



КРИТЕРИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ С ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

© Г.В. Пятакова^{1, 2}, О.В. Оконешникова³, С.В. Кудрявцева⁴, С.В. Виссарионов¹, Д.Н. Церфус⁵

¹ ФГБУ «НИДОИ им. Г.И. Турнера» Минздрава России, Санкт-Петербург;

² ФГБУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург;

³ Петербургский государственный университет путей сообщения императора Александра I, Санкт-Петербург;

⁴ ЧОУВО «Восточно-Европейский институт психоанализа», Санкт-Петербург;

⁵ Санкт-Петербургский университет ГПС МЧС России, Санкт-Петербург

Поступила: 03.10.2018

Одобрена: 16.01.2019

Принята: 05.03.2019

Введение. Задача сохранения психологического здоровья детей и подростков признается одной из главных в сложных условиях современного мира. В междисциплинарных исследованиях рассматриваются психологические аспекты психического здоровья. Под психологическим здоровьем понимают высший уровень психического здоровья, интегральную характеристику благополучия личности, предпосылки развития личностной зрелости. Среди неблагоприятных факторов в отношении психического и психологического здоровья называют соматическое страдание, в том числе ортопедические заболевания. Было сделано предположение, что когнитивные, эмоциональные и поведенческие реакции на ортопедическое заболевание, элиминирующие дезадаптивные проявления в трудной жизненной ситуации в связи с болезнью, могут служить важными показателями психологического здоровья подростка.

Цель исследования заключалась в выявлении специфических показателей психологического здоровья у подростков с различными ортопедическими заболеваниями.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 90 подростков, в том числе 60 подростков с ортопедическими заболеваниями в возрасте от 12 до 17 лет: 30 подростков с суставной формой ювенильного хронического артрита и 30 детей с отдаленными последствиями механической травмы верхних и нижних конечностей, полученной в результате несчастного случая по неосторожности. Контрольную группу составили здоровые подростки того же возраста. В качестве традиционных показателей психологического здоровья рассматривали характеристики самооценочного компонента личности (удовлетворенность различными сторонами собственной жизни) у подростков с ортопедическими заболеваниями и у их здоровых сверстников. Применяли модифицированную В.И. Гордеевым и Ю.С. Александровичем шкалу Пирса – Харриса (ШПХМ) и тест отношения к болезни (ТОБОЛ).

Результаты. У подростков с различными формами ортопедических заболеваний формирование устойчивых вариантов отношения к заболеванию с нарушением адаптации по интер- и интрапсихическому типу сопровождается переживанием дискомфорта, трудностями саморегуляции в ситуации лечения; негативным отношением к себе. Образование устойчивых вариантов эмоционального, когнитивного и поведенческого реагирования без выраженных нарушений психической и социальной адаптации сопровождается переживанием чувства комфорта и удовлетворенности собой. Преобладающие реакции по гармоническому, эргопатическому и анозогнозическому типам могут выступать в качестве саногенных проявлений. Формирующиеся устойчивые варианты отношения к заболеванию с нарушением адаптации по интер- и интрапсихическому типам могут представлять собой факторы риска по нарушению психологического здоровья у подростков в ситуации ортопедического заболевания.

Ключевые слова: психическое здоровье; психологическое здоровье; критерии психологического здоровья; подростки; ортопедическое заболевание; ювенильный хронический артрит; последствия физической травмы.

CRITERIA OF PSYCHOLOGICAL HEALTH OF ADOLESCENTS WITH ORTHOPEDIC DISEASES

© G.V. Pyatakova^{1, 2}, O.V. Okoneshnikova³, S.V. Kudryavtseva⁴, S.V. Vissarionov¹, D.N. Cerfus⁵

¹ The Turner Scientific Research Institute for Children's Orthopedics, Saint Petersburg, Russia;

² Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia;

³ Saint Petersburg State University of Railway Engineering, Emperor Alexander I, Saint Petersburg, Russia;

⁴ East European Institute of psychoanalysis, Saint Petersburg, Russia;

⁵ Saint Petersburg University of Emergency Situations Ministry of Russia, Saint Petersburg, Russia

For citation: Pediatric Traumatology, Orthopaedics and Reconstructive Surgery. 2019;7(1):71-80

Received: 03.10.2018

Revised: 16.01.2019

Accepted: 05.03.2019

Introduction. The task of preserving the psychological health of children and adolescents is recognized as most important in the complex conditions of the modern world. Interdisciplinary research addresses the psychological aspects of mental health. For psychological health, understanding the highest level of mental health is an integral characteristic of the well-being of the individual, and the prerequisites for the development of personal maturity. Among the adverse factors in relation to mental and psychological health is what is known as somatic suffering, which occurs in orthopedic diseases. Cognitive, emotional, and behavioral responses to orthopedic disease, eliminating maladaptive manifestations in difficult life situations due to the disease, can be important indicators of psychological health of adolescents.

Aim. We identify specific indicators of psychological health in adolescents with various orthopedic diseases.

Materials and methods. The study involved 90 adolescents: 60 aged 12–17 years with orthopedic diseases (30 with articular juvenile chronic arthritis and 30 with long-term consequences of mechanical trauma of the upper and lower limbs, resulting from an accident due to negligence) and a control group consisting of healthy adolescents of the same age. The characteristics of the self-esteem personality component (satisfaction with various aspects of their own lives) in adolescents with orthopedic diseases and their healthy peers were considered traditional indicators of psychological health. We used Piers–Harris scale modified by V.I. Gordeev Y.S. Aleksandrovich and test of attitude to disease.

Results. In adolescents with various forms of orthopedic disorders, the formation of stable variants of the attitude to the disease with a violation of adaptation of inter- and intrapsychic types is accompanied by the experience of discomfort, difficulties of self-regulation during treatment, and signs of a negative attitude. Formation of stable variants of emotional, cognitive, and behavioral responses without expressed disorders of mental and social adaptation is accompanied by a feeling of comfort and self-satisfaction. The prevailing reaction at harmonic, allopathic, and anosognosic types of mogutt act as a sanogenic effect. Emerging resistant variants of the attitude to the disease with a violation of adaptation of inter- and intrapsychic types can represent risk factors for breach of psychological health in adolescents with orthopedic diseases.

