

ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ ДЕТЕЙ С ИДИОПАТИЧЕСКИМ СКОЛИОЗОМ В КОНТЕКСТЕ РОДИТЕЛЬСКИХ УСТАНОВОК

© Пятакова Г. В., Виссарионов С. В.

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

■ Рассматривается подход к лечебному процессу идиопатического сколиоза с точки зрения биопсихосоциальной модели болезни, который предполагает учет факторов биологической, социальной, психологической природы. Факторы психологической природы обеспечивают приспособительное поведение пациента в условиях стационара, а также согласованное участие специалистов разного профиля в лечении и реабилитации больного в ситуации сложного лечения. Идиопатический сколиоз — заболевание, которое сопровождается физическими и моральными страданиями и определяет условия психического развития и жизнедеятельности больных детей и их родителей в ситуации прогрессирующей болезни. В этих условиях важным фактором совладания с ситуацией болезни и условием успешного восстановительного лечения является гармоничное отношение больного ребенка к своему заболеванию. Личностные проблемы родителей больных детей, проявляющиеся в их дисгармоничном отношении к заболеванию, снижают адаптационные возможности детей в условиях стационара. В связи с этим необходимо участие клинических психологов, которые предоставляют необходимую информацию, касающуюся особенностей взаимодействия медицинского персонала с пациентами и их родителями на этапах ортопедического лечения, специалистам медицинского профиля, а также оказывают необходимую психологическую поддержку больным детям и их родителям.

■ **Ключевые слова:** идиопатический сколиоз, дети, подростки, родители, отношение к болезни, отношение к болезни детей

Введение

Современное представление о болезни в медицине и психологии базируется на биопсихосоциальной модели (Энджел Дж., 1977), согласно которой в течении и процессе лечения любого заболевания необходимо учитывать не только биологические факторы, но и факторы морального страдания, психологического и социального благополучия. В последнее время все большее значение биопсихосоциальному подходу придается не только при лечении психиатрических, соматических, неврологических заболеваний, но и в клиниках, специализирующихся на лечении нарушений опорно-двигательного аппарата [1, 3, 7, 9, 14, 16, 17].

Такой подход, в частности, реализуется при учете факторов психологической природы, обеспечивающих приспособительное поведение пациента в условиях стационара, в ситуации сложного оперативного лечения, а также согласованное участие специалистов разного профиля в лечении и реабилитации больного в ситуации сложного лечения. Особенно важен учет психологических факторов в понимании природы и возможностей лечебных мероприятий в случае заболеваний,

имеющих давнюю историю изучения, но не имеющих однозначного алгоритма лечения и профилактики и вызывающих острые дискуссии в среде специалистов. К таким заболеваниям относят идиопатический сколиоз неясной этиологии [12, 18, 21]. Идиопатический сколиоз характеризуется прогрессирующим течением и выражается в боковом искривлении позвоночника и патологической его ротации (торсии) вокруг своей оси, что вызывает стойкую деформацию грудной клетки и другие нарушения осанки, уродующие фигуру. В свою очередь, деформация грудной клетки оказывает отрицательное влияние на анатомо-функциональное состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Распространенность идиопатического сколиоза в детской популяции составляет, по данным различных авторов, 3—7 % [15, 18, 21].

Согласно классификации В. Д. Чаклина [21], различают 4 степени тяжести сколиоза соответственно величине угла основной дуги искривления, измеренной на рентгенограмме по Cobb: I степень — до 10°, II степень — 11—30°, III степень — до 60 и IV степень — выше 60°. По мере прогрессирования сколиоза прогрессирует и ухудшение анатомо-функциональ-

ных характеристик позвоночника и других органов и систем. Особенно стремительно сколиоз прогрессирует в подростковом возрасте в связи с гормональной перестройкой организма и скачком роста. Деформации позвоночника могут сопровождаться выраженными болевыми ощущениями, ограничением подвижности позвоночника, одышкой, сердцебиениями, изменением неврологической симптоматики и другими функциональными расстройствами. При сколиозе I, II и начальной III степени проводится комплексное консервативное лечение с использованием, в частности, корсетной терапии. При прогрессировании сколиоза до 50° и выше ставится вопрос о хирургическом лечении, которое в настоящее время, согласно мировым стандартам, предполагает объемное оперативное вмешательство: коррекция деформации металлоконструкций и костнопластическая фиксация позвоночника. После операции следует длительный реабилитационный период с назначением определенного ортопедического режима. Лечение идиопатического сколиоза требует согласованного взаимодействия специалистов различных направлений на всех этапах лечения и реабилитации [1, 9].

