



ИССЛЕДОВАНИЕ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ ПОДРОСТКОВ С ИДИОПАТИЧЕСКИМ СКОЛИОЗОМ

Г.В. Пятакова, С.В. Виссарионов, А.В. Овечкина

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

Цель исследования. Изучение особенностей отношения к заболеванию подростков с идиопатическим сколиозом различной степени тяжести.

Материал и методы. Обследованы 60 подростков со сколиотической деформацией позвоночника: 32 со сколиозом I–II ст., 28 — III–IV ст. Изучали особенности отношения подростков к болезни при помощи методики ТОБОЛ и теста незаконченных предложений.

Результаты. У подростков с идиопатическим сколиозом, независимо от тяжести заболевания, преобладают диффузный и смешанный типы отношения к заболеванию. При идиопатическом сколиозе I–II ст. негативные переживания в связи с наличием ортопедической патологии и необходимостью лечения могут способствовать формированию гармоничного варианта отношения к заболеванию, обеспечивающего адекватное поведение в условиях болезни и в ситуации лечения. При сколиозе III–IV ст. чаще встречаются реакции на заболевание, соответствующие неврастеническому и сенситивному типам, что проявляется в угнетенном настроении, повышенном беспокойстве в отношении опасности лечения, опасениях, связанных с недоброжелательным вниманием со стороны окружающих. Выраженные негативные переживания в связи с предстоящей хирургической операцией у подростков с тяжелой деформацией позвоночника могут способствовать появлению поведенческих дезадаптивных реакций.

Заключение. Стратегия медицинского и психологического консультирования подростков, страдающих тяжелыми формами сколиоза, должна включать различные тактики ведения беседы и терапевтических техник, ориентированных на снятие излишнего эмоционального напряжения, предоставление подростку информации о положительных и эффективных результатах лечения.

Ключевые слова: отношение к болезни, подростки, идиопатический сколиоз, психологическая реабилитация.

ATTITUDE TOWARD DISEASE
IN ADOLESCENTS WITH IDIOPATHIC SCOLIOSIS
G.V. Pyatkova, S.V. Vissarionov, A.V. Ovechkina

Objective. Investigation of specific features of the attitude toward disease in adolescents with different grades of idiopathic scoliosis.

Material and Methods. Sixty adolescents with scoliotic deformity of the spine were examined, out of them 32 patients had Grades I and II scoliosis, and 28 — Grades III and IV scoliosis. The features of the attitude toward disease were studied using the Test for Attitude toward Disease and the Incomplete Sentence Test.

Results. Adolescents with idiopathic scoliosis, regardless the disease severity, predominantly have mixed and diffusive types of the attitude toward disease. In patients with Grades I and II scoliosis the negative feelings associated with orthopedic pathology and need for treatment may contribute to a harmonious version of the attitude toward disease which provides appropriate behavior in condition of disease and situation of treatment. Responses to disease in adolescents with Grades III and IV scoliosis more often relate to neurasthenic and sensitive types. This is expressed by depressive mood and excessive anxiety about the danger of treatment, and by a fear of unfriendly attention from others. Apparent negative feelings in connection with upcoming surgery in adolescents with severe spinal deformity may contribute to maladaptive behavioral responses.

Conclusion. Strategy of medical and psychological consulting of adolescents suffering from severe scoliosis should include various tactics of conducting a talk and therapeutic techniques aimed at relieving excessive emotional tension, and providing an adolescent with information on positive and effective treatment results.

Key Words: attitude toward disease, adolescents, idiopathic scoliosis, psychological rehabilitation.

Hir. Pozvonoc. 2012;(3):26–32.