Keywords: mental health; psychologic health; criteria of psychologic health; teenagers; orthopedic disease; juvenile chronic arthritis; consequences of physical trauma.

Введение

Проблема психологического здоровья привлекает к себе внимание специалистов, работающих с детьми и подростками [1–5]. Актуальность данной темы обусловлена, с одной стороны, стойкой тенденцией к распространенности психических и психологических отклонений среди детского населения, с другой — необходимостью полноценного функционирования личности в сложных условиях современного мира [3, 4, 6, 7]. Задача сохранения психологического здоровья детей и подростков признается одной из главных целей психологической работы в психолого-педагогическом процессе в сфере образования [1, 2], показателем эффективности комплексной медико-психологической реабилитации и критерием оценки деятельности клинического психолога в медицинских учреждениях [3–6, 8]. Термин “mental health” («психическое здоровье») был введен Всемирной организацией здравоохранения, встречается в англоязычных публикациях с 1979 г. и обозначает успешность человека в предметной и коммуникативной деятельности, способность к успешной адаптации в новых условиях и умение противостоять трудностям [9]. Следует отметить, что понятие психологического здоровья не имеет четких дефиниций. Отмечается, что психическое здоровье на всех этапах онтогенеза составляет основу

для интеллектуального и личностного развития, приобретения знаний и навыков, роста эмоциональной устойчивости и самоуважения. Под психологическим здоровьем понимают высший уровень психического здоровья, интегральную характеристику благополучия личности, проявляющуюся в социальных, поведенческих, эмоциональных и интеллектуальных характеристиках [1, 2, 8, 10–15]. Отечественные психологи под психологическим здоровьем детей и подростков чаще всего понимают полноценное психическое развитие ребенка на всех этапах онтогенеза, которое является необходимым условием гармоничного интер- и интрапсихического функционирования человека [1, 12]. Основными содержательными характеристиками психологического здоровья в детском и подростковом возрасте считаются условия и предпосылки развития личностной зрелости [1, 11, 12, 14, 15]. К факторам, оказывающим неблагоприятное воздействие на психическое и психологическое здоровье, относят: неблагоприятные социальные и экономические условия, современный темп жизни, дисгармонию в микросоциальном окружении, проблемы системы образования, высокие требования к уровню развития ребенка [9, 14, 15]. Среди неблагоприятных факторов в отношении психического и психологического здоровья называют соматическое страдание,

в том числе врожденные и приобретенные нарушения опорно-двигательного аппарата [4, 5, 7, 15–18]. Представление о критериях психологического здоровья в детском и подростковом возрасте фигурирует в психологической литературе на уровне постановки проблемы. В качестве таковых исследователи называют разнообразные психологические феномены: степень адаптации ребенка к социуму [1, 3, 4], способность к рефлексии, к выбору ресурсов в трудной жизненной ситуации, общий уровень способностей [1, 12, 13]. В качестве наиболее важной характеристики психологического здоровья в подростковом возрасте различные авторы называют следующие феномены: преобладающий эмоциональный фон, тревожность, удовлетворенность различными сторонами жизни и чертами собственной личности, уровень самооценки [1, 8].

Проводились исследования специфики нарушений психического и психологического здоровья в детском возрасте. В качестве маркеров, указывающих на отклонения в сфере психологического здоровья, рассматриваются когнитивные, эмоциональные, поведенческие симптомы — общий девиантный синдром адаптации (ОДСА). Симптомокомплекс ОДСА включает в себя нарушения познавательной деятельности, снижение интеллектуальной продуктивности, трудности сосредоточения, неуверенность в себе, тревожность, мотивацию избегания неуспеха, отсутствие источников социальной поддержки, пессимистическое отношение к миру, пониженное настроение, неудовлетворенные потребности в общении, пониженную активность, низкую продуктивность деятельности, конфликтность, замкнутость [3, 4]. Отмечается, что специфическая особенность психологического здоровья детей и подростков заключается в его ситуационной обусловленности: характеристики психологического здоровья проявляются как реакции на специфические ситуации, зависят от возраста ребенка (зрелости центральной нервной системы), носят функциональный характер, имеют непосредственную связь с микросоциальными факторами [3, 4, 8, 15]. Для детей и подростков, оказавшихся в трудной жизненной ситуации в связи с тяжелым заболеванием, в том числе ортопедическим, критерии их психологического здоровья могут отличаться от аналогичных показателей здоровых детей и определяться спецификой заболевания. Так, ювенильный хронический артрит (ЮХА) представляет собой тяжелое заболевание, приводящее к инвалидности из-за поражения опорно-двигательного аппарата [16]. Итогом такого процесса является прогрессирование заболевания, инвалидизация

вследствие хронического деформирующего артрита, вызванного поражением синовиальных оболочек суставов инфекционно-аллергического характера.