В детской ортопедической клинике ведущая роль в лечебной работе принадлежит хирургам-ортопедам, которые проводят оперативные вмешательства и несут основную ответственность за лечение больного. На разных этапах диагностического процесса и оказания помощи к работе с пациентами привлекаются педиатры, неврологи, клинические психологи [1, 5, 14, 15]. Роль полноценного участника лечебного процесса наравне с профессиональной бригадой специалистов играет близкий человек больного ребенка — родитель или человек, его заменяющий, тот человек, который участвует в уходе и осуществляет постоянную эмоциональную и психологическую поддержку пациента в послеоперационный период и на этапах медицинской реабилитации. В случае оперативного лечения ребенка с тяжелыми деформациями позвоночника согласованная с лечащим врачом и другими специалистами родительская помощь в проведении лечебно-восстановительных мероприятий может быть незаменимой. В то же время наблюдение за поведенческими и коммуникативными проявлениями родителей пациентов с тяжелыми формами сколиоза в стационаре показывает, что родители (в первую очередь матери), воспитывающие детей с данной патологией, име-

ют неразрешенные психологические проблемы [4—6]. Это связано с тем, что идиопатический сколиоз — это не только тяжелое нарушение опорно-двигательной системы, сложная деформация позвоночника, которая обезображивает тело больных и вызывает значительные нарушения функции внутренних органов, но и заболевание, которое коренным образом изменяет жизненные перспективы семьи больного ребенка, ломающие привычные жизненные установки родителей [1, 4—6, 19]. Идиопатический сколиоз сочетает в себе внешние признаки калечества, сопровождающегося сопутствующими нарушениями самочувствия, снижением активности, нарушениями психической деятельности. У такого ребенка отмечаются психофизиологические и психологические проблемы, появляющиеся в ослаблении функции внимания, наличии головных болей, повышенной утомляемости, вследствие чего снижается школьная успеваемость, изменяются возможности общения и полноценного личностного развития [5, 14, 15]. В подростковом периоде у такого ребенка нередко специфические поведенческие девиации, признаки выраженного эмоционального неблагополучия и нервно-психического напряжения [14, 15]. Большое значение в подростковом возрасте имеют психологические новообразования, формирующиеся в условиях болезни и несущие в себе возможности преодоления, совладания с ситуацией, вызывающей физические и моральные страдания. К таким психологическим новообразованиям, формирующимся в условиях болезни, относят особенности субъективной стороны заболевания. В медицинской и психологической литературе субъективную сторону заболевания понимают как отражение причин, симптомов, последствий заболевания в психике больного: в эмоциональных состояниях, размышлениях по поводу заболевания, в стремлениях и мотивах, определяющих поведение пациента в ситуации лечения [2, 7, 11, 16]. Спектр личностных трансформаций в условиях болезни наиболее полно отражает термин «отношение к болезни» [3, 8]. Отношение к заболеванию в подростковом возрасте во многом определяет особенности эмоционального состояния, лечебную мотивацию, активную установку на лечение пациентов детской ортопедической клиники и зависит от многих факторов: тяжести и инвалидизирующих последствий заболевания, тяжести необходимых лечебных процедур, индивидуально-психологических и личностных

особенностей самого ребенка, специфики семейного окружения, воспитательских установок его родителей и собственного отношения родителей к болезни своего ребенка.

Учитывая это, возникает необходимость изучения отношения родителей детей, больных сколиозом, к болезни своего ребенка, которые могут потенцировать у пациентов, страдающих идиопатическим сколиозом, развитие нежелательных поведенческих, эмоциональных и психофизиологических проявлений. Такие проявления часто описываются в терминах тревожных, невротических, психосоматических, психопатологических расстройств и квалифицируются клиницистами и клиническими психологами как явления психофизиологической, психической и социально-психологической дезадаптации [7, 11, 17].

