



ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ПОДРОСТКОВ С ТЯЖЕЛОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ПОЗВОНОЧНИКА*

Г.В. Пятакова, С.В. Виссарионов

Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Г.И. Турнера, Санкт-Петербург

Цель исследования. Анализ эмоциональных особенностей и компенсаторных механизмов личности подростков с тяжелыми деформациями позвоночника.

Материал и методы. Обследовано 120 девушек 13–17 лет. Из них у 60 имелись тяжелые деформации позвоночника III–IV степени: у 45 — идиопатический сколиоз, у 15 — врожденная деформация. В контрольную группу вошли 60 здоровых девушек того же возраста. Все обследованные подростки имели сохранные возможности интеллектуального развития. Изучение психологического статуса проводилось в два этапа. На первом этапе изучали эмоциональные особенности личности девушек с тяжелыми деформациями позвоночника. На втором этапе определяли компенсаторные проявления личности на психологическом и социально-психологическом уровнях.

Результаты. Подростки с тяжелыми деформациями позвоночника имеют более выраженные эмоциональные проблемы, чем их здоровые сверстники. Обычные жизненные ситуации являются для них тревожными, вызывают перенапряжение эмоциональной сферы. При высоком уровне тревожных, скрытовраждебных и агрессивных реакций выявлены алекситимические черты личности, что проявляется трудностями в осознании, дифференциации и выражении эмоций. Показатели качества жизни по всем сферам жизнедеятельности у подростков с тяжелой деформацией позвоночника оказались снижены по сравнению со здоровыми сверстниками.

Заключение. Полученные данные могут стать основой для разработки дифференцированных психокоррекционных подходов в рамках комплексной медико-психолого-педагогической реабилитации подростков с тяжелыми формами сколиоза.

Ключевые слова: идиопатический сколиоз, психологический статус, личность.

PERSONALITY FEATURES OF ADOLESCENTS WITH SEVERE SPINAL DEFORMITY

G.V. Pyatakova, S.V. Vissarionov

Objective. To analyze emotional features and compensatory mechanisms of personality in adolescents with severe spinal deformity.

Material and Methods. A total of 120 girls between 13 and 17 years of age were examined. Among them, 60 patients had grade III–IV spinal deformity: 45 idiopathic scolioses and 15 congenital spinal deformities. The control group included 60 healthy age-matched girls. All examined adolescents were intellectually safe. The examination of intellectual status was performed in two stages. The first stage included investigation of emotional features of girls with severe spinal deformities, the second — of compensatory manifestations of personality at psychological and social-psychological levels.

Results. Adolescents with severe spinal deformities have more profound emotional problems when compared to healthy girls of the same age. Ordinary life situation makes them anxious and cause emotional overwork. The high level of anxious, reticent-inimical and aggressive reactions was accompanied by alexithymial characteristics of personality manifesting as problems of consciousness and of emotion differentiation and expression. The quality-of-life indices in all spheres of life were decreased in adolescents with severe spinal deformities as compared to the control group.

Conclusion. The obtained data can serve as a basis for development of differential psycho-correction approaches within the frame of multimodal medical, psychological, and educational rehabilitation of adolescents with severe spinal deformities.

Key Words: idiopathic scoliosis, psychological status, personality.

Hir. Pozvonoc. 2008;(3):33–39.

Задача изучения личностных особенностей детей и подростков с тяжелыми деформациями позвоночника имеет как практическое значение — для повышения эффективности

реабилитационных процессов, так и общетеоретическое — для понимания механизмов формирования отклонений в личностном развитии у лиц с физическими недостатками. За пос-

ледние 10 лет распространенность заболеваний позвоночника у старшеклассников выросла с 4,3 до 15,7% [1, 13, 15].