Среди детей с деформациями костей и суставов верхних и нижних конечностей после механической травмы преобладают подростки 10–17 лет [7, 17]. Восстановительное лечение детей с тяжелыми последствиями механических травм, как правило, предусматривает сложное хирургическое лечение и восстановительные реабилитационные мероприятия и продолжается в течение длительного времени. Жизненная ситуация детей и подростков с ЮХА и с тяжелыми последствиями механической травмы включает повседневные и травматические стрессоры, связанные с необходимостью соблюдения лечебного режима, болезненными медицинскими манипуляциями, хирургическими вмешательствами. Такие трудности не могут быть разрешены с помощью привычных способов преодоления обычных житейских проблем и требуют выработки новых приспособительных реакций. Такие адаптивные реакции могут определяться возрастными особенностями, формирующимися в соответствии с особыми условиями развития и психологическими новообразованиями, появляющимися на каждом возрастном этапе. В подростковом возрасте к таким новообразованиям относят самооценочный компонент личности (самоотношение), выполняющий функцию саморегуляции. В условиях заболевания, сопровождающегося нарушениями опорно-двигательного аппарата, формируется специфическое психологическое новообразование — отношение подростка к собственному заболеванию, обеспечивающее эмоциональные, когнитивные и поведенческие реакции, определяющие возможности адаптации в трудной жизненной ситуации. Когнитивные, эмоциональные и поведенческие реакции на собственное заболевание, элиминирующие дезадаптивные проявления в трудной жизненной ситуации в связи с болезнью, могут представлять собой маркеры, указывающие на уровень зрелости личности, формирующейся в условиях болезни, и служить важными показателями психологического здоровья подростка. Для выявления характеристик, выступающих в качестве критериев психологического здоровья в трудной жизненной ситуации в связи с наличием тяжелого ортопедического заболевания, рассматривают взаимосвязи между различными психологическими новообразованиями подросткового возраста, в первую очередь взаимосвязи между параметрами, отражающими различные варианты отношения к собственному заболеванию, и характеристиками

самооценочного компонента личности, отражающего удовлетворенность подростка различными сторонами собственной жизни, возможности саморегуляции и традиционно рассматривающегося в качестве показателя психологического здоровья в подростковом возрасте.

Цель исследования состояла в выявлении специфических показателей психологического здоровья у подростков с различными ортопедическими заболеваниями. Конкретные задачи исследования предполагали сравнение характеристик психологического новообразования у подростков в условиях ортопедических заболеваний и в ситуации без тяжелых хронических заболеваний, а также изучение взаимосвязей между показателями различных вариантов отношения к болезни и самооценочными параметрами, отражающими удовлетворенность подростка различными сторонами собственной жизни.

Материалы и методы

В исследовании на основании добровольно-информированного согласия приняли участие 90 подростков, в том числе 60 подростков с ортопедическими заболеваниями в возрасте от 12 до 17 лет: 30 подростков с суставной формой ювенильного хронического артрита (олигоартрит, полиартрит, стаж заболевания от полугода до 10 лет, все больные получали медикаментозное лечение) и 30 детей с деформациями после механической травмы костей и суставов верхних и нижних конечностей, полученной в результате несчастного случая по неосторожности (контрактуры суставов, отдаленные последствия сложных переломов конечностей, стаж заболевания от 4 месяцев до 6 лет, количество перенесенных хирургических вмешательств от 1 до 4). Контрольную группу составили здоровые подростки того же возраста. В качестве традиционных показателей психологического здоровья рассматривали характеристики самооценочного компонента личности (удовлетворенность различными сторонами собственной жизни) у подростков с ортопедическими заболеваниями и у их здоровых сверстников. Для этой цели применяли модифицированную В.И. Гордеевым и Ю.С. Александровичем шкалу Пирса – Харриса (ШПХМ), предназначенную для детей широкого возрастного диапазона — с 9-летнего возраста и до 18 лет [19]. Самооценочный компонент личности описывали с помощью восьми переменных: поведение; интеллектуальный и школьный статусы; внешность; тревожность; популярность; счастье и удовлетворенность; здоровье и собственно самооценка психосоциального

статуса. Для изучения возможностей адаптации подростков с ортопедическими заболеваниями в трудной жизненной ситуации в связи с тяжелым заболеванием изучали особенности отношения детей к болезни.

Психологическую диагностику характеристик отношения к заболеванию в связи с возможным дезадаптивным поведением в ситуации лечения в связи с ортопедическим заболеванием осуществляли при помощи теста отношения к болезни (ТОБОЛ) [20]. Теоретико-психологическую основу методики составляет концепция психологических отношений В.Н. Мясищева (цит. по: Личко А.Е., 1977). Отношение к болезни, которому присущи все характеристики психологического отношения, включает в себя когнитивный (информированность о болезни), эмоциональный (переживание болезни), поведенческий (определенные стратегии поведения в жизненных ситуациях, связанных с лечебными мероприятиями) компоненты. Диагностируют следующие типы отношения к заболеванию: гармоничный, эргопатический, анозогнозический, тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический, сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный, дисфорический. Гармоничный тип отношения к болезни предполагает адекватную оценку пациентом своего состояния. Эргопатический тип отношения к болезни проявляется в склонности больного справляться с негативными переживаниями, занимаясь доступными в ситуации лечения видами деятельности; например, подростки в условиях стационара могут усиленно заниматься уроками, читать, отвлекаясь от тревожных мыслей и неприятных ощущений. Анозогнозический тип отношения к болезни предполагает активное отбрасывание мыслей о болезни, о возможных ее последствиях, «забывание» очевидного. Тревожный тип отношения к заболеванию характеризуется непреходящим беспокойством в отношении эффективности проводимого лечения, исхода хирургических вмешательств, при этом, как правило, преобладает тревожное настроение, необоснованные страхи. При ипохондрическом варианте отношения к заболеванию пациент чрезмерно сосредоточен на переживаниях, связанных с болезненными ощущениями, проявляет недоверчивость к эффективности плановых медицинских процедур. Неврастенический тип отношения к болезни проявляется в повышенной раздражительности, слезливости, особенно при наличии болевых ощущений и в ситуации кажущихся неудач в лечебном процессе. При меланхолическом типе реагирования на ситуацию лечения у пациента отмечается удрученно-депрессивное состо-

яние, неверие в возможность улучшения здоровья. Апатический тип отношения к заболеванию предполагает полное безразличие к результатам лечения. При сенситивном варианте отношения к заболеванию наблюдается чрезмерная озабоченность впечатлением, которое может произвести на окружающих соматический недостаток, опасение недоброжелательного отношения со стороны окружающих, страх негативных оценок со стороны сверстников. При эгоцентрическом типе отношения отмечается стремление продемонстрировать окружающим свою уникальность в связи с заболеванием. При паранойальном типе отношения к болезни пациенты склонны винить в своем заболевании других, например врачей, близких родственников. При дисфорическом типе отношения к заболеванию у больных преобладают мрачно-озлобленное настроение, зависть и злость по отношению к здоровым сверстникам, притворное отношение к медицинскому персоналу.