Деформации позвоночника относятся к заболеваниям опорно-двигательного аппарата, вызывающим у пациентов выраженные психологические послед-

ствия [1, 3, 10]. Идиопатический сколиоз выражается в боковом искривлении позвоночника и патологической ротации (торсии) позвонков, кото-

рые при прогрессировании заболевания вызывают стойкую деформацию грудной клетки и другие изменения, уродующие фигуру. В свою очередь,

деформация грудной клетки оказывает отрицательное влияние на анатомо-функциональное состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

По классификации Чаклина [16], различают четыре степени тяжести сколиоза: I – до 10°, II – 11–30°, III – до 60°, IV – свыше 60°. По мере прогрессирования сколиоза ухудшаются анатомо-функциональные характеристики позвоночника (изменяются конфигурация и костная структура тел позвонков, межпозвонковых дисков и сочленений) и других органов и систем. Особенно стремительно сколиоз прогрессирует в подростковом возрасте в связи с гормональной перестройкой организма и скачком роста [3, 13, 15, 16]. Деформации позвоночника могут сопровождаться выраженными болевыми ощущениями, ограничением подвижности позвоночника, одышкой, сердцебиениями, изменением неврологической симптоматики и другими функциональными расстройствами. При прогрессировании сколиоза ставится вопрос о хирургическом лечении, которое в настоящее время предполагает объемное оперативное вмешательство: коррекцию деформации металлоконструкцией в сочетании с костно-пластической фиксацией позвоночника. Все эти мероприятия накладывают определенный отпечаток на психологическое состояние подростка.

Признаки заболевания, проявляющиеся как видимые окружающим отличия внешности, особенности сложного лечения ограничивают жизнедеятельность подростка, возможности его общения, перспективы учебной и трудовой деятельности, могут являться источником психической травматизации и приводить к дезадаптационным срывам [3, 10–12]. В связи с этим большое значение 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. Современные исследования субъективной стороны заболевания отличаются терминологическим многообразием, что связано с разноплановостью психологических характеристик в рамках изучаемого феномена: аутопластической картины болезни, внутренней картины болезни, сознания болезни, переживания болезни, отношения к болезни [4, 6–8, 11]. Спектр личностных трансформаций в условиях болезни наиболее полно отражает термин «отношение к болезни». Отношение к болезни, включающее в себя когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты, может представлять собой единицу анализа компенсаторного потенциала личности в условиях болезни [5]. Динамика формирования отношения к заболеванию в условиях прогрессирующей ортопедической патологии может рассматриваться как способ становления механизмов саморегуляции, овладения психологическими приемами преодоления заболевания [10, 11].

Формирование устойчивого типа отношения к заболеванию у подростка с ортопедической патологией связано с особенностями эмоциональных составляющих в структуре отношения к болезни [8, 14]. Появление или смена эмоциональной составляющей отношения к болезни может служить сигналом об изменении жизненной ситуации, наличии психической травмы в связи с заболеванием, возможной личностной перестройке в условиях болезни [14]. Среди переживаемых ребенком или подростком во время болезни психотравмирующих обстоятельств в качестве наиболее важного выделяют госпитализацию, отрыв от близких. Таким образом, регулятор-

ные функции отношения к болезни, обеспечивающие приспособительное поведение в условиях стационара, в ситуации сложного оперативного лечения определяются в значительной степени особенностями аффективного компонента.

Цель исследования – изучение особенностей отношения к заболеванию подростков с идиопатическим сколиозом различной степени тяжести.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 60 подростков: 32 – с I и II ст. сколиоза, 28 – с III–IV ст. Изучали особенности отношения подростков к болезни. Для психологической диагностики характеристик отношения использовали методику ТОБОЛ (тест отношения к болезни) и тест незаконченных предложений [2, 9]. ТОБОЛ позволяет осуществлять индивидуальную диагностику типов личностного реагирования на болезнь и исследовать средние значения отдельных шкал в каждой изучаемой группе. Это опросник, позволяющий получать информацию о широком спектре отношений личности, связанных с болезнью. Теоретико-психологической основой методики является концепция психологических отношений В.Н. Мясищева (Цит. по: А.Е. Личко, 1977). Отношение к болезни, обладая всеми признаками психологического отношения, включает в себя когнитивный (знание о болезни), эмоциональный (переживание болезни и связанной с ней ситуации), поведенческий (связанные с болезнью реакции, способствующие адаптации или дезадаптации к ней, определенные стратегии поведения в жизненных ситуациях при болезни, например в ситуации хирургического лечения) компоненты.