* Исследования проводятся при поддержке РФФИ (проект № 06–06–80515) и РГНФ (проект № 08–06–00296а)

Сколиоз — сложная деформация позвоночника, которая вызывает грубые нарушения фигуры больных, развитие реберного горба, значительные нарушения функции внешнего дыхания и сердечно-сосудистой системы. Выраженная стойкая деформация позвоночника, сочетающаяся с деформацией ребер и нарушением функции дыхания, ограничивает активность больных, причиняет им тяжелые физические и моральные страдания. Наиболее быстрые и заметные проявления этого заболевания приходятся на период бурного роста организма: 11–13 лет у девочек и 12–14 лет у мальчиков [8, 11, 13, 15]. Очевидно, что сама по себе патология, формирующаяся на основе различных патогенных факторов, а также сложное лечение, косметический дефект не могут не сказаться на социальной ситуации развития больных подростков. Наличие хронического, трудно поддающегося лечению заболевания, уродующего фигуру, субъективно воспринимается пациентом как ситуация, угрожающая удовлетворению его биологических и социальных потребностей, качеству жизни в будущем. Дефект внешности качественно изменяет телесный компонент личностной идентичности, может стать причиной длительных и интенсивных переживаний, привести к стойким нарушениям адаптации, изменить процесс формирования личности. У подростков со сколиозами высока вероятность формирования жестких функциональных систем — паттернов реагирования на неблагоприятные средовые воздействия в общем процессе системогенеза [1, 2, 6, 7, 10, 17]. Кроме того, при наличии физического дефекта высока вероятность актуализации этих паттернов в условиях искажения социального взаимодействия, постоянной психогенной травматизации [1, 10, 17].

В ряде исследований, посвященных изучению психологического статуса больных с заболеваниями позвоночника, отмечается, что личностные особенности эмоциогенной природы оказывают отрицательное воздействие

на выраженность болевых синдромов позвоночника и снижают эффективность хирургического лечения [4]. Вероятность возникновения нарушений психической адаптации особенно велика в подростковом возрасте в связи с обострением противоречий между физиологической, психологической и социальной линиями в развитии, хрупкостью баланса между внутренними ресурсами и внешними стрессогенными условиями [2, 17]. Возникает задача выявления специфики и механизмов развития эмоциональных особенностей личности, инициирующих адаптационные нарушения, а также компенсаторных проявлений, психологически позитивных для развития личности в условиях болезни.

Цель данной работы — анализ эмоциональных особенностей и компенсаторных механизмов личности подростков с тяжелыми деформациями позвоночника.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 120 девушек 13–17 лет, 60 из них с тяжелыми деформациями позвоночника III–IV степени тяжести (45 с идиопатическим сколиозом, 15 с врожденной деформацией). В момент обследования все подростки находились на лечении в НИДОИ им. Г.И. Турнера. В контрольную группу вошли 60 здоровых девушек того же возраста. Все подростки, принявшие участие в исследовании, имели сохранные возможности интеллектуального развития. Уровень интеллектуального развития определялся с помощью интеллектуального теста Слоссона [18]. Показатели интеллектуального развития подростков с тяжелыми деформациями позвоночника и здоровых подростков соответствовали возрастной норме: $104,0 \pm 10,5$ и $110,0 \pm 11,0$ баллов соответственно.

Изучение психологического статуса пациентов проводилось в два этапа. На первом этапе изучались эмоциональные особенности личности девушек с тяжелыми деформациями позвоночника. Для этой цели были использованы стандартизированное

интервью и стандартные психодиагностические методики: шкала личностной тревожности А.М. Прихожан [14], Торонтская алекситимическая шкала [5], опросник агрессивных проявлений Басса — Дарки [9, 16]. На втором этапе изучались компенсаторные проявления личности на психологическом и социально-психологическом уровнях. Психологический уровень компенсации связан с особенностями саморегуляции личности, регуляцией поведения и деятельности в условиях тяжелой инвалидизирующей патологии. Важную роль в процессах саморегуляции играют сознательные усилия личности, предпринимаемые для совладания со стрессовыми ситуациями, порождающими тревогу (копинг-стратегии). Для выявления копинг-стратегий подростков в ситуациях с высоким эмоциональным напряжением был использован опросник Е. Heim [19–21]. Социально-психологический уровень компенсации связан с понятиями социально-психологического благополучия, качества жизни, проявляющимися в характеристиках степени комфорта для удовлетворения человеческих потребностей. На втором этапе исследования для определения параметров качества жизни был использован опросник SF-36 [3, 12].