Различные типы отношения к болезни характеризуются наличием или отсутствием дезадаптивных поведенческих и эмоциональных реакций. При гармоническом, эргопатическом и анозогнозическом типах отношения к болезни социальная и психическая адаптации пациента существенно не нарушается. Тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический типы проявляются в дезадаптивном реагировании, имеющем интрапсихическую направленность и проявляющемся в разнообразных нарушениях эмоционального спектра. Сенситивный, эгоцентрический, дисфорический, паранойальный типы имеют интерпсихическую направленность и клинически проявляются в нарушениях социального функционирования, в том числе в агрессивных поведенческих реакциях по отношению к окружающим.

Проводили сбор анамнестических данных, изучение историй болезни. Статистический метод обработки данных включал в себя вычисление средних величин, определение достоверности различий по критериям Стьюдента, Фишера, корреляционный анализ.

Результаты и их обсуждение

Проведено сравнение характеристик психологического новообразования в условиях болезни (отношения к заболеванию) у подростков с последствиями травмы и у подростков с ЮХА. Среди «чистых» типов отношения к заболеванию у подростков с ортопедическими заболеваниями чаще других встречаются типы, при которых психическая и социальная адаптация существенно не нарушается. У подростков с ЮХА чаще выявляются эргопатический, гармонический и анозогнозический варианты отношения к заболеванию. У подростков с последствиями механической травмы одинаково часто встречается отношение к болезни по эргопатическому и анозогнозическому типам (табл. 1).

Необходимо отметить, что эргопатический вариант отношения к заболеванию предполагает активное поведение, направленное на преодоление вызывающих дискомфорт ситуаций. Анозогнозический вариант отношения к болезни предполагает пассивное, энергосберегающее поведение в условиях болезни при включении защитных механизмов по типу отрицания. Гармонический тип отношения к болезни представляет собой сочетание активных и пассивных способов приспособления при адекватной оценке ситуации и умении справиться с негативными переживаниями. У большинства подростков с ортопедическими проблемами различного генеза преобладает смешанный тип отношения к болезни. Смешанный вариант отношения к заболеванию свидетельствует о ситуационной обусловленности различных когнитивных, эмоциональных и поведенческих реакций на заболевание. Полученные данные подтверждают результаты сравнения средних значений выраженности реакций, соответствующих различным типам отношения к болезни. В целом полученные данные отражают процесс формирования отношения к собственному заболеванию в подростковый период больных с ЮХА и пациентов с последствиями механической травмы, что свидетельствует о недостаточной оформленности данного

Таблица 1

Типы отношения к болезни подростков с ювенильным хроническим артритом и последствиями травмы (по результатам методики ТООБА)

Пациенты	Типы отношения к болезни, %							
	Смешанный	Г	Р	З	А	Э	И	Д
С ЮХА	39,96 %	9,99 %	33,3 %	13,32 %	3,33 %	–	–	–
С травмой	43,29 %	3,33 %	23,31 %	19,98 %	–	3,33 %	3,33 %	3,33 %

Примечание. Г — гармоничный, Р — эргопатический, З — анозогнозический, А — апатический, Э — эгоцентрический, И — ипохондрический, Д — дисфорический; ЮХА — ювенильный хронический артрит.

психологического новообразования. Можно предположить, что процесс формирования устойчивого отношения к заболеванию в подростковом возрасте предполагает поиск методом проб и ошибок, «испытание» различных приспособительных реакций к заболеванию и ситуации лечения. Роль модулятора в этом процессе могут играть самооценочные характеристики, включающие чувство комфорта — дискомфорта, удовлетворенность различными сторонами собственной жизни, в том числе связанными с проявлениями заболевания.

Было проведено сравнение уровневых значений самооценок различных сторон жизнедеятельности подростков с ортопедическими нарушениями и здоровых подростков. Оказалось, что у пациентов ортопедической клиники травматологического профиля и у подростков, страдающих ЮХА, самооценочные параметры снижены по сравнению с их здоровыми сверстниками. У подростков с ЮХА самооценочные характеристики оказались несколько ниже, чем у травмированных подростков. Однако достоверных различий по данным показателям между двумя группами пациентов ортопедической клиники обнаружено не было (табл. 2).

Подростки с последствиями травмы отличаются от своих здоровых сверстников сниженными самооценочными показателями по шкалам «внешность» — $t = 2,60$ при $p \leq 0,05$; «популярность» — $t = 2,81$ при $p \leq 0,05$; и «здоровье» — $t = 2,05$ при $p \leq 0,05$. Полученные результаты свидетельствуют о том, что пациенты испытывают беспокойство и чувство неудовлетворенности относительно своего здоровья, внешности и в сфере общения со сверстниками. Анализ ответов пациентов травматологического профиля показал, что они испытывают чувство дискомфорта в ситуациях, связанных с двигательной активностью, повседневными делами, требующими физической выносливости, хорошего самочувствия, отсутствия болевых ощущений. Кроме того, беспокойство вызывают трудности передвижения, самообслуживания,

необходимость подвергаться медицинским манипуляциям и много времени уделять лечебной физкультуре. Физический недостаток, представляющий собой деформации после механической травмы костей и суставов верхних и нижних конечностей, оценивается травмированными подростками как косметический дефект, делающий их непривлекательными, некрасивыми; препятствующий успешному взаимодействию в референтной группе, снижающий авторитет в среде сверстников. В других сферах собственной жизни травмированные подростки, так же как и их здоровые сверстники, имеют позитивную, удовлетворяющую их самооценку. Они переживают ощущение радости жизни, считают себя сообразительными и достаточно успешными в учебной деятельности, поведении и общении со взрослыми.