Классификация типов реакций на болезнь имеет под собой клинико-психологическое обоснование [2]:

- гармонический – трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать либо недооценивать тяжесть заболевания,

последствия хирургического вмешательства;

- эргопатический – пациент 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 – 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 – непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, опасности лечения; у подростков в условиях стационара длительное время может доминировать тревожное, угнетенное настроение;
- ипохондрический – сосредоточенность на субъективных болезненных ощущениях, чрезмерный интерес и недоверчивость к результатам медицинских исследований;
- неврастенический – поведение по типу раздражительной слабости: вспышки раздражения при неудачах, непереносимость болевых ощущений;
- меланхолический – реагирование на болезнь и ситуацию лечения, характеризующееся удрученностью подростка болезнью, склонностью к активным депрессивным высказываниям;
- апатический – полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения;
- сенситивный – чрезмерная озабоченность возможным неблагоприятным впечатлением, которое может произвести на окружающих физический недостаток, связанный с болезнью; в подростковом возрасте особенно часто возника-

ет опасение недоброжелательного отношения со стороны окружающих, боязнь негативных оценок со стороны сверстников;

- эгоцентрический – желание показать другим свое особое положение в отношении болезни, свою исключительность; могут наблюдаться рентные установки в отношении лечения;
- паранойальный – восприятие болезни как результата чьего-то злого умысла, склонность винить в своем заболевании других, например врачей, близких родственников;
- дисфорический – доминирование мрачно-озлобленного настроения, зависть и злость по отношению к здоровым сверстникам, 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 адаптации существенно не нарушаются. Тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический типы проявляются в дезадаптивном поведении, имеющем интрапсихическую направленность (тревожное подавленное настроение, реакции по типу раздражительной слабости, уход в болезнь, капитуляция перед заболеванием). Сенситивный, эгоцентрический, дисфорический, паранойальный типы имеют интрапсихическую направленность и клинически проявляются в гетерогенных агрессивных тенденциях, построении концепций паранойального характера относительно причин и последствий своего заболевания, тенденции скрывать свои недуги из-за боязни недоброжелательного отношения со стороны окружающих.

Тест незаконченных предложений [9] направлен на выявление скрываемых или неосознаваемых переживаний у детей и подростков в связи с различными проявлениями заболе-

вания и ситуаций лечения. С помощью данной методики диагностируется преимущественно эмоциональный компонент отношения подростка к заболеванию, выявляются негативные переживания в связи с представлением о собственном здоровье, о болезни, в связи с отношением к различным аспектам заболевания (собственно отношение к болезни, отношение к лечению, переживания в связи с планами на будущую жизнь, в связи с вовлеченностью семьи в ситуацию болезни, переживания, сопровождающие неизбежную госпитализацию).

Полученные результаты обрабатывали статистическими методами с помощью компьютерной программы «Statistica 6.0». Сравнительную оценку проводили с помощью параметрического критерия Стьюдента. Применяли корреляционный анализ с вычислением коэффициента Пирсона. Статистически значимыми считались результаты не ниже уровня $P \leq 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Результаты индивидуальной диагностики показали, что у подростков с идиопатическим сколиозом чаще регистрируют диффузный и смешанный типы отношения к заболеванию. В группе подростков со сколиозом I–II ст. в 19 случаях диагностировали диффузный и смешанный типы отношения к болезни. Подобный тип отношения к болезни отмечали и у 15 пациентов из группы со сколиозом III–IV ст. Среди чистых типов отношения к болезни наиболее часто встречаются варианты реагирования на заболевание без выраженных нарушений адаптации (гармонический, эргопатический, анозогнозический), а также сенситивный вариант отношения к болезни. Причем у подростков со сколиозом III–IV ст. сенситивный вариант диагностировали в 6 случаях, I–II ст. – в 3. В группе со сколиозом III–IV ст. у 3 пациентов отметили тревожный тип отношения к болезни. Полученные данные могут свидетельствовать о недостаточной оформленности отношения к заболеванию

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 у подростков с идиопатическим сколиозом определяются особенностями социальной ситуации, характерными чертами которой 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 показал, что у подростков с более тяжелыми деформациями позвоночника чаще, чем у их сверстников со сколиозом I–II ст., встречаются реакции на заболевание по тревожному и сенситивному типам (табл. 1).

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.