Полученные результаты обработаны статистическими методами с помощью компьютерной программы Statistica 6.0. Оценка проводилась с помощью параметрического t-критерия Стьюдента. Для выявления различий признаков, выраженных в процентном отношении, применялся точный критерий Фишера. Статистически значимыми считались результаты не ниже уровня $P < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Результаты статистического анализа психодиагностических показателей тревожности представлены в табл. 1. Подростки со сколиозом демонстрируют более высокий уровень личностной тревожности, чем их здоровые сверстники. Полученные результаты показывают, что больные подростки име-

ют более выраженные эмоциональные проблемы, обычные жизненные ситуации для них являются тревогогенными, вызывают негативные переживания, перенапряжение эмоциональной сферы, что проявляется в показателях общей тревожности и тревоги в ситуациях, связанных с суевериями, предсказаниями ($P < 0,05$; $P < 0,01$). Повышение уровня общей тревожности может указывать на актуализацию переживаний в связи с дефицитом информации относительно перспектив лечения, с ситуацией неопределенности, обусловленной генерализованной боязнью снижения качества жизни в будущем, в условиях тяжелого инвалидизирующего заболевания. Эти ситуации могут являться фактором риска в формировании психосоматических расстройств, болевых синдромов неясной природы, а также болезненных мышечных напряжений, которые часто истолковываются как локальные процессы неясного генеза [9].

Сравнительный анализ аффективно-когнитивных особенностей у здоровых и больных девушек показал, что у страдающих сколиозом наблюдается достоверное увеличение показателей алекситимии ($67,00 \pm 11,81$) по сравнению со здоровыми подростками ($60,00 \pm 6,77$), у которых по результатам исследования был выявлен неалекситимический тип (t-критерий Стьюдента — 2,95; $P < 0,01$).

Это может свидетельствовать о том, что у подростков, страдающих сколиозом, отмечаются неспособность определять, описывать и выражать переживаемые чувства, сниженная способность к эмоциональному резонансу, сложности в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями. Пациенты в большей мере сфокусированы на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях. Можно сказать, что подростки со сколиозом чаще, чем их здоровые сверстники,

испытывают трудности в осознании, дифференциации и выражении своих эмоций. Данные аффективно-когнитивные особенности могут создавать конфликтные ситуации в межличностной сфере, вызывать интрапсихическое эмоциональное напряжение и поддерживать процесс его трансформации в патологические физиологические реакции. Выявленные особенности могут рассматриваться как факторы риска, предрасполагающие к развитию дезадаптационных нарушений, осложняющих процесс хирургического лечения и реабилитации пациентов.

Как видно из табл. 2, у подростков со сколиозом проявления агрессивности и враждебности снижены по сравнению с их здоровыми сверстниками по показателям негативизма ($P < 0,05$) и вербальной агрессии ($P < 0,01$).

Полученные данные свидетельствуют о том, что больные подростки не склонны к оппозиционным фор-

Таблица 1

Тревожность подростков со сколиозом и здоровых подростков по шкале личностной тревожности А.М. Прихожан [14], баллы ($M \pm m$)

Виды тревожности	Подростки со сколиозом (n = 30)	Здоровые подростки (n = 30)	t-критерий Стьюдента
Школьная	$3,0 \pm 2,3$	$3,0 \pm 2,2$	0,39
Самооценочная	$4,0 \pm 2,3$	$3,0 \pm 2,06$	1,43
Межличностная	$4,0 \pm 2,3$	$3,0 \pm 2,3$	1,61
Магическая	$4,0 \pm 2,8$	$2,0 \pm 1,99$	3,48
Общая	$4,0 \pm 2,5$	$2,0 \pm 1,8$	2,28

Таблица 2

Индексы враждебных и агрессивных реакций у подростков со сколиозом и здоровых подростков по опроснику Басса — Дарки [9, 16], $M \pm m$