Еще в большей степени снижены самооценочные показатели подростков с ЮХА по сравнению с аналогичными показателями здоровых подростков. В группе подростков с ЮХА эти показатели оказались снижены по шкалам «интеллектуальный статус» — $t = 2,69$ при $p \leq 0,05$; «внешность» — $t = 5,04$ при $p \leq 0,05$; «тревожность» — $t = 3,50$ при $p \leq 0,05$; «популярность» — $t = 3,30$ при $p \leq 0,05$; «здоровье» — $t = 4,04$ при $p \leq 0,05$; «психосоциальный статус» — $t = 2,02$ при $p \leq 0,05$ (см. табл. 2). Полученные результаты свидетельствуют о том, что подростки с ЮХА ощущают собственную несостоятельность в повседневной жизни в связи с ограниченными возможностями самостоятельно выполнять повседневные дела, болевым дискомфортом и необходимостью много времени проводить в больнице. Они неудовлетворены своим положением в группе сверстников, чувствуют, что не могут быть интересны, завоевать уважение и авторитет среди здоровых подростков. Кроме того, они в меньшей степени удовлетворены своими успехами в учебе, считают себя менее сообразительными и грамотными, чем здоровые ученики. Занятия в школе, общение, лечебные ме-

Таблица 2

Сравнение самооценок психосоциального статуса подростков с ортопедическими заболеваниями и здоровых подростков (по результатам методики Пирса – Харриса)

Пациенты		Самооценка психосоциального статуса							
		1	2	3	4	5	6	7	8
ЮХА	$M \pm \sigma$	$17,1 \pm 3,1$	$19,7 \pm 4,0$	$8,7 \pm 3,1$	$7,2 \pm 2,3$	$13,5 \pm 3,2$	$13,2 \pm 3,5$	$14,4 \pm 4,4$	$18,6 \pm 3,6$
Травма	$M \pm \sigma$	$17,2 \pm 4,2$	$20,0 \pm 5,7$	$10,2 \pm 3,6$	$8,4 \pm 2,3$	$13,3 \pm 4,4$	$13,5 \pm 3,4$	$16,5 \pm 4,6$	$18,9 \pm 4,1$
Здоровые	$M \pm \sigma$	$18,80 \pm 3,62$	$22,50 \pm 4,11$	$12,13 \pm 2,06$	$9,20 \pm 2,02$	$15,83 \pm 2,25$	$14,53 \pm 2,18$	$18,73 \pm 3,92$	$20,47 \pm 3,65$
	t	-0,1	-0,2	-1,7	-1,9	0,2	-0,3	-1,8	-0,3

Примечание. M — среднее значение, σ — стандартное отклонение; t — значение коэффициента Стьюдента; 1 — поведение, 2 — интеллектуальный статус, 3 — внешность, 4 — тревожность, 5 — популярность, 6 — счастье, 7 — здоровье, 8 — психосоциальный статус; ЮХА — ювенильный хронический артрит.

роприятия могут вызывать у подростков с ЮХА тревожные переживания, беспокойство, эмоциональное напряжение. Они считают себя менее успешными в учебе, общении со сверстниками, умении решать обычные житейские проблемы. Однако они позитивно оценивают свое поведение и характер. Считают себя счастливыми людьми, так как имеют хорошую семью, братьев, сестер, близких друзей, важным фактором переживания счастья и удовлетворенности является надежда на полноценную жизнь без болезни в будущем.

Проведен анализ взаимосвязей между показателями различных вариантов отношения к болезни и самооценочными параметрами, отражающими удовлетворенность подростка различными сторонами собственной жизни. В группе подростков с ЮХА самооценка «поведение» оказалась связана прямыми корреляционными зависимостями с параметрами, отражающими черты гармоничного ($p < 0,05$) и эргопатического ($p < 0,05$) вариантов отношения к заболеванию. Согласно полученным данным подростки, предпочитающие в ситуации болезни и лечения отвлекаться от тревожных мыслей и неприятных переживаний, занимаясь доступными в стационаре видами деятельности (уроки, чтение, помощь другим пациентам в решении бытовых проблем), считают себя активными, самостоятельными. Они удовлетворены собственной деятельностью по выстраиванию отношений с другими людьми, считают, что обладают хорошим характером, знают, как нужно себя вести в различных ситуациях, получают удовольствие, оказывая помощь другим пациентам клиники. У подростков с ЮХА успешная адаптация, связанная с активными поведенческими проявлениями, сопровождается чувством комфорта, удовлетворенности, высокой самооценкой собственного поведения.

Самооценочный показатель «счастье» положительно коррелирует с параметрами анозогностического типа отношения к болезни ($p < 0,05$). Полученные результаты свидетельствуют, что чувство комфорта и удовлетворенности собой чаще возникает у больных подростков в тех случаях, когда включается пассивный способ адаптации к болезни, сопровождающийся активизацией защитных механизмов по типу «отрицания» и предполагающий подсознательное игнорирование больным подростком очевидных неблагоприятных факторов, связанных с заболеванием и перспективами лечения. Самооценка психосоциального статуса оказалась напрямую связана с показателем, отражающим гармоничный вариант отношения к болезни ($p < 0,05$). Полученные результаты свидетельствуют, что принятие своих достоинств и недостатков, способность сознательно ставить

цели и строить свою жизнь в соответствии с этими целями согласуется у больных подростков со способностью к гибкой адаптации, сочетающей в себе активные и пассивные варианты реагирования на заболевание. Тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический типы проявляются в дезадаптивном реагировании, имеющем интрапсихическую направленность и проявляющемся в разнообразных нарушениях эмоционального спектра. Сенситивный, эгоцентрический, дисфорический, паранойальный типы характеризуются интерпсихической направленностью и клинически проявляются в нарушениях социального функционирования, в том числе в агрессивных поведенческих и избегающих реакциях в ситуации взаимодействия с другими людьми. Существуют достоверные отрицательные корреляционные зависимости между показателями, отражающими различные варианты дезадаптивного реагирования, и показателями самооценочного компонента личности. В соответствии с полученными нами данными признаки формирования устойчивых типов отношения к заболеванию с преимущественным дезадаптивным реагированием (интер- и интрапсихической направленности) у подростков с ЮХА сопровождаются переживанием негативных эмоций, чувством дискомфорта и собственной несостоятельности в различных областях жизни.

