Эмоциональная дезадаптация и посттравматический рост родителя ребенка с ОВЗ: связь с субъективным восприятием тяжести симптоматики и с возрастом ребенка

Аннотация

Представлены результаты эмпирического исследования влияния субъективного восприятия родителями тяжести психофизического состояния ребенка с ограниченными возможностями здоровья и возраста ребенка (имеется в виду время, прошедшее после установления диагноза) на симптомы депрессии («Шкала депрессии Бека», в адаптации Тарабриной, 2001 г.), базисные убеждения («Шкала базисных убеждений личности», в адаптации М.А. Падун и А.В. Котельниковой, 2008 г.) и посттравматический рост («Опросник посттравматического роста», в адаптации М.Ш. Магомед-Эминова, 2007 г.) у родителей детей с ограниченными возможностями здоровья. Субъективное восприятие родителями состояния своего ребенка с ограниченными возможностями здоровья оказывает влияние только на одну из шкал посттравматического роста – Духовные изменения, а также на выраженность депрессивной симптоматики. Период после постановки диагноза ребенку (т.е. возраст ребенка) оказывает влияние на симптомы депрессии и базисные установки, но не на показатели посттравматического роста. На основании полученных результатов и концепции посттравматического роста сформулированы рекомендации по оказанию психологической помощи родителям детей с ограниченными возможностями здоровья с учетом их восприятия тяжести заболевания и возраста ребенка.

Общая информация

Ключевые слова: родители детей с ограниченными возможностями здоровья, ОВЗ, посттравматический рост, стресс, хронический стресс, базовые убеждения, симптомы депрессии

Рубрика издания: Эмпирические исследования

Тип материала: научная статья

DOI: https://doi.org/10.17759/cpse.2019080406

Тематический сетевой сборник: Психологические ресурсы личности и вызовы современности

Для цитаты: *Сергиенко А.И.* Эмоциональная дезадаптация и посттравматический рост родителя ребенка с ОВЗ: связь с субъективным восприятием тяжести симптоматики и с возрастом ребенка [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 4. С. 93–106. DOI: 10.17759/cpse.2019080406

Постановка диагноза ребенку является серьезным психотравмирующим событием для родителей. Если ребенок первый, то близкие могут не замечать на начальных этапах, что развитие идет нетипичным путем, особенно это характерно при аутизме. Воспитание ребенка с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) является хроническим стрессом для всей семьи, которая в связи с этим на протяжении всей жизни проживает постоянно повторяющиеся кризисные ситуации, связанные с развитием ребенка и основывающиеся на субъективных и объективных факторах проявления симптоматики заболевания [1; 14].

Несмотря на большой спектр индивидуальных различий существуют наиболее характерные стадии психологических реакций родителей в ситуации постановки диагноза их ребенку: шок, отрицание, агрессия, депрессия, принятие. Переход от одной стадии к другой проживают все родители детей с ОВЗ, в лучшем случае это занимает от шести месяцев до нескольких лет, в худшем случае происходит «застревание» на одной из них. Однако стадии в данном случае могут повторяться и не обязательно проходят в указанном

порядке [3; 6; 8; 10]. Кроме того, травматические жизненные события разрушают фундаментальные представления родителей детей с ОВЗ о себе и окружающем мире [12; 13]. В результате видоизменения своих убеждений относительно жизненного мира может развиться или хроническое стрессовое состояние, или успешное совладание с травматической ситуацией, результатом которого может быть посттравматический рост (ПТР) [4; 15; 16].

Идея посттравматического роста не нова, однако непосредственно само понятие было введено R.G. Tedeschi и L.G. Calhoun в 1995 году. С их точки зрения, ПТР – это процесс позитивных изменений, которые возникают в результате жизненного кризиса: развитие ранее не приоритетных свойств и качеств и приобретение новых взамен утраченных). Но возникают они не просто так, а благодаря активной, осознанной позиции человека, которую он оказывается способным занять в стрессовой ситуации [15–17].

Один из механизмов ПТР – готовность к стрессу. Таким образом, чем успешней был пройден период совладания с острым периодом стресса, тем более устойчив становится пострадавший к последующим стрессам подобного генеза [13]. Отсюда появляется вопрос относительно того, какие характеристики родителей детей с ОВЗ влияют на особенности переживания и проживания ситуации инвалидности ребенка и как они видоизменяются в процессе жизнедеятельности.