Показатели	Подростки со сколиозом (n = 30)	Здоровые подростки (n = 30)
Физическая агрессия	$50,0 \pm 23,6$	$60,0 \pm 19,9$
Вербальная агрессия	$58,0 \pm 19,2$	$70,0 \pm 12,7$
Косвенная агрессия	$52,0 \pm 18,1$	$54,0 \pm 17,2$
Негативизм	$44,0 \pm 27,5$	$60,0 \pm 21,0$
Обида	$57,0 \pm 24,5$	$62,0 \pm 24,3$
Подозрительность	$50,0 \pm 20,8$	$50,0 \pm 22,5$
Чувство вины	$65,0 \pm 20,9$	$59,0 \pm 17,0$
Раздражение	$47,0 \pm 18,1$	$49,0 \pm 16,7$
Индекс агрессивности	$53,0 \pm 15,6$	$60,0 \pm 12,8$
Индекс враждебности	$54,0 \pm 18,3$	$56,0 \pm 18,5$

Достоверность различий по показателю «вербальная агрессия» — 2,77; по показателю «негативизм» — 2,45.

мам поведения, направленным против авторитетных лиц, против требований, правил и законов. Они реже выражают негативные чувства по отношению к другим людям через ссору, крик, негативные словесные обращения (брань, угрозы), у них несколько снижен показатель физической агрессии (способность использовать в конфликтных ситуациях физическую силу против другого лица). Однако эти различия не достигают уровня значимости и выступают в виде тенденции. В то же время у больных и здоровых девушек не выявлено существенных различий в таких проявлениях агрессивности и враждебности, как склонность к раздражению, саркастическим высказываниям по отношению к другим людям, злобным сплетням и шуткам, подозрительности, чувству зависти и ненависти к окружающим из-за мнимых или действительных страданий. Не выявлено достоверных различий между девушками со сколиозом и их здоровыми сверстницами по суммарным показателям — индексам враждебности и агрессивности. У подростков, страдающих сколиозом, при достаточно высоком уровне скрыто-враждебных и агрессивных реакций, которым сопутствуют негативные чувства в отношении людей и событий, наблюдаются выраженная тенденция к блокировке агрессивных и враждебных проявлений, трудности эмоциональной разрядки, что является

проявлением деструктивных саморазрушительных тенденций.

В подростковом возрасте в условиях постоянной психогенной травматизации в связи с наличием физического дефекта возможно появление новых форм адаптации, связанных с активным формированием механизмов преодоления стресса, — копингом. Под копингом подразумеваются постоянно изменяющиеся когнитивные и поведенческие попытки справиться с внешними или внутренними требованиями, которые превышают возможности человека справиться с ними или оцениваются как напряжение. Совладающее поведение реализуется посредством применения различных копинг-стратегий на основе ресурсов личности и среды. Копинг-стратегии могут выступать в качестве стресс-резистентных факторов, направленных на адаптацию и социальную интеграцию индивида.

Для определения формы преодоления стрессовых ситуаций использовалась классификационная система опросника Е. Neim [21], содержащая описание поведенческих, когнитивных и эмоциональных копинг-стратегий.

Наиболее популярным выбором поведенческой стратегии в условиях психотравмирующей ситуации среди здоровых и больных подростков является поведенческий копинг «активное избегание» (табл. 3).

Здоровые подростки также часто выбирают поведенческую стратегию «отступление». «Активное избегание» и «отступление» являются вариантами неадаптивного копинг-поведения, предполагающего отказ от решения проблем. Как больные, так и здоровые девушки стремятся не думать о своих неприятностях. В процессе беседы подростки уходят от обсуждения вопросов, имеющих особую эмоциональную значимость. Наблюдение за пациентками с деформацией позвоночника в ситуации экспериментально-психологического обследования показывает, что девушки с тяжелыми сколиозами, выраженными дефектами внешности избегают разговоров о своем заболевании, предстоящих хирургических вмешательствах, игнорируют вопросы, касающиеся возможных негативных последствий оперативного вмешательства. Поведенческая стратегия пациентов с деформациями позвоночника «активное избегание» проявляется в спонтанных высказываниях в процессе экспериментально-психологического обследования: «... не хочу думать о своей болезни и говорить о ней». Больные и здоровые подростки часто используют копинг-стратегии «обращение за помощью» и «отвлечение». Эти копинги относятся к поведенческим стратегиям, способствующим успешной адаптации, и выражаются в активном поведении личности по разрешению сложных ситуаций.