Кроме того, признаки эмоционального неблагополучия, дисгармоничное отношение к болезни ребенка со стороны родителей могут представлять собой факторы риска по развитию непонимания, конфликтных, дисгармоничных отношений между представителями единой команды специалистов и родителей (представителей) ребенка в процессе ортопедического лечения в период пребывания пациента в стационаре [4, 6, 7, 10]. Такие факторы риска могут не только создать определенные трудности для специалистов, участвующих в лечебном процессе, и оказать отрицательное влияние на результат сложных хирургических и восстановительных воздействий, но и привести к явлениям эмоционального выгорания, появлению личностных проблем у специалистов, несущих наибольшую ответственность и нагрузку в процессе взаимодействия с пациентами и их родителями.

Целью данной работы являлось:

Исследование отношения к болезни подростков, страдающих идиопатическим сколиозом разной степени тяжести в контексте отношения к болезни своего ребенка и лечению их матерей.

Конкретные задачи исследования предполагали:

1. Исследование отношения к болезни у подростков с идиопатическим сколиозом разной степени тяжести.

2. Изучение отношения к заболеванию своего ребенка у матерей, воспитывающих детей с тяжелыми и относительно легкими проявлениями сколиотической болезни.

3. Исследование взаимосвязи между родительским отношением к болезни своего ребенка и отношением к собственному заболеванию у их детей с идиопатическим сколиозом разной степени тяжести.

Материалы и методы исследования

В исследовании приняли участие 120 человек: подростки, страдающие идиопатическим сколиозом и их матери. 60 подростков были разделены на две группы: первая группа — 32 подростка со сколиозом I и II степени, то есть более легкими деформациями позвоночника; вторая группа — 28 подростков с выраженными и тяжелыми (III—IV степень) сколиотическими деформациями. В момент обследования дети подросткового возраста с тяжелыми деформациями позвоночника и их матери находились в отделении патологии позвоночника и нейрохирургии в ФГБУ «НИДОИ им. Г. И. Турнера» Минздрава России. Обследование проводили на этапе диагностики и подготовки к оперативному лечению. Дети со сколиозом I—II степени не нуждались в оперативном лечении и получали амбулаторную помощь и консервативное лечение. В обеих группах изучались особенности отношения подростков к своей болезни. Для психологической диагностики характеристик отношения были использованы: методика ТОбол (Тест отношения к болезни) [2] и методика «Тест незаконченных предложений» [13, 20]. Методика ТОбол позволяет осуществить индивидуальную диагностику типов личностного реагирования на болезнь, а также исследовать средние значения отдельных шкал в каждой изучаемой группе. Она представляет собой опросник, позволяющий получить информацию о широком спектре отношений личности, связанных с болезнью. Теоретико-психологической основой методики является концепция психологических отношений В. Н. Мясищева [8]. Отношение к болезни, обладая всеми признаками психологического отношения, включает в себя когнитивный (знание о болезни), эмоциональный (переживание болезни и всей, связанной с ней ситуации), поведенческий (связанные с болезнью реакции, способствующие адаптации или дезадаптации к ней, определенные стратегии поведения в жизненных ситуациях в связи с болезнью, например, в ситуации хирургического лечения) компоненты.

Классификация типов реакций на болезнь имеет под собой клинико-психологическое обоснование [2]: гармонический (Г) — преобладает трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать либо недооценивать тяжесть заболевания, последствия хирургического вмешательства; эргопатический (Р) — больной может справляться с негативными переживаниями, сопровождающими болезненные лечебные процедуры, переключаясь на доступные в условиях лечебного процесса виды деятельности. Например, подростки в условиях стационара могут усиленно заниматься уроками, активно включаться в учебный процесс, отвлекаясь от тревожных мыслей и неприятных ощущений; анозогнозический (А) — наблюдается активное отбрасывание мысли о болезни и ее последствиях, негативной стороной таких реакций на заболевание может стать легкомысленное отношение подростка к лечению, низкий уровень мотивации к выполнению рекомендаций врача; тревожный (Т) — проявляется в непрерывном беспокойстве и мнительности в отношении неблагоприятного течения болезни, опасности лечения, у подростков в условиях стационара длительное время может доминировать тревожное, угнетенное настроение; ипохондрический (И) — наблюдается сосредоточенность на субъективных болезненных ощущениях, чрезмерный интерес и недоверчивость к результатам медицинских исследований; неврастенический (Н) — наблюдается поведение по типу «раздражительной слабости»: вспышки раздражения при неудачах, непереносимость болевых ощущений; меланхолический (М) — реагирование на болезнь и ситуацию лечения характеризуется удрученностью подростка болезнью, склонностью его к активным депрессивным высказываниям; апатический (А) — у пациента наблюдается полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения; сенситивный (С) — характеризуется чрезмерной озабоченностью больного тем возможным неблагоприятным впечатлением, которое физический недостаток, связанный с болезнью, может произвести на окружающих. В подростковом возрасте особенно часто у пациентов возникает опасение недоброжелательного отношения со стороны окружающих, боязнь негативных оценок со стороны сверстников; эгоцентрический (Э) — у больных часто возникает желание показать другим свое особое положение в отношении болезни,