В группе подростков с последствиями механической травмы также присутствуют взаимозависимости между параметрами самооценочного компонента личности, отражающими удовлетворенность подростка различными сторонами своей жизни, и характеристиками, связанными с поведенческими, когнитивными и эмоциональными реакциями, составляющими отношение к собственному заболеванию. Наибольшее число прямых корреляционных зависимостей (шесть) выявлено между чертами анозогностического варианта отношения к заболеванию и параметрами самооценочного компонента личности: самооценкой психосоциального статуса ($p < 0,05$), самооценкой популярности ($p < 0,05$), самооценкой интеллектуального и школьного статуса ($p < 0,05$), внешности ($p < 0,05$), показателем, отражающим субъективное ощущение радости жизни и чувство удовлетворенности собой ($p < 0,05$), а также самооценочным показателем здоровья ($p < 0,05$). Между параметрами эргопатического типа отношения к заболеванию существуют прямые корреляционные связи с самооценкой счастья и удовлетворенности ($p < 0,05$) и самооценочным показателем по шкале «психосоциальный статус» ($p < 0,05$), которая включает в себя утверждения

о коммуникациях, психологических аспектах личности и занятости. Результаты исследования свидетельствуют, что для подростков, получивших физические травмы, пассивный способ адаптации к болезни, предполагающий игнорирование очевидных трудностей, связанных с лечением и перспективами выздоровления, чаще приводит к возникновению чувства комфорта и удовлетворенности собой. В этом случае подростки строят свои отношения с окружающими, принимая во внимание только позитивный опыт прошлого, не задумываясь о возможных ограничениях, связанных со здоровьем в будущем. Были выявлены многочисленные отрицательные корреляционные зависимости между показателями дезадаптивных реакций в рамках формирующихся в условиях болезни тревожного, неврастенического, апатического, меланхолического, сенситивного, истерического, дисфорического и паранойяльного типов отношения к болезни. Установленные взаимосвязи указывают на то, что возникновение устойчивых вариантов дезадаптивного реагирования интер- и интрапсихической направленности сопровождается у подростков с тяжелыми последствиями механических травм чувством собственной несостоятельности и эмоционального дискомфорта. Причем негативные переживания могут иметь отношение к учебе, общению, активности в различных областях жизни, к собственному здоровью.

Заключение

У подростков с ортопедическими проблемами различного генеза преобладает смешанный тип отношения к болезни, что свидетельствует о ситуационной обусловленности различных когнитивных, эмоциональных и поведенческих реакций на заболевание. У подростков с ЮХА наиболее сформированными в условиях болезни оказались эргопатический, гармонический и анозогностический варианты отношения к заболеванию, что предполагает активное поведение, направленное на преодоление вызывающих дискомфорт ситуаций, а также сочетание активных и пассивных способов приспособления при адекватной оценке ситуации и умении справляться с негативными переживаниями. У подростков с последствиями механической травмы одинаково часто встречается отношение к болезни по эргопатическому и анозогностическому типам, что предполагает как активное поведение, направленное на преодоление вызывающих дискомфорт ситуаций, так и пассивное, энергосберегающее поведение, при котором психическая и социальная адаптация существенно не нарушаются.

У подростков с последствиями травмы и у подростков, страдающих ЮХА, самооценочные параметры не различаются по уровневому характеристикам, но при этом они оказались снижены по сравнению со здоровыми подростками. Подростки с ЮХА ощущают собственную несостоятельность в повседневной жизни в связи с ограниченными возможностями самостоятельно выполнять повседневные дела, болевым дискомфортом и необходимостью много времени проводить в больнице, они считают себя менее успешными в учебе, общении со сверстниками. Они позитивно оценивают свои личностные качества, для них характерны переживания счастья и удовлетворенности, надежда на полноценную жизнь без болезни в будущем. Подростки с последствиями механической травмы испытывают чувство дискомфорта относительно своей внешности, здоровья, в ситуациях, требующих физической выносливости, преодоления болевых ощущений. В сферах, связанных с учебной деятельностью и общением, травмированные подростки ощущают удовлетворенность и комфорт. У подростков с ЮХА и подростков с последствиями механической травмы формируются устойчивые типы отношения к заболеванию с преимущественным дезадаптивным реагированием (интер- и интрапсихической направленности), они переживают негативные эмоции, чувство дискомфорта и собственной несостоятельности в различных областях жизни. Успешная адаптация, связанная с активными поведенческими проявлениями, у подростков с ЮХА и последствиями механической травмы сопровождается чувством комфорта, удовлетворенности. Характеристики формирующегося отношения к заболеванию можно рассматривать в качестве критериев психологического здоровья в подростковом возрасте. Преобладают реакции по гармоническому, эргопатическому и анозогностическому типам, которые могут выступать в качестве саногенных проявлений. Формирующиеся устойчивые варианты отношения к заболеванию с нарушением адаптации по интер- и интрапсихическому типу могут представлять собой факторы риска по нарушению психологического здоровья у подростков в ситуации ортопедического заболевания.

Дополнительная информация

Источник финансирования. Работа выполнена при поддержке РФФИ, проект № 17-29-02321.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Этическая экспертиза. Исследование выполнено в соответствии с этическими стандартами Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации с поправками Минздрава России, одобрено этическим комитетом ФГБУ «НИДОИ им. Г.И. Турнера» Минздрава России. Пациенты (их представители) дали согласие на участие в исследовании, обработку и публикацию персональных данных.

Вклад авторов

Г.В. Пятакова — организация и проведение эксперимента, написание статьи.

О.В. Оконешникова — участие в проведении эксперимента, корректировка текста статьи.

С.В. Кудрявцева — участие в обработке экспериментального материала, коррекция текста статьи.