В эмпирической части данной статьи мы не будем говорить об этапах и типах психологических реакций, хотя имеем их ввиду, а основной акцент сделан на том, каким образом меняются переживания и восприятие родителями ребенка с ОВЗ окружающего мира и себя в зависимости от субъективного восприятия тяжести состояния ребенка и времени прошедшего после постановки диагноза ребенку. В качестве меры времени мы используем возраст ребенка, так как диагноз в обследуемой выборке был установлен в период от рождения до трех лет.

Целью исследования стало выявление степени влияния субъективного восприятия тяжести психофизического состояния ребенка родителем и возраста ребенка на симптомы депрессии, базисные убеждения и ПТР у родителей детей с ОВЗ.

В исследовании проверялись две ***гипотезы:***

1. субъективное восприятие тяжести состояния ребенка с ОВЗ оказывает влияние на степень выраженности депрессивных симптомов, ПТР и базисных убеждений родителей;
2. возраст ребенка с ОВЗ связан со степенью выраженности депрессивных симптомов, ПТР и базисных убеждений у родителей.

Метод

Выборка. В исследовании приняли участие 113 респондентов. Общая выборка состояла из родителей детей с ОВЗ (106 женщин и 7 мужчин) в возрасте от 25 до 50 лет (средний возраст – 36,6 лет), имеющих как минимум специальное образование и проживающих в Москве. Из них 27 испытуемых (25 женщин и двое мужчин) заполнили Лист наблюдений Т. Ахенбаха.

Родители, вошедшие в общую выборку, имели детей в возрасте от 4 до 20 лет с различными диагностированными расстройствами (аутизмом, синдромом Дауна, детским церебральным параличом, умственной отсталостью, общим недоразвитием речи и т.д.). 66,4% родителей воспитывали детей с аутизмом; 33,6% – родители детей с другими особенностями развития. Между вышеуказанными двумя группами родителей не было выявлено значимых различий по шкалам Листа наблюдений Т. Ахенбаха, Шкале базисных убеждений личности, шкалам Опросника посттравматического роста и Шкале депрессии Бека, потому для анализа мы использовали данные всей выборки целиком.

Методики. В исследовании использовался ряд методик.

1. Лист наблюдений Т. Ахенбаха (Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)) [1]. Это стандартизированная методика, которая измеряет степень отклонения различных типов детского поведения от популяционных адаптивных норм. Сбор данных осуществлялся с помощью формы: Child Behavior Checklist (CBCL). Этот опросник заполняют лица, осуществляющего уход за ребенком (родители, опекуны). Методика адаптирована на русскоязычных выборках в Научно-методический центр «ДАР» им. Л.С. Выготского и в Центре исследования ребенка Йельского университета (Нью-Хевен, США) в 1995 году [2; 11]. Методика включает 113 утверждений, которые отражают субъективное восприятие родителем состояния и поведения ребенка, и применима для анализа особенностей поведения детей в возрасте от 4 до 18 лет. В Листе наблюдений Т. Ахенбаха выделяются первичные и производные шкалы. Первичные: замкнутость, соматические проблемы, тревожность, нарушения социализации, проблемы мышления, проблемы с вниманием, делинквентное поведение, агрессия. Производные шкалы: Показатель внутренних проблем, Показатель внешних проблем, Общий показатель проблем.
2. Шкала базисных убеждений личности *(World Assumptions Scale, WAS)* Р. Янова–Бульмана в адаптации М.А. Падун и А.В. Котельниковой [7]. Опросник основан на когнитивной концепции базисных убеждений личности. Данная методика широко используется для исследования механизмов психической травмы.
3. Опросник посттравматического роста (ОПТР) Р. Тадеши и Л. Кэлоуна (Tedeschi, Calhoun, 1996; Taku et al., 2008) в адаптации М.Ш. Магомед-Эминова [5; 15; 16]. Опросник измеряет степень положительных изменений, произошедших после травматического события (общий показатель ПТР) и состоит из пяти подшкал, которые отражают сферы, в которых возможен ПТР: 1) отношение к другим; 2) новые возможности; 3) сила личности; 4) духовные изменения; 5) повышение ценности жизни [5].
4. Шкала депрессии А.Т. Бека (Beck Depression Inventory, BDI) в адаптации Н.В. Тарабриной [9]. Методика разработана на основе клинических наблюдений, позволивших выявить ограниченный набор наиболее релевантных и значимых симптомов депрессии и наиболее часто предъявляемых пациентами жалоб. Методика выделяет общий балл депрессивного симптомокомплекса, а также когнитивно-аффективные и соматические проявления депрессии.