свою исключительность, могут наблюдаться рентные установки в отношении лечения; паранойяльный (П) — болезнь воспринимается как результат чьего-то злого умысла, отмечается склонность винить в своем заболевании других, например, врачей либо близких родственников; дисфорический (Д) — доминирование мрачно-озлобленного настроения, зависть и злость по отношению к здоровым, деспотическое отношение к близким.

Различные типы отношения к болезни характеризуются наличием или отсутствием дезадаптивного поведения, определяющего уровень социального функционирования больных. При гармоническом, эргопатическом и анозогнозическом типах отношения к болезни, социальная и психическая адаптация существенно не нарушаются. Тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический типы отношения к болезни проявляются в дезадаптивном поведении, имеющем интрапсихическую направленность (тревожное подавленное настроение, реакции по типу «раздражительной слабости», уход в болезнь, капитуляция перед заболеванием). Сенситивный, эгоцентрический, дисфорический, паранойяльный типы реагирования на заболевание имеют интерпсихическую направленность и клинически проявляются в гетерогенных агрессивных тенденциях, построении концепций паранойяльного характера относительно причин и последствий своего заболевания, тенденции скрывать свои недуги из-за боязни недоброжелательного отношения со стороны окружающих.

Тест «Незаконченные предложения» [13, 20] направлен на выявление скрываемых или неосознаваемых переживаний у детей и подростков в связи с различными проявлениями заболевания и ситуаций лечения. С помощью данной методики диагностируется преимущественно эмоциональный компонент отношения подростка к заболеванию, выявляются негативные его переживания в связи с представлением о собственном здоровье, о болезни, об отношении к различным аспектам заболевания: собственно отношение к болезни, отношение к лечению; переживания в связи с планами на будущую жизнь, переживания в связи с вовлеченностью семьи в ситуацию болезни ребенка; переживания, сопровождающие неизбежную госпитализацию больного.

Особенности отношения матерей к болезни ребенка изучался с применением опросника

для диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР) (Каган В. Е., Журавлева И. П.) [13, 20]. Методика ДОБР позволяет оценить отношения родителей к болезни ребенка по параметрам интернальности (И), тревожности (Т), нозогнозии (Н), контроля активности (А) и общей напряженности (О). Показатель интернальности показывает, как родители воспринимают причины, возможности контроля и управления болезнью ребенка. При интернальном контроле родители максимально принимают ответственность за болезнь ребенка на себя. При экстернальном контроле болезнь ребенка воспринимается как нечто внешнее, не зависящее от установок и поведения родителей. Шкала тревожности фиксирует параметр тревожных ожиданий в отношении болезни и лечения ребенка у родителей. Преувеличение или недооценку тяжести заболевания или тяжести последствий хирургического вмешательства родителями выявляет шкала нозогнозии. Параметр контроля активности описывает тенденции родителей устанавливать на время пребывания ребенка в стационаре ограничения его активности. Напряженное отношение к заболеванию, лечебным мероприятиям и ожидаемым результатам лечения ребенка в целом описывает показатель общей напряженности.

Все полученные в работе результаты были обработаны статистическим методом с помощью компьютерной программы Statistica 6.0. Сравнительная оценка проводилась с помощью параметрического Т-критерия Стьюдента. Применялся корреляционный анализ с вычислением коэффициента Пирсона. Статистически значимыми считались результаты не ниже уровня $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты индивидуальной диагностики типов отношения к заболеванию показали, что у подростков с идиопатическим сколиозом обеих групп (сколиоз I—II и III—IV степени) чаще регистрируются диффузный и смешанный типы отношения к заболеванию: в первой группе — в 19 случаях из 32, во второй — в 15 случаях из 28. Среди «чистых» типов отношения к болезни наиболее часто встречаются варианты реагирования на заболевание без выраженных нарушений адаптации (гармонический, эргопатический, анозогнозический типы), а также сенситив-

