоляции семьи [14. С. 352].

В процессе заболевания уровни социальной адаптации детей могут существенно меняться как в сторону улучшения, так и в противоположную. Важным для ребенка с ДЦП является не только сам факт наличия у него той или иной формы двигательных расстройств, присутствие в клинической картине болезни определенных вариантов речевых или психических нарушений. Существенную роль в процессе его социальной адаптации могут сыграть степень выраженности дефекта в каждой из сфер его жизнедеятельности, особенности сочетания у конкретного больного разных клинических синдромов. Определяющее значение для успешности или неуспешности приспособительного поведения ребенка имеет уровень предъявляемых к нему социальной микросредой требований, понимания ближайшими родственниками особенностей его адаптационных возможностей, в целом стратегия его воспитания. Адаптационные ресурсы ребенка весьма пластичны и имеют тем больший потенциал, чем меньше возраст ребенка, особенно при условии проведения своевременных и адекватных лечебно-реабилитационных и психолого-педагогических мероприятий.

Одним из главных показателей социально-психологической адаптации лиц с ограниченными возможностями является их отношение к собственной жизни.

Качество жизни детей-инвалидов с ДЦП снижено по физическим и психосоциальным аспектам их жизнедеятельности и зависит от характера и выраженности ограничений жизнедеятельности и нарушений функций организма.

Подростковый возраст является периодом становления характера и формирования социально-психологической адаптации личности. Ощущение собственного несовершенства, потеря привлекательности из-за возникшего заболевания нередко снижают качество жизни детей-инвалидов, способствуют формированию комплекса неполноценности, акцентуации на своем состоянии и являются причинами частых, порой серьезных нарушений эмоциональной сферы, которые усугубляют тяжесть течения заболевания. Поэтому инвалидность в настоящее время следует рассматривать не только со стороны имеющихся недугов и ограничений социальных функций, но и с позиции ухудшения качества жизни [8. С. 135].

С социологической точки зрения категорию качества жизни рассматривают как интегральную характеристику, раскрывающую по отношению к обществу в целом критерии его жизнедеятельности, условия жизнеобеспечения, а также условия жизнеспособности общества как целостного социального организма. При этом основой качества жизни выступает качество жизнедеятельности – способы протекания повседневной жизни, наиболее типичные для определенной социальной среды.

Качество жизни связано с качеством человеческого капитала, который, в свою очередь, возможно формировать посредством социальной активности. Качество жизни исследуется как с объективной, так и с субъективной стороны. В субъективных оценках качества жизни выделяются рациональный и эмоциональный компоненты. В результате нарушения жизнедеятельности возникают социальные ограничения, ухудшается качество жизни. Ограничения жизнедеятельности, «возникающие в результате болезни или утраты возможности осуществлять нормальную для человека повседневную деятельность», а также критерии нарушения здоровья и социальные последствия болезни определяются Концепцией инвалидности в соответствии с Международной классификацией Всемирной организации здравоохранения [9. С. 394].

Разработанная в России современная концепция инвалидности не предполагает оценку качества жизни при установлении инвалидности, хотя качество жизни, связанное со здоровьем, являясь ключевым понятием современной гуманистической медицины, позволяет дать глубокий обобщенный анализ «физических, психологических, эмоциональных и социальных проблем больного человека» и обобщается как способность индивидуума функционировать в обществе соответственно своему положению и получать удовлетворение от этого.

В последние годы зарубежные исследователи более пристальное внимание стали уделять проблемам оцен-

ки качества жизни детей с различной патологией, в том числе с ДЦП. Они отмечают снижение качества жизни у больных детей по таким аспектам, как физическое здоровье, боль и дискомфорт, повседневная жизнедеятельность, участие в физических и социальных действиях, эмоциональный статус и чувство собственного достоинства, взаимодействие с сообществом, здоровье семьи, социальное благополучие. Уровень психосоциального функционирования страдает наравне с физическим аспектом жизнедеятельности. Главная задача психосоциальной реабилитации – регуляция отношений между неполноценным человеком и окружающим его миром.

Обычно ребенок с ДЦП не имеет возможности пройти все циклы социализации, взросление его задерживается. Все это связано с тем, что взрослые не обеспечивают должной социально-психологической адаптации такому ребенку. Вследствие этого на всю жизнь такой ребенок остается инфантильным, зависимым от других, пассивным, комфортно чувствующим себя лишь с близкими людьми. Социальные последствия данной ситуации проявляются в том, что эти инвалиды становятся особой, отделяемой от общества социально-демографической группой. Чем больше степень поражения у больных ДЦП, тем менее они социально активны.

И.Ю. Ветрова выделяет четыре основных типа адаптации больных ДЦП к обществу:

– Активно-позитивный тип характеризуется стремлением к поиску самостоятельного выхода из негативных жизненных ситуаций. У молодых инвалидов, относящихся к этому типу, благоприятный внутренний настрой, достаточно высокая самооценка, оптимизм, заражающий других, энергичность и самостоятельность суждений и поступков.

– Пассивно-позитивный тип характеризуется наличием у молодых инвалидов низкой самооценки. При пассивно-позитивном типе адаптации существующее на данный момент положение, в котором находится инвалид (например, постоянная опека близких), его устраивает, поэтому наблюдается отсутствие стремления к переменам.

– Пассивно-негативный тип. У молодых людей присутствует неудовлетворенность своим положением и вместе с тем отсутствует желание самостоятельно улучшить его. Всё это сопровождается заниженной самооценкой, психологическим дискомфортом, настороженным отношением к окружающим, ожиданием глобальных катастрофических последствий даже от незначительных бытовых неурядиц.