С.В. Виссарионов — клиническое обследование пациентов.

Д.Н. Церфус — участие в обработке экспериментального материала.

Благодарности. Выражаем благодарность Е.А. Горской за помощь в проведении консультаций по теме исследования.

Литература

1. Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы / Под ред. И.В. Дубровиной. – Екатеринбург, 2000. [Psikhicheskoe zdorov'e detey i podrostkov v kontekste psikhologicheskoy sluzhby. Ed. by I.V. Dubrovina. Ekaterinburg; 2000. (In Russ.)]
2. Александрова Н.В. Проблема психологического здоровья детей в контексте деятельности педагога-психолога дошкольной образовательной организации // Вестник Новгородского государственного университета. – 2015. – № 88. – С. 8–11. [Aleksandrova NV. The problem of children's psychological health in the context of educational psychologist's activity in a pre-school educational institution. *Vestnik Novgorodskogo gosudarstvennogo universiteta*. 2015;(88):8-11. (In Russ.)]
3. Ананьев В.А., Васильев М.А., Горская Е.А., Малиновская Н.Д. Психология здоровья: эмпирические исследования психосоматического и психического здоровья школьников // Вестник Балтийской педагогической академии. – 2005. – № 61. – С. 10–17. [Anan'ev VA, Vasil'ev MA, Gorskaya EA, Malinovskaya ND. Psikhologiya zdorov'ya: empiricheskie issledovaniya psikhosomaticheskogo i psikhicheskogo zdorov'ya shkol'nikov. *Vestnik Baltiyskoy pedagogicheskoy akademii*. 2005;(61):10-17. (In Russ.)]
4. Ананьев В.А. Практикум по психологии здоровья. – СПб.: Речь, 2007. [Anan'ev VA. Praktikum po psikhologii zdorov'ya. Saint Petersburg: Rech'; 2007. (In Russ.)]
5. Мамайчук И.И. Психология дизонтогенеза и основы психокоррекции. – СПб.: Изд-во Санкт-Петербургского университета, 2000. [Mamaychuk II. Psikhologiya dizontogeneza i osnovy psikhokorreksii. Saint Petersburg: Izdatel'stvo Sankt-Peterburgskogo universiteta; 2000. (In Russ.)]
6. Исаев Д.Н. Психопатология детского возраста. – СПб.: СпецЛит, 2001. [Isaev DN. Psikhopatologiya detskogo vozrasta. Saint Petersburg: SpetsLit; 2001. (In Russ.)]
7. Пятакова Г.В., Лебедева Е.И., Потявина В.В., Церфус Д.Н. Возрастные и индивидуально-психологические факторы развития ПТС у детей с последствиями физических повреждений, требующих медицинского восстановительного лечения // *Wiadomosci Lekarskie*. – 2016. – Т. 69. – № 6. – С. 750–757. [Pyatakova GV, Lebedeva EI, Potyavina VV, Tserfus DN. Age specific and individual psychological factors of post-traumatic stress (PTS) development of children with after-effects of physical damages indicating medical rehabilitation. *Wiad Lek*. 2016;69(6):750-757. (In Russ.)]
8. Братусь Б.С. К проблемам человека в психологии // Вопросы психологии. – 1997. – № 5. – С. 3–20. [Bratus' BS. K problemam cheloveka v psikhologii. *Vopr Psikhol*. 1997;(5):3-20. (In Russ.)]
9. Лифинцева А.А. О соотношении понятий «психическое здоровье» и «психологическое здоровье» в отечественных и зарубежных исследованиях // Психическое здоровье и личность в меняющемся обществе: Материалы международной научно-практической конференции. – Калининград, 2007. – С. 44–48. [Lifintseva AA. O sootnoshenii ponyatii "psikhicheskoe zdorov'e" i "psikhologicheskoe zdorov'e" v otechestvennykh i zarubezhnykh issledovaniyakh. In: Psikhicheskoe zdorov'e i lichnost' v menyayushchemsya obshchestve: Materialy mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii. Kaliningrad; 2007. P. 44-48. (In Russ.)]
10. Баякина О.А. Соотношение понятий психического и психологического здоровья личности // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2009. – Т. 11. – № 4–5. – С. 1195–1200. [Bayakina OA. "Psychological" and "mental" health balance of a person *Izvestiya Samarskogo nauchnogo tsentra Rossiyskoy akademii nauk*. 2009;11(4-5):1195-1200. (In Russ.)]
11. Слободчиков В.И., Шувалов А.В. Антропологический подход к решению проблемы психологического здоровья детей // Вопросы психологии. – 2001. – № 4. – С. 91–105. [Slobodchikov VI, Shuvalov AV. Antropologicheskii podkhod k resheniyu problemy psikhologicheskogo zdorov'ya detey. *Vopr Psikhol*. 2001;(4):91-105. (In Russ.)]
12. Лебедева О.В. Проблема соотношения понятий «психическое здоровье» и «психологическое здоровье» в отечественной и зарубежной психолого-педагогической литературе. Инновации в образовании // Вестник Нижегородского университета им. Лобачевского. – 2013. – № 3-1. – С. 33–37. [Lebedeva OV. The problem of correlation of the notions "Psychical health" and "Psychological health" in russian and foreign psychological and pedagogical literature. *Vestnik Nizhegorodskogo universiteta im. Lobachevskogo*. 2013;(3-1):33-37. (In Russ.)]