ный вариант отношения к болезни. Причем в группе подростков со сколиозом III—IV степени сенситивный тип отношения к болезни был диагностирован в 6 случаях из 32, в группе со сколиозом I—II степени — только в 3 случаях из 28. Во второй группе в 3 из 28 случаев был диагностирован также тревожный тип отношения к болезни. Полученные данные могут свидетельствовать о недостаточной оформленности отношения к заболеванию как личностной характеристики у больных с идиопатическим сколиозом в подростковом периоде. Вероятно, в этом возрасте существует многомерное пространство, в котором формируется возможное отношение к болезни. Проявления разнонаправленных вариантов отношения к болезни у подростков с идиопатическим сколиозом определяются особенностями социальной ситуации развития подросткового периода. Характерными ее особенностями, и в том числе в ситуации болезни, являются более совершенные рефлексивные возможности, повышенная конформность к оценкам и мнениям со стороны сверстников, изменение социальной позиции подростка в связи с необходимостью сложного лечения.

Сравнительный анализ параметров отношения к болезни у подростков со сколиозом различной степени тяжести показал, что у подростков с более тяжелыми деформациями позвоночника (III—IV степень) чаще, чем у их сверстников со сколиозом I—II степени, встречаются реакции на заболевание по тревожному ($t = 2,1$ при $p < 0,05$) и сенситивному типам ($t = 2,4$ при $p < 0,05$).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что для подростков с тяжелыми формами сколиоза характерны угнетенное настроение, повышенное беспокойство в отношении опасности лечения, мнительность, касающаяся возможностей неблагоприятного течения болезни и негативного исхода оперативного вмешательства. У них достоверно чаще, чем у их сверстников с более легкими проявлениями заболевания, встречается чрезмерная озабоченность тем возможным неблагоприятным впечатлением, которое их физический недостаток может произвести на окружающих. Они чаще опасаются насмешек со стороны сверстников, недоброжелательного либо пристального, навязчивого внимания со стороны взрослых людей.

Сравнительная характеристика параметров переживаний в связи с представлением о за-

болеванием, о собственном здоровье, а также переживаний, касающихся вопросов лечения и будущей жизни, у подростков второй группы носит выраженный негативный характер по сравнению с их сверстниками из первой группы. Так, у подростков, страдающих идиопатическим сколиозом III—IV степени, преобладает негативное представление и отношение к своей болезни ($t = 2,4$ при $p < 0,05$; $t = 3,5$ при $p < 0,01$), пессимистические отношение к будущему ($t = 2,1$ при $p < 0,05$), негативное отношение к госпитализации ($t = 1,9$ при $p < 0,05$).

Полученные результаты могут быть проиллюстрированы примерами высказываний больных относительно своего заболевания (по результатам теста «незаконченные предложения»). Подростки с более тяжелыми проявлениями идиопатического сколиоза отмечают, что среди других болезней их заболевание «...самое страшное», «...самое заметное», «...почти самое ужасное». Подростки со сколиозом I—II степени не считают себя больными либо отмечают, что их болезнь «...безобидная», «...не самая тяжелая». Подростки второй группы с болезнью связывают «...чувство горечи», «...чувство грусти», «...чувство выделения из общества», «...чувство, что у меня комплекс». Они отмечают, что с такой болезнью, как у них, «...трудно», «...трудно жить», что самое неприятное в болезни — «...внешний вид», «...наличие горба», то, что «...трудно лечиться». Полученные результаты могут свидетельствовать о важной роли эмоционального компонента в структуре формирующегося отношения к заболеванию у подростков с идиопатическим сколиозом. Формирование аффективной составляющей в структуре отношения к заболеванию может представлять собой конкретный механизм, определяющий формирование устойчивого типа отношения к заболеванию и возможности аутопластической адаптации в условиях болезни в подростковом возрасте.

Сравнительный анализ параметров отношения матерей к болезни ребенка показал, что у родителей, имеющих детей со сколиозом, независимо от тяжести заболевания, наблюдается достоверное увеличение значений показателей по шкале тревоги и шкале общей напряженности по сравнению со средненормативными показателями, что свидетельствует о выраженных негативных переживаниях и тревоге в связи с осознанием тяжести заболевания их ребенка и возможными трудно-

стями в ходе хирургического и реабилитационного процесса.