Таблица 3

Поведенческие копинг-стратегии у подростков со сколиозом и у здоровых подростков по методике Е. Neim [21], %

Виды копинг-стратегий	Подростки со сколиозом (n = 30)	Здоровые подростки (n = 30)
Отвлечение	13	13
Альтруизм	7	10
Активное избегание	27	23
Компенсация*	13	3
Конструктивная активность	3	1
Отступление*	10	23
Сотрудничество	7	10
Обращение за помощью	20	17

Критерий Фишера по показателю «компенсация» — 2,08; по показателю «отступление» — 1,68;

* P < 0,05.

Сравнительный анализ поведенческих копинг-стратегий больных и здоровых подростков показал, что девушки с тяжелыми деформациями позвоночника достоверно чаще используют стратегию «компенсация» ($P < 0,05$) и достоверно реже поведенческий копинг «отступление» ($P < 0,05$). Полученные результаты свидетельствуют о том, что у девушек со сколиозом реже встречаются ярко выраженные неадаптивные варианты копинг-поведения «отступление». В психотравмирующих ситуациях они чаще используют копинг «компенсация», то есть поведение, отражающее стремление к временному отходу от решения проблем. Адаптивность такого поведения зависит от значимости ситуации. При временных и незначимых трудностях такое поведение может считаться адаптивным, помогая успешно преодолевать трудности, но при длительных и значимых стрессовых воздействиях (длительное ортопедическое лечение, хирургические операции) оно может расцениваться как дезадаптивное, способствующее поддержанию эмоционального напряжения, связанного с этими воздействиями. Таким образом, как у больных, так и у здоровых подростков выявлен широкий набор поведенческих стратегий. Однако в эмоционально значимых ситуациях у больных подростков наблюдается тенденция к дезадаптивному копинг-поведению.

Здоровые подростки чаще выбирают неадаптивные стратегии совладающего поведения («растерянность», «смирение», «диссимуляция»), связанные с пассивностью и отказом от решения проблем из-за неведения в свои силы. Среди адаптивных копингов у здоровых девушек чаще встречается копинг-стратегия «установка собственной ценности». Такая форма когнитивных копинг-стратегий считается успешной в преодолении трудностей, направленных на анализ возникших проблем и путей выхода из них, на повышение самоконтроля и самооценки.

Самым популярным выбором среди когнитивных стратегий совлада-

ния у подростков с тяжелой деформацией позвоночника оказалась стратегия «сохранение самообладания», что является адаптивным вариантом поведения, часто девушки используют адаптивную копинг-стратегию «установка собственной ценности». Данные варианты когнитивных копинг-стратегий направлены на повышение уверенности в возможностях совладания с ситуацией угрозы, поддержание психологического благополучия индивида. Девушки со сколиозами чаще используют относительно адаптивные когнитивные копинги «религиозность» и «придание смысла» — типы поведения, связанные с совершенствованием, проверкой стойкости духа и верой людей в их божественное предназначение.

Сравнительный анализ когнитивных копинг-стратегий больных и здоровых подростков показал, что девушки с тяжелыми деформациями позвоночника достоверно реже используют неадаптивный вариант когнитивного совладания «растерянность» ($P < 0,05$) и достоверно чаще относительно адаптивный когнитивный копинг-механизм «религиозность» ($P < 0,05$). Это говорит о том, что у девушек с тяжелыми деформациями позвоночника чаще встречаются неадаптивные варианты совладающего поведения, чем у их здоровых сверстниц. Вероятно, тяжелый физический дефект, длительная и сложная ситуация лечения способствуют формированию когнитивных механизмов совладания, связанных с глубоким философским осмыслением окружающей действительности, осознанием ценности собственной личности, проверкой собственной духовной стойкости.