Для обработки данных и проверки гипотезы применялись множественный линейный регрессионный анализ, критерии Манна–Уитни и Крускала–Уоллиса для сравнения независимых выборок. Статистический анализ проводился в программе SPSS v. 22.0.

Результаты и обсуждение

Зависимость проявления ПТР и симптомов депрессии от субъективного восприятия психофизического состояния детей с ОВЗ родителями

27 родителей детей с ОВЗ заполнили Лист наблюдений Т. Ахенбаха, который позволяет исследовать субъективное восприятие особенностей поведения ребенка, отклоняющегося от принятой социальной нормы. В исследовании принимали участие родители детей от 10 до 16 лет. Оказалось, что субъективное восприятие тяжести психофизического состояния ребенка не влияет на общий показатель ПТР родителей детей с ОВЗ. Однако показатели, характеризующие детей с ОВЗ в субъективном восприятии их родителей, а именно Тревожность и на уровне тенденции Замкнутость и Соматические проблемы оказывают негативное влияние на уровень зависимой переменной «Духовные изменения» ($F=2{,}702$, $p<0{,}05$). Данная модель позволяет объяснить 68% дисперсии зависимой переменной ($R^2=0{,}68$).

Шкалы Листа наблюдений Т. Ахенбаха, оказывающие влияние на показатель шкалы ПТР «Духовные изменения»

Независимые переменные	β	t
Замкнутость	-1,069	-2,102
Соматические проблемы	-0,828	-1,917
Тревожность	-1,154	-2,692

Примечание: β – стандартный коэффициент регрессии; t – критерий Стьюдента; p – уровень статистической значимости.

Шкала «духовные изменения» оценивает личностный рост в сферах как повышение интереса к релизии, философии, психологии и более глубокое понимание духовных вопросов. Родители, которые субъективно оценивают своих детей с ОВЗ как замкнутых, имеющих соматические проблемы и высокую степень тревожности, с меньшей вероятностью задумываются об экзистенциональных вопросах. Можно предположить, что родители в этой ситуации поглощены проблемами ребенка и им некогда задумываться о духовных процессах и красоте окружающего мира.

Наиболее значимое влияние на Духовные изменения оказывает показатель Тревожности, который проявляется не только в виде чувств и проявлений поведения ребенка, но может быть отражением тревоги самих родителей за ребенка. Повышенное внимание родителей детей с ОВЗ к этому фактору, возможно, не только демонстрирует симптоматику диагноза, но и отражает тревожность самих родителей, что в свою очередь может индуцировать тревожность детей.

Как видно из таблицы 2, высокие значения шкалы Внутренних проблем ребенка, включающей целую совокупность симптомов – замкнутость, соматические проблемы, тревожность и нарушения социализации – способствуют росту депрессивной симптоматики родителей детей с ОВЗ. По отдельности же эти симптомы снижают уровень симптомов депрессии ($F=2,979$, $p<0,05$). Данная модель позволяет объяснить 70,1% дисперсии зависимой переменной ($R^2=0,701$). Таким образом, совокупность различных симптомов, объединенная в показателе Внутренних проблем, т.е. воспринимаемая тяжесть состояния ребенка, провоцирует депрессивную симптоматику у родителей.

Шкалы Листа наблюдений Т. Ахенбаха, оказывающие влияние на общий показатель депрессии

Независимые переменные	β	t
Замкнутость	-1,279	-2,600
Соматические проблемы	-1,606	-3,845
Тревожность	-0,943	-2,279
Нарушения социализации	-0,816	-2,659
Внутренние проблемы	2,416	2,736

Примечание: β – стандартный коэффициент регрессии; t – критерий Стьюдента; p – уровень статистической значимости.

Но когда ребенок проявляет эти проблемы (замкнутость, соматические проблемы, тревожность или трудности социализации) не все одновременно, а по отдельности, то уровень симптомов депрессии может снижаться. Предположительно, это происходит за счет того, что родители не испытывают таких интенсивных отчаяния и беспомощности, как при одновременном «сгущении» всех проблем, а, наоборот, мобилизуются для наиболее эффективного совладания с отдельной имеющейся проблемой.