При этом родители детей с тяжелыми формами сколиоза, в отличие от матерей детей, страдающих идиопатическим сколиозом легкой степени, испытывают ощущение беспомощности в ситуации болезни ребенка. Об этом свидетельствуют высокие показатели по шкале интернальности родительского отношения к болезни. Родители детей с тяжелыми деформациями позвоночника III—IV степени, находящиеся на лечении в стационаре в ожидании хирургического лечения, воспринимают болезнь и лечение своего ребенка как нечто от них не зависящее, то событие в жизни их семьи, которое не подвластно их контролю и не зависит от их усилий. Такое отношение к заболеванию собственного ребенка, с одной стороны, отражает опасную тенденцию к формированию проявлений инактивности, выученной беспомощности в сложной психотравмирующей ситуации, с другой — носит защитный характер и позволяет матери элиминировать чувство вины и не принимать на себя чрезмерную ответственность за болезнь и последствия сложного лечения ребенка. Матери детей с легкими проявлениями болезни склонны максимально контролировать и ограничивать активность своего ребенка, опасаясь развития заболевания и усугубления проявлений деформации позвоночника. Такие родительские установки, вероятно, являются отражением общего высокого уровня тревоги родителей в связи с болезнью ребенка, а также в связи с необходимостью согласовывать свои воспитательские усилия с рекомендациями врачей.

Показатели отношения к болезни родителей, имеющих детей с идиопатическим сколиозом легкой и тяжелой степени, были сопоставлены с показателями отношения к собственному заболеванию у их детей. Результаты корреляционного анализа показали, что параметры родительского отношения к болезни ребенка образовали прямые зависимости с характеристиками отношения к собственному заболеванию у детей. В группе детей с легкими проявлениями сколиотической болезни достоверные корреляционные зависимости выявлены между показателем родительского отношения «интернальность» и параметрами отношения ($p < 0,05$) и представления о болезни ($p < 0,05$) у их детей. Выявленные связи свидетельствуют о том, что, с одной стороны, родители, испытываю-

щие чувства беспомощности, неуверенности в связи с болезнью ребенка, демонстрируют в отношении своих детей поведенческие и эмоциональные проявления, способствующие эмоционально-тревожному, напряженному отношению к своему заболеванию у самих детей, с другой — негативные переживания, связанные с отношением их ребенка к заболеванию и лечебному процессу, являются фактором психической травматизации самих родителей. В группе матерей, имеющих детей с тяжелыми проявлениями сколиоза, показатели родительского отношения к болезни ребенка «контроль активности», «нозогнозия», «тревожность», «общая напряженность» образовали положительные зависимости с параметрами отношения ребенка к собственному заболеванию, лечебному процессу и госпитализации в целом ($p < 0,05$). Полученные связи свидетельствуют о том, что чрезмерная тревога родителей в связи с болезнью и лечением ребенка, склонность преувеличивать тяжесть и последствия заболевания для будущей жизни ребенка, а также чрезмерный контроль и ограничения активной деятельности ребенка, не являющейся помехой для лечебного процесса в условиях стационара, с большой долей вероятности формируют у пациентов детской ортопедической клиники негативное отношение к госпитализации и дисгармоничное отношение к своему заболеванию в целом, снижают их адаптационные возможности в условиях стационара.

Выводы

1. У подростков с идиопатическим сколиозом, независимо от тяжести заболевания, преобладают диффузный и смешанный типы отношения к заболеванию, что свидетельствует о недостаточной оформленности их отношения к болезни.

2. У подростков со сколиозом III—IV степени чаще, чем у подростков с идиопатическим сколиозом I—II степени, встречаются реакции на заболевание, соответствующие неврастеническому и сенситивному типам, что проявляется угнетенным настроением, повышенным беспокойством в отношении опасности лечения, опасениями, связанными с недоброжелательным вниманием со стороны окружающих.

3. Отношение матерей, воспитывающих детей с идиопатическим сколиозом независимо от тяжести заболевания, к болезни свое-

го ребенка характеризуется высоким уровнем эмоционально-психического напряжения, связанного с осознанием тяжести заболевания ребенка, возможными трудностями сложного лечения.