Сравнительная характеристика параметров переживаний в связи с представлением о заболевании, о собственном здоровье, а также переживаний, касающихся вопросов лечения и будущей жизни, показывает выраженный негативный характер у подростков со сколиозом

III–IV ст. по сравнению со сверстниками с I–II ст. (табл. 2).

Полученные результаты могут быть проиллюстрированы примерами высказываний больных относительно своего заболевания (по результатам теста незаконченных предложений). Подростки с более тяжелыми проявлениями идиопатического сколиоза отмечают, что среди других болезней их заболевание «самое страшное», «самое заметное», «очень сложное», «почти самое ужасное». Подростки со сколиозом I–II ст. не считают себя больными либо отмечают, что их болезнь «безобидная», «не самая тяже-

лая». Подростки с тяжелой степенью сколиоза связывают с болезнью «чувство горечи», «неприятное чувство», «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», «спина», «наличие горба», «трудно лечиться». Полученные результаты могут свидетельствовать о важной роли эмоционального компонента в структуре формирующегося отношения к заболеванию у подростков с идиопатическим сколиозом. Формирование аффективной

Таблица 1

Показатели отношения к болезни подростков с идиопатическим сколиозом по методике ТООБЛ, $M \pm S$

Тип отношения к болезни	Сколиоз I–II ст.	Сколиоз III–IV ст.	Критерий Стьюдента при $P \leq 0,05$
Гармонический	$7,7 \pm 12,9$	$8,8 \pm 14,2$	—
Эргопатический	$12,3 \pm 13,1$	$16,4 \pm 14,2$	—
Анозогнозический	$10,3 \pm 17,1$	$9,7 \pm 16,1$	—
Тревожный	$8,0 \pm 6,0$	$12,2 \pm 8,2$	2,1
Ипохондрический	$10,1 \pm 8,5$	$10,3 \pm 7,1$	—
Неврастенический	$11,1 \pm 5,8$	$10,8 \pm 7,6$	—
Меланхолический	$7,9 \pm 4,8$	$8,2 \pm 8,0$	—
Апатический	$8,5 \pm 5,4$	$8,3 \pm 8,4$	—
Сенситивный	$13,7 \pm 9,1$	$19,6 \pm 9,7$	2,4
Эгоцентрический	$8,7 \pm 4,6$	$8,0 \pm 5,2$	—
Паранойяльный	$6,7 \pm 6,4$	$8,8 \pm 5,8$	—
Дисфорический	$6,3 \pm 5,1$	$9,2 \pm 6,2$	—

Таблица 2

Показатели отношения к болезни подростков с идиопатическим сколиозом по методике теста незаконченных предложений, $M \pm S$

Показатели отношения к болезни	Сколиоз I–II ст.	Сколиоз III–IV ст.	Критерий Стьюдента при $P \leq 0,05$
Представление о болезни	$1,1 \pm 0,7$	$1,7 \pm 1,3$	2,4
Представление о здоровье	$0,6 \pm 0,7$	$1,0 \pm 0,6$	2,2
Отношение к болезни	$2,1 \pm 1,1$	$3,0 \pm 0,9$	3,5
Отношение к будущему	$0,4 \pm 0,6$	$0,9 \pm 0,9$	2,1
Отношение к лечению	$0,7 \pm 0,7$	$0,8 \pm 1,0$	—
Отношение семьи к болезни ребенка	$0,6 \pm 0,8$	$1,0 \pm 1,0$	—
Отношение к госпитализации	$1,1 \pm 0,7$	$1,5 \pm 1,0$	1,9

составляющей в структуре отношения к заболеванию может представлять собой конкретный механизм, определяющий формирование устойчивого типа отношения к заболеванию в подростковом возрасте.

Проведен корреляционный анализ между показателями, отражающими особенности переживаний пациентов и параметрами формирующегося типа отношения к болезни в обеих группах подростков с идиопатическим сколиозом (табл. 3, 4).

Полученные результаты продемонстрировали, что в группе подростков со сколиозом I–II ст. показатели, отражающие переживания в связи с представлением о болезни и с отношением к болезни, образовали отрицательные связи с показателями ипохондриче-

ского, неврастенического и эгоцентрического типов и положительные связи с