– Активно-негативный тип. Присутствующие здесь психологический дискомфорт и неудовлетворенность собственной жизнью не отрицают желания изменить ситуацию к лучшему, но реальных практических последствий это не имеет в силу влияния различных объективных и субъективных факторов.

Исследования И.Ю. Ветровой [3. С. 2] показали, что среди молодых людей с последствиями детского цереб-

рального паралича крайне редко встречаются лица с активно-позитивной жизненной позицией, но они являются наиболее социально активными. Большинство молодых инвалидов с ДЦП либо не испытывают стремления как-то менять свою жизнь, либо считают себя неспособными на столь важный шаг. Как правило, они находятся во власти тех или иных обстоятельств. Поэтому эти лица особо нуждаются в четко спланированной и научно обоснованной системе психологических и социально-педагогических мер, направленных на формирование у них самостоятельности суждений и действий, навыков труда и культуры поведения, умения адекватно жить в социуме.

Адаптация больных и инвалидов к социальному окружению предполагает повышение самосознания путем формирования адекватного отношения к своему заболеванию или физическому дефекту, повышение способности к решению психологических проблем, налаживанию взаимоотношений с окружающими. Многие заболевания сопровождаются психологически повреждающим воздействием, что может привести к развитию психических расстройств, которые ухудшают состояние и способствуют развитию болезни. По мнению Хайма (Heim, 1988), нужно приложить «усилия, направленные на то, чтобы либо психически, либо посредством целенаправленных действий редуцировать, выровнять имеющиеся или ожидаемые перегрузки, возникающие из-за болезни, или совладать с ними» [13. С. 12], т.е. необходимы индивидуальное отношение и оценка внутреннего и внешнего стресса. Совладание с болезнью рассматривается как критерий успешной адаптации.

С позиции Бегеманна (Begemann, 1993), «...интеграция не должна пониматься как включение неполноценного человека в общество «полноценных», осуществляемое «полноценными» лицами» [12. С. 157]. Все усилия по интеграции будут неэффективны, если инвалиду противостоит структура общественных ценностей и норм. Пока для «полноценных» членов общества в качестве нормы существуют идеалы достижений, люди с недостаточностью лишь с трудом находят свое место, потому что они не могут выполнять многие из этих норм.

Таким образом, построение психосоциальных реабилитационных мероприятий – это не только проблема спасения человеческой жизни, но и восстановление жизнедеятельности, способности к самореализации, участие во всех видах и формах социальной жизни. Успешная психосоциальная адаптация лиц с ограниченными возможностями здоровья предполагает глубокое знание и учет как основных факторов и условий, от которых зависит эффективное развитие психики, так и движущих сил этого развития. Психосоциальная адаптация – это не только метод подхода к ребенку с ограниченными возможностями здоровья, но и процесс, который тесно примыкает к тому, что принято называть саноногенезом.

Литература

1. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии. М., 1993. 360 с.
2. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптации человека. Л.: Наука, 1988. 270 с.
3. Ветрова И.Ю. Проблемы социальной адаптации инвалидов // Ярославский педагогический вестник. Режим доступа: [yspu.yar.ru/ vestnik/index](http://yspu.yar.ru/vestnik/index)
4. Выготский Л.С. Развитие высших психических функций. М., 1967. 236 с.
5. Коркунов В.В. Концептуальные положения развития специального образования в регионе: от теоретических моделей к практической реализации. Екатеринбург, 1998. 63 с.
6. Мамайчук И.И. Психология дизонтогенеза и основы психокоррекции. СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2000. 168 с.
7. Мочалова Е.К. Влияние различных факторов на качество жизни подростков-инвалидов в сравнении с их здоровыми сверстниками // III Региональная научно-практическая конференция Приволжского федерального округа «Педиатрия и детская хирургия в Приволжском округе». Казань, 2006. 174 с.
8. Мочалова Е.К. Качество жизни подростков-инвалидов – проблема современности // Вопросы современной педиатрии. 2006. № 1. С. 394–395.
9. Организационно-методические основы социально-психологической реабилитации инвалидов: Метод. рекомендации / Н.Ф. Дементьева, Б.М. Рудельсон. М., 1988. 102 с.
10. Пиаже Ж. Речь и мышление ребенка: Пер. с фр. В.А. Лукова. М., 1994. 528 с.
11. Психология здоровья / Г.С. Никифоров, В.А. Ананьев, И.Н. Гурвич и др.; Под ред. Г.С. Никифорова. СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2000. 504 с.
12. Begemann E. Gesellschaftliche Integration «behinderter» Menschen erfordernische Kultur // Zeitschrift fur Heilpädagogik. 1993. № 44. P. 153–169.
13. Heim N. Coping und Adaptivitat: Gibt es geeignetes oder ungeeignetes Goping? // Psychotherapie und Medizinische Psychologie. 1988. № 38. P. 8–18.
14. Steinhausen H.C. Psychische Storungen bei Behinderungen und chronischen Kran // Kinder – undjugendpsychiatrie in Klinik. 1984. Bd. 3: Alterstypische, reaktive und neurotische Storungen. S. 322–348.

PECULIARITIES OF CHILDRENS ADAPTATION WITH CHILDREN'S CEREBRAL PALSY

Timofeeva I.V. (Ekaterinburg)

Summary. It is analytical-theoretical vision of foreign and russian researches in problems with health and peculiarities of childrens adaptation with children's cerebral palsy. Social model invalidity of state the value quality of life childrens with cerebral palsy.

Key words: health; invalidity; children's cerebral palsy; adaptation.