4. Матери детей с легкими проявлениями болезни склонны максимально контролировать и ограничивать активность своего ребенка, опасаясь развития заболевания и усугубления проявлений деформации позвоночника. Родители детей с тяжелыми деформациями позвоночника III—IV степени, находящиеся на лечении в стационаре в ожидании хирургического лечения, испытывают ощущение беспомощности в связи с болезнью ребенка, воспринимают лечебный процесс ребенка как нечто не подвластное их контролю и не зависящее от их усилий.

5. Негативные эмоциональные особенности родителей детей, больных сколиозом, могут потенцировать у пациентов детской ортопедической клиники развитие дисгармоничного отношения больного ребенка к своему заболеванию, госпитализации и лечебному процессу в целом.

В такой ситуации необходимыми оказываются мероприятия, направленные, с одной стороны, на повышение эффективности взаимодействия медицинского персонала, и в первую очередь лечащих врачей с родителями больных пациентов. Подобные мероприятия (родительские собрания, индивидуальные беседы, информационные стенды, брошюры) помогут повысить уровень информированности родителей пациентов относительно различных аспектов лечебного процесса и тем самым снять излишнее эмоциональное напряжение родителей в связи с болезнью и перспективами сложного лечения их ребенка. С другой стороны, оказывается необходимым участие клинических психологов, которые на основании психолого-диагностической работы предоставляют необходимую информацию специалистам медицинского профиля, касающуюся особенностей взаимодействия медицинского персонала с пациентами и их родителями на этапах ортопедического лечения, а также оказывают необходимую психологическую поддержку и проводят психологическое сопровождение больных детей и их родителей.

Литература

1. Булюбаш И. Д. Психологическая реабилитация пациентов с последствиями спинальной травмы. Самара, 2011. 272 с.
2. Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Бочаров В. В. и др. Психологическая диагностика типов отношения к болезни при психосоматических и нервно-психических расстройствах (Методич. рек.). СПб., 1991. 172 с.
3. Вассерман Л. И., Щелкова О. Ю. Медицинская психодиагностика: Теория, практика и обучение. СПб.: Академия, 2004. 730 с.
4. Гуслова М. Н., Стуре Т. К. Психологическое изучение матерей, воспитывающих детей-инвалидов // Дефектология. 2003. № 3. С. 28–31.
5. Дадаева О. А., Скляренко Р. Т., Травникова Н. Г. Клинико-психологические особенности детей и подростков, больных сколиозом // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. СПб., 2003. № 3. С. 10–14.
6. Заборина Л. Г. Изучение состояния психологической напряженности и эмоциональных переживаний у родителей, воспитывающих детей-инвалидов // Сибирский психологический журнал. № 26. 2007. С. 136–141.
7. Исаев Д. Н. Отношение родителей и болезнь ребенка. Психосоматическая медицина детского возраста. СПб., 1996. С. 341–344.
8. Личко А. Е. Психология отношений как теоретическая концепция в медицинской психологии и психотерапии // Ж. невропатол. и психиатр. Л., 1977. № 12. С. 1833–1838.
9. Ловелле Р. П., Кудрявая Н. В. Психологические основы деятельности врача. М.: Медицина, 1999. 252 с.
10. Менделевич О. В. Роль семьи в развитии детской тревожности: психосоматический аспект: Материалы 2-й всероссийской научной конференции «Психологические проблемы современной российской семьи». В 3 ч. Ч. 3 / под. ред. В. К. Шабельникова, А. Г. Лидерса. М., 2005. С. 36–41.
11. Никольская И. М., Грановская Р. М. Психологическая защита у детей. СПб.: Речь, 2000. 507 с.
12. Дудин М. Г., Пинчук Д. Ю. Идиопатический сколиоз. Лекция. Ч. 1. Парадоксы // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. Т. 1. Вып. 1. 2013. С. 61–66.
13. Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии / ред. Д. Н. Исаев, В. Е. Каган. СПб.: ПМИ, 1991. 80 с.
14. Пятакова Г. В., Виссарионов С. В. Хирургия позвоночника. СПб., 2009. № 4. С. 38–43.
15. Пятакова Г. В., Виссарионов С. В., Овечкина А. В. Исследование отношения к болезни подростков с идиопатическим сколиозом // Хирургия позвоночника. СПб., 2011. № 4. С. 38–43.
16. Пятакова Г. В., Кутузов А. П. Исследование отношения к заболеванию у детей с двигательными нарушениями в зависимости от особенностей заболеваний и характера воспитательных воздействий // Стандарты технологии специализированной помощи детям при повреждениях и заболеваниях опорно-двигательного аппарата. Ростов на/Д, 1999. Ч. 1. С. 160–162.
17. Пятакова Г. В., Умнов В. А., Маслов В. А. Матери, воспитывающие детей с детским церебральным параличом: качество жизни и отношение к болезни детей. XI Мнухинские чтения: актуальные проблемы психиатрии, психотерапии, клинической психологии семьи и детства: организация. Диагностика, лечение и работа в мультидисциплинарной команде: Международная конференция, посвященная памяти профессора С. С. Мнухина. СПб., 2013. С. 350–354.
18. Ратнер А. Ю. Неврология новорожденных: Острый период и поздние осложнения. М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2005. 368 с.
19. Савина Е. А., Чарова О. Б. Особенности материнских установок по отношению к детям с нарушениями в развитии // Вопросы психологии. 2002. № 6.
20. Шац И. К. Психологическое сопровождение тяжелобольного ребенка. СПб.: Речь, 2010. 192 с.
21. Чаклин В. Д., Абальмасова Е. А. Сколиозы и кифозы. М.: Медицина, 1973. 255 с.