Зависимость проявления ПТР, симптомов депрессии и базисных убеждений родителей от возраста детей с ОВЗ

В таблице 3 приведены результаты родителей по шкалам всех опросников в зависимости от возраста их детей с ОВЗ. Для этого мы использовали периодизацию Д.Б. Эльконина и поделили детей на три группы: дошкольный возраст, младший школьный возраст, отрочество. Важно подчеркнуть, что определяющий фактор прежде всего не возраст ребенка сам по себе, а промежуток времени, прошедший после постановки диагноза, разрушения старого жизненного мира и состоянием построения нового на момент исследования.

Различия в показателях выраженности шкал ПТР, симптомов депрессии и базисных убеждений в зависимости от возраста детей

Шкалы опросников	**Возраст детей**			
	Дошкольный	Младший школьный	Отрочество	**p**
Посттравматический рост	53,04	56,64	62,52	0,508
Отношение к другим	53,22	56,85	61,93	0,566
Новые возможности	57,04	57,81	55,60	0,960
Сила личности	53,42	58,52	58,93	0,727
Духовные изменения	52,13	55,34	65,79	0,218
Повышение ценности жизни	55,72	57,61	57,57	0,960
Депрессия	63,07	58,21	47,47	0,152
Симптомы когнитивно-аффективной депрессии	60,78	58,74	49,43	0,338
Симптомы соматической депрессии	**65,36**	**56,25**	**47,86**	**0,097**
Доброта окружающего мира	49,29	57,76	65,31	0,141
Доброжелательность людей	**44,31**	**55,99**	**74,43**	**0,001**
Справедливость мира	47,81	62,74	59,57	0,115
Контролируемость мира	51,89	59,73	58,83	0,518
Случайность, как принцип распределения событий	50,97	60,52	58,66	0,394

Ценность собственного «Я»	53,07	62,66	52,52	0,285
Степень самоконтроля	57,74	57,11	55,90	0,974
Степень удачи или везения	56,15	56,32	59,17	0,917
Общее отношение к доброте окружающего мира	**45,72**	**56,94**	**71,10**	**0,008**
Осмысленность мира	52,50	56,68	63,12	0,427
Собственная ценность	53,75	59,90	56,24	0,689

Примечание: жирным текстом выделены значимые различия; p – уровень статистической значимости.

Как мы видим из таблицы 3, при сравнении групп по возрасту и по степени выраженности общих показателей симптомов депрессии и ПТР различий нет.

Постановка диагноза ребенку (травмирующее событие) разрушает жизненный мир родителей. С течением времени у них строится новый жизненный мир, в котором уже присутствуют не только ребенок, но и его особенности развития. В дальнейшем может наблюдаться ретравматизация, вызванная возрастными изменениями ребенка с ОВЗ, которые каждый раз вынуждают модифицировать жизненный мир под новые жизненные условия. По мере роста ребенка возникают новые критические ситуации, связанные с взрослением и изменением социальной ситуации (окончание школы, поступление в колледж или вуз, необходимость интеграции в общество). Многие родители в процессе опроса озвучивали тревожный для себя вопрос: «Что делать, когда ребенок закончит учиться?».

Отсутствие различий по ПТР можно обосновать тем, что пусковым механизмом ПТР является разрушение привычных базисных убеждений вследствие травмирующего события разрушительного («сейсмического») характера [16], каким и является постановка диагноза ребенку. Предположительно, текущие адаптационные процессы и ретравматизации не носят «сейсмический» характер и не влияют непосредственно на ПТР. Их воздействие может проявляться опосредованно по мере формирования новых базисных убеждений, на которые они оказывают прямое влияние.

В свою очередь, из таблицы 3 видна тенденция к снижению выраженности соматических симптомов депрессии у родителей по мере взросления ребенка. Это можно объяснить тем, что происходит постепенное принятие ситуации болезни ребенка и родители учатся выражать свои чувства и переживания, что препятствует соматизации стресса и психологических проблем. Выявлены различия по базисным убеждениям: чем старше ребенок, тем выше у родителей показатели по шкалам Общего отношения к доброте окружающего мира и Доброжелательности людей. Предположительно, у родителей после постановки диагноза ребенка появляется ощущение отчужденности, формируется внутренняя стигматизация и установка, что все отвергают их и ребенка с ОВЗ. Но с течением времени появляется понимание важности поиска доброго отношения и реальной возможности найти людей, которые смогут поддержать и понять.