13. Басалаева Н.В. Проблема психического и психологического здоровья в отечественной психологии // Успехи современного естествознания. – 2013. – № 1. – С. 169–170. [Basalaeva NV. Problema psikhicheskogo i psikhologicheskogo zdorov'ya v otechestvennoy psikhologii. *Advances in current natural sciences*. 2013;(1):169-170. (In Russ.)]
14. Пахальян В.Э. Психопрофилактика и безопасность психологического здоровья детей // Прикладная психология. – 2002. – № 5–6. – С. 83–94. [Pakhal'yan VE. Psikhoprofilaktika i bezopasnost' psikhologicheskogo zdorov'ya detey. *Prikladnaya psikhologiya*. 2002;(5-6):83-94. (In Russ.)]
15. Кудрявцева С.В., Пятакова Г.В., Лебедева Е.И. Основные направления исследований психического и психологического здоровья у детей и подростков // Человеческий капитал. – 2017. – № 11. – С. 8–17. [Kudryavtseva SV, Pyatakova GV, Lebedeva EI. The basic directions of researches of mental health of children and adolescents. *Chelovecheskiy kapital*. 2017;(11):8-17. (In Russ.)]
16. Ревматоидный артрит у детей. Современные аспекты патогенеза, клиники, диагностики и лечения / Под ред. Е.М. Лукьяновой, Л.И. Омельченко. – Киев, 2002. [Rvmatoidnyy artrit u detey. Sovremennyye aspekty patogeneza, kliniki, diagnostiki i lecheniya. Ed. by E.M. Luk'yanova, L.I. Omel'chenko. Kiev; 2002. (In Russ.)]
17. Ключин М.Н. Феноменология и систематика психических расстройств при врожденных и приобретенных ортопедических заболеваниях // Казанский медицинский журнал. – 2009. – Т. 90. – № 2. – С. 181–185. [Klyushin MN. Phenomenology and systematics of mental disorders in congestive and acquired orthopedic diseases. *Kazan Med Zh*. 2009;90(2):181-185. (In Russ.)]
18. Григорович Л.Г., Харченко С.С., Ларина А.В., Кожевников В.В. Оценка качества жизни детей с ортопедической патологией на фоне дисплазии соединительной ткани // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. – Серия «Естественные и технические науки». – 2016. – № 11. – С. 68–73. [Grigorovich LG, Kharchenko SS, Larina AV, Kozhevnikov VV. Quality of life of children with orthopedic pathology on the background of connective tissue dysplasia. *Sovremennaya nauka: aktual'nye problemy teorii i praktiki. Seriya: estestvennye i tekhnicheskije nauki*. 2016;(11):68-73. (In Russ.)]
19. Гордеев В.И., Александрович Ю.С. Методы исследования развития ребенка: качество жизни (QOL) — новый инструмент оценки развития детей. – СПб.: Речь, 2001. [Gordeev VI, Aleksandrovich YS. Metody issledovaniya razvitiya rebenka: kachestvo zhizni (QOL) — novyy instrument otsenki razvitiya detey. Saint Petersburg: Rech'; 2001. (In Russ.)]
20. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей. – СПб.: СПбНИПИ им. В.М. Бехтерева, 2005. [Vasserman LI, Iovlev BV, Karpova EB, Vuks AY. Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni: posobie dlya vrachey. Saint Petersburg: SPbNIPI im. V.M. Bekhtereva; 2005. (In Russ.)]

Сведения об авторах

Галина Викторовна Пятакова — канд. психол. наук, доцент, старший научный сотрудник отделения детского церебрального паралича ФГБУ «НИДОИ им. Г.И. Турнера» Минздрава России; доцент кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуаций факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета, Санкт-Петербург. <https://orcid.org/0000-0002-9830-9959>. E-mail: pyatakova@yandex.ru.

Ольга Викторовна Оконешникова — канд. психол. наук, доцент, Петербургский государственный университет путей сообщения императора Александра I, Санкт-Петербург. SPIN: 8807-2252. <https://orcid.org/0000-0001-7824-2470>. E-mail: okon4@mail.ru.

Светлана Викторовна Кудрявцева — канд. мед. наук, ЧОУВО «Восточно-Европейский институт психоанализа», Санкт-Петербург. SPIN: 1888-5657. E-mail: kcv@inbox.ru.

Сергей Валентинович Виссарионов — д-р мед. наук, профессор, заместитель директора по научной и учебной работе, руководитель отделения патологии позвоночника и нейрохирургии ФГБУ «НИДОИ им. Г.И. Турнера» Минздрава России. <https://orcid.org/0000-0003-4235-5048>. E-mail: vissarionovs@gmail.com.

Диана Николаевна Церфус — канд. мед. наук, доцент, кафедра психологии риска, экстремальных и кризисных ситуаций Санкт-Петербургского университета ГПС МЧС России, Санкт-Петербург. SPIN: 3634-4305. <https://orcid.org/0000-0002-4544-273X>. E-mail: diana.cerfus@mail.ru.

Galina V. Pyatakova — MD, PhD, Associate Professor, Senior Researcher of the Department of Cerebral Palsy of The Turner Scientific Research Institute for Children's Orthopedics; Associate Professor of the Chair Psychology of Crisis and Extreme Situations of the faculty of psychology of Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia. <https://orcid.org/0000-0002-9830-9959>. E-mail: pyatakova@yandex.ru.

Olga V. Okoneshnikova — MD, PhD, Associate Professor, Saint Petersburg State University of Railway Engineering, Emperor Alexander I, Saint Petersburg, Russia. SPIN: 8807-2252. <https://orcid.org/0000-0001-7824-2470>. E-mail: okon4@mail.ru.

Svetlana V. Kudryavtseva — MD, PhD, Associate Professor, the Department of Psychotherapy. East European Institute of Psychoanalysis, Saint Petersburg, Russia. SPIN: 1888-5657. E-mail: kcv@inbox.ru.

Sergei V. Vissarionov — MD, PhD, Professor, Deputy Director for Research and Academic Affairs, Head of the Department of Spinal Pathology and Neurosurgery. The Turner Scientific Research Institute for Children's Orthopedics. <https://orcid.org/0000-0003-4235-5048>. E-mail: vissarionovs@gmail.com.

Diana N. Cerfus — MD, PhD, Associate Professor, the Department of Psychology of Risk, Extreme and Crisis Situations, Saint Petersburg University of Emergency Situations Ministry of Russia, Saint Petersburg, Russia. SPIN: 3634-4305. <https://orcid.org/0000-0002-4544-273X>. E-mail: diana.cerfus@mail.ru.