ATTITUDE TO THE DISEASE IN CHILDREN WITH IDIOPATHIC SCOLIOSIS IN THE CONTEXT OF PARENTAL MINDSET

Piatakova G. V., Vissarionov S. V.

FSBI “Scientific and Research Institute for Children’s Orthopedics n. a. G. I. Turner”
under the Ministry of Health of the Russian Federation

✧ **Summary.** The approach to the healing process of idiopathic scoliosis in terms of the biopsychosocial model of disease, which involves consideration of factors of biological, social, psychological nature, is reviewed. Factors of a

psychological nature provide adaptive behavior of the patient in the hospital, and coordinated participation of various specialists in the treatment and rehabilitation of the patient in a situation of complicated treatment. Idiopathic

scoliosis is a disease that is accompanied with physical and moral suffering and defines the conditions of mental development and functioning of sick children and their parents in a situation of progressive disease. Under these conditions, an important factor in coping with the situation of the disease and the successful rehabilitation treatment is harmonious attitude of the sick child to the disease. Personal problems of parents of sick children, manifested in their disharmonious attitude to the disease, reduce the adaptive capacity of children in hospital.

In this connection, it is necessary to perform participation of clinical psychologists who provide the necessary information concerning the interactions of medical staff with patients and their parents on the stages of orthopedic treatment by doctors and other staff, as well as to provide the necessary psychological support for sick children and their parents.

✧ **Keywords:** idiopathic scoliosis, children, teenagers, parents, attitude to the disease, attitude to the disease in children.

Сведения об авторах:

Пятакова Галина Викторовна — к. п. н., старший научный сотрудник-психолог отделения детского церебрального паралича ФГБУ «НИДОИ им. Г. И. Турнера» Минздрава России. 196603, СПб, г. Пушкин, ул. Парковая, д. 64–68. E-mail: pyatakova@yandex.ru

Pyatakova Galina Viktorovna — PhD (psychology), senior research associate — psychologist of the department of infantile cerebral palsy, FSBI “Scientific and Research Institute for Children’s Orthopedics n. a. G. I. Turner” under the Ministry of Health of the Russian Federation. 196603, Saint-Petersburg, Pushkin, Parkovaya str. 64–68. E-mail: pyatakova@yandex.ru.

Виссарионов Сергей Валентинович — д. м. н., заместитель директора по научной работе, руководитель отделения патологии позвоночника и нейрохирургии ФГБУ «НИДОИ им. Г. И. Турнера» Минздрава России, профессор кафедры детской ортопедии и травматологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова. 196603, СПб, г. Пушкин, ул. Парковая, д. 64–68. E-mail: turner01@mail.ru

Vissarionov Sergei Valentinovich — MD, DMedSc, Deputy Director for Science, Head of the department of spinal pathology and neurosurgery, FSBI “Scientific and Research Institute for Children’s Orthopedics n. a. G. I. Turner” under the Ministry of Health of the Russian Federation. 196603, Saint-Petersburg, Pushkin, Parkovaya str. 64–68. E-mail: turner01@mail.ru.