Выводы

Субъективное восприятие тяжести психофизического состояния ребенка влияет на степень выраженности депрессивной симптоматики у родителей, в частности, показатель «Внутренние проблемы» (психологические симптомы поведенческих и эмоциональных проблем ребенка) [2] повышает ее уровень. Однако отдельные составляющие этого показателя – Замкнутость, Соматические проблемы, Тревожность и Нарушения социализации, – напротив, снижают уровень симптомов депрессии у родителей.

Таким образом, обилие проблем способствует росту симптомов депрессии у родителей детей с ОВЗ, а наличие отдельных проблем, напротив, способствует мобилизации ресурсов на их решение и снижает проявления депрессии.

Субъективное восприятие тяжести психофизического состояния ребенка не влияет на общий показатель ПТР родителей детей с ОВЗ. Отдельные шкалы, входящие в интегральный показатель «Внутренние проблемы ребенка» – Тревожность, а также на уровне тенденции Социальная дезадаптация и Соматические проблемы – негативно влияют лишь на Духовные изменения как фактор ПТР.

При сравнении групп по возрастам (дошкольный, младший школьный, отроческий) по степени выраженности общих показателей симптомов депрессии и ПТР у родителей различий не обнаружено. Однако можно увидеть тенденцию, что чем старше ребенок, то есть чем больше времени прошло после постановки диагноза, тем меньше выраженность соматических симптомов депрессии у его родителей, что можно объяснить постепенным переходом родителей к более зрелым способам переработки негативных эмоций реагирования вместо соматизации негативных чувств.

Выявлены различия по базисным убеждениям: чем старше ребенок, тем выше у родителей показатели по шкалам Общего отношения к доброте окружающего мира и Доброжелательности людей, т.е. тем больше они склонны воспринимать и ценить поддержку и доброжелательность окружающих.

Полученные выводы требуют дальнейшего уточнения и верификации в силу ряда ***ограничений текущего исследования***:

1. в данной статье учитывался только возраст детей с ОВЗ, но не количество времени, прошедшее с момента постановки диагноза ребенку. Влияние количества времени с момента постановки диагноза ребенку с ОВЗ на посттравматический рост родителя мы планируем рассмотреть в дальнейших исследованиях;
2. выводы основаны на результатах математической обработки данных непараметрическими методами и учитывают слабозначимые (на уровне тенденции) связи и различия между исследуемыми переменными и группами. В дальнейшем планируется расширение выборки родителей детей с ОВЗ и применение параметрических статистических критериев для получения более точных и надежных результатов;
3. результаты, полученные в текущем исследовании, не были сопоставлены с имеющимися в отечественной и зарубежной научной литературе данными о связи посттравматического роста родителя ребенка с ОВЗ с субъективным восприятием тяжести симптоматики и с возрастом ребенка. В ближайшей перспективе планируется сделать обзор исследований со сходными задачами и сравнить с ними полученные данные.

Основные направления психологической помощи родителям детей с ОВЗ, вытекающие из полученных результатов

На основании проведенного исследования и следующих из него выводов можно сформулировать ряд направлений психологической помощи. Семья – это первичная среда развития ребенка, именно поэтому родители должны быть первыми, кому должна оказываться психологическая помощь в случае инвалидности ребенка. Целью данной помощи должно быть содействие в адаптации родителей детей с ОВЗ к новой жизненной ситуации.

1. *Снижение уровня тревожности* родителей детей с ОВЗ является важным аспектом для успешной жизнедеятельности самого родителя и процесса абилитации ребенка. Родители, у которых дети с повышенной тревожностью, особенно нуждаются в психологической помощи и поддержке со стороны специалистов. В последнем случае важно помогать им учиться справляться (взаимодействовать) с тревогой ребенка, а не заражаться ею.
2. *Профилактика психосоматических заболеваний* у родителей, которые недавно узнали о диагнозе ребенка. Родители детей дошкольного возраста находятся в зоне риска, так как склонны к соматизации психологического стресса. Они нуждаются в помощи для выработки эффективных стратегий переработки стресса и требуют к себе особенно пристального внимания со стороны специалистов.
3. *Профилактика стигматизации* родителей детей с ОВЗ должна проводиться не только со специалистами, но и в целом с населением. Кроме того, необходимо предупреждать возникновение «аутостигматизации». Помощь, особенно на первых этапах принятия диагноза и формирования нового жизненного мира, может заключаться в поиске эмоциональной поддержки у окружающих, поиске среды с положительным отношением к ребенку с ОВЗ, людей, искренне помогающих или поддерживающих его семью.