Анализ эмоциональных копинг-стратегий показал, что самым популярным выбором в обеих группах является оптимизм, то есть 42% здоровых девушек и 59% девушек со сколиозом видят свое будущее в положительном свете. Полученные результаты свидетельствуют об общих закономерностях формирования механизмов совладания в условиях стресса в подростковом возрасте. В то же вре-

мя выявлены различия между двумя группами подростков. Девушки со сколиозом достоверно реже, чем их здоровые сверстницы, используют адаптивную стратегию «эмоциональная разрядка» и неадаптивную стратегию «самообвинение». Это свидетельствует о трудностях в реагировании, о сниженной способности девушек со сколиозом открыто выражать свои чувства, о склонности испытывать чувство вины в связи с наличием тяжелого заболевания, требующего сложного лечения, эмоциональных и физических затрат от членов семьи.

Таким образом, анализ механизмов совладания здоровых и больных подростков свидетельствует о том, что диапазон копинг-механизмов подростков включает в себя как адаптивные, так и неадаптивные стратегии. Наиболее популярной в обеих группах оказалась поведенческая стратегия активного избегания. Как больные, так и здоровые подростки стремятся не думать о своих неприятностях, избегают разговоров о них. Наиболее часто встречающаяся в двух группах когнитивная копинг-стратегия «установка собственной ценности» направлена на повышение уверенности в возможностях совладания с ситуацией угрозы, поддержание психологического благополучия подростка. У девушек с тяжелыми деформациями позвоночника чаще, чем у их здоровых сверстниц, встречаются неадаптивные поведенческие, эмоциональные копинг-стратегии и адаптивные когнитивные варианты совладания со стрессовыми ситуациями. В эмоционально значимых ситуациях, к которым можно отнести длительное лечение, хирургические операции, для подростков со сколиозами характерны трудности в открытом выражении чувств и реагировании на них, а также поведение, способствующее поддержанию эмоционального напряжения.

Показатели качества жизни по всем сферам жизнедеятельности у подростков с тяжелой деформацией позвоночника оказались снижены по сравнению с их здоровыми сверстниками (табл. 4).

Таблица 4

Качество жизни подростков со сколиозом и здоровых подростков по методике SF-36 [3, 12], баллы

Показатели	Здоровые подростки (n = 30)	Подростки со сколиозом (n = 30)	t-критерий Стьюдента
Физическое функционирование	94	72	-5,36
Рольевые ограничения, связанные с физическим состоянием	82	56	-3,59
Физическая боль	82	69	-2,08
Общее здоровье	81	53	-5,48
Витальность	71	63	-1,83
Социальное функционирование	90	74	-3,09
Рольевые ограничения, связанные с эмоциональностью	78	61	-2,01
Психическое здоровье	71	61	-2,43

В сфере представлений о сохранности жизненных сил (витальности) эти различия выступают в виде тенденции. Снижение удовлетворенности другими сторонами жизни у больных подростков достигает уровня значимости по параметрам «физическое функционирование» ($P < 0,001$), «ролевые ограничения, связанные с физическим состоянием» ($P < 0,001$), «физическая боль» ($P < 0,05$), «общее здоровье» ($P < 0,001$), «социальное функционирование» ($P < 0,001$), «ролевые ограничения, связанные с эмоциональным состоянием» ($P < 0,05$), «психическое здоровье» ($P < 0,05$). Полученные результаты свидетельствуют о том, что подростки с тяжелыми деформациями крайне низко оценивают свои возможности в выполнении обычных жизненных задач

человека. Пациентки ортопедической клиники считают, что заболевание ограничивает их возможность проявлять активность, реализовывать свои потенциальные способности и испытывать удовлетворение в обычных областях жизни (повседневной деятельности, физическом функционировании, сфере общения, при выполнении социальных ролей), создает ситуацию глобальной неудовлетворенности собой и окружающим миром. Субъективное переживание неблагополучия в социальной, физической и психической сферах является отражением искажений социальной ситуации развития подростков со сколиозом, крайне низких ресурсов в реализации компенсаторных потенциалов на социально-психологическом уровне.