Литература

1. *Гостунская Я.И.* Совладающее поведение родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья // Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Психологическое благополучие современной семьи» (г. Ярославль, 01 декабря 2016 г.). Ярославль: Ярославский государственный педагогический университет им. К.Д. Ушинского, 2016. С. 41–44.
2. Корнилова Т.В., Григоренко Е.Л., Смирнов С.Д. Подростковая группа риска. СПб.: Питер, 2005. 336 с.
3. *Левченко И.Ю., Приходько О.Г.* Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. М.: Академия, 2001. 192 с.
4. *Леонтьев Д.А.* Человек и жизненный мир: от онтологии к феноменологии // Культурно-историческая психология. 2019. Т. 15. № 1. С. 25–34. doi:10.17759/chp.2019150103
5. *Магомед-Эминов М.Ш.* Позитивная психология человека. М.: ПАРФ, 2007. 624 с.
6. *Матейчек З.* Родители и дети: Книга для учителя. М.: Просвещение, 1992. 318 с.
7. *Падун М.А., Котельникова А.В.* Модификация методики исследования базисных убеждений личности Р. Янофф-Бульман // Психологический журнал. 2008. Т. 29. № 4. С. 98–106.
8. *Рыженко И. В., Карданова М.С.* Особенности реагирования родителей на присутствие в семье ребенка-инвалида. Вероятностные пути психологической помощи // Мир психологии. 2003. Т. 35. № 3. С. 242–246.

9. *Тарабрина Н.В.* Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001. 272 с.

10. *Чарова О.Б.,* Савина Е.А. Особенности материнского отношения к ребенку с интеллектуальным недоразвитием // Дефектология. 1999. № 5. С. 34–39.

11. *Achenbach T.M., Rescorla L.A.* Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families, 2001. pp. 16–17.

12. *Janoff-Bulman R.* Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct // Social Cognition, 1989. Vol. 7. № 2. P. 113–116. doi: 10.1521/soco.1989.7.2.113

13. *Janoff-Bulman R.* Posttraumatic growth: Three explanatory models // Psychological Inquiry, 2004. Vol. 15. № 1. P. 30–34.

14. *Scorgie K., Wilgosh L., Sobsey D.* The experience of transformation in parents of children with disabilities: Theoretical considerations // Developmental Disabilities Bulletin. 2004. Vol. 32. № 1. P. 84–110.

15. *Taku K., Cann A., Calhoun L.G.,* et al. The factor structure of the Posttraumatic Growth Inventory: a comparison of five models using confirmatory factor analysis // Journal of Traumatic Stress. 2008. Vol. 21. № 2. P. 158–164. doi:10.1002/jts.20305

16. *Tedeschi R.G., Calhoun L.G.* The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma // Journal of Traumatic Stress, 1996. Vol. 9. № 3. P. 455–471. doi:10.1007/BF02103658

17. *Tedeschi R.G., Calhoun L.G., Shakespeare-Finch J., et al.* Posttraumatic Growth. Theory, Research, and Applications. New York, 2018. 264 p. doi: 10.4324/9781315527451.

Информация об авторах

Сергиенко Анна Игоревна, кандидат психологических наук, педагог-психолог Федерального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с РАС, ФГБОУ ВО Московский государственный психолого-педагогический университет, Москва, Россия, ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5105-4592,
e-mail: sergienkoanna809@gmail.com

Метрики публикации

Портал психологических изданий PsyJournals.ru
https://psyjournals.ru/journals/cpse/archive/2019_n4/Sergienko[Эмоциональная дезадаптация и посттравматический рост родителя ребенка с ОВЗ: связь с субъективным восприятием тяжести симптоматики и с возрастом ребенка // Клиническая и специальная психология — 2019. Том 8. № 4]