Заключение

Выявленные негативные особенности эмоционального компонента и компенсаторных возможностей личности подростков с тяжелыми деформациями позвоночника свидетельствуют о необходимости применения психосоматического подхода при рассмотрении различных форм заболевания. Полученные данные могут стать основой для разработки дифференцированных психокоррекционных подходов в рамках комплексной медико-психолого-педагогической реабилитации подростков с тяжелой деформацией позвоночника.

Литература

1. **Ананьев В.А.** Психология здоровья. СПб., 2006.
2. **Ананьев В.А.** Практикум по психологии здоровья. СПб., 2007.
3. **Гордеев В.И., Александрович Ю.С.** Состояние понятия «качества жизни» в педиатрии // Исследования качества жизни в медицине: Тез. докл. конф. СПб., 2000.
4. **Джулай Л.В., Симонович А.Е., Ласовская Т.Ю. и др.** Влияние психологических факторов на результаты хирургического лечения болевых синдромов при дегенеративных поражениях поясничного отдела позвоночника // Хирургия позвоночника. 2004. № 4. С. 79–86.
5. **Ересько Д.Б., Исурин Г.С., Койдановская Е.В. и др.** Алекситимия и методы ее определения при пограничных и психосоматических расстройствах. СПб., 1994.
6. **Исаев Д.Н.** Психосоматическая медицина детского возраста. СПб., 1996.
7. **Исаев Д.Н.** Эмоциональный стресс, психосоматические и соматические расстройства у детей. СПб., 2005.
8. **Кулешов А.А.** Тяжелые формы сколиоза. Оперативное лечение и функциональные особенности некоторых органов и систем. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2007.
9. **Малкина-Пых И.Г.** Психосоматика: новейший справочник. М.; СПб., 2003.
10. **Николаева В.В.** Влияние хронической болезни на психику. М., 1987.
11. **Нейман З.И., Павленко И.И.** Об особенностях течения диспластического и идиопатического сколиоза // Ортопед., травматол. и протезир. 1984. № 3. С. 27–30.
12. **Новик А.А., Ионова Т.И.** Исследование качества жизни в медицине: Учебное пособие для вузов / Под ред. Ю.А. Шевченко. М., 2004.
13. **Норкин И.А., Шемятенков В.Н., Зарецков В.В. и др.** Особенности психофизиологического

- статуса детей и подростков со сколиозом на разных этапах лечения // Хирургия позвоночника. 2006. № 4. С. 8–12.
14. **Прихожан А.М.** Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. М.; Воронеж, 2000.
 15. **Ратнер А.Ю.** Неврология новорожденных: Острый период и поздние осложнения. М., 2005.
 16. **Рогов Е.И.** Настольная книга практического психолога. М., 1998.
 17. **Соколова Е.Т., Николаева В.В.** Особенности личности при пограничных психических расстройствах и соматических заболеваниях. М., 1995.
 18. **Тунник Е.Е., Жихарева Ю.И.** Тест интеллекта Слоссона. СПб., 1999.
 19. **Чехлатый Е.И., Волкова. О.Н., Косова Е.Г.** Исследование качества жизни здоровых людей и стратегий совладания в гендерном аспекте // Вестн. психотерапии. 2005. № 13 (18). С. 65–75.
 20. **Cheklaty E.I., Karvassarsky B.D., Nazyrov R.K., et al.** Psychophysiology of Emotions and Emotional Coping in Neuroses // The 13th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry. The Relevance of Groups for Illness, Health and Healing: Abstracts. München, 2001.
 21. **Heim E.** Coping and psychological adaptation: Is there appropriate and inappropriate coping? // Psychother Psychosom. Med. Psychol. 1988. Vol. 38. P. 8–18.

Адрес для переписки:

Пятакова Галина Викторовна
196603, Санкт-Петербург, Пушкин,
ул. Парковая, 64–68,
НИДОИ им. Г.И. Турнера,
turner01@mail.ru

Статья поступила в редакцию 17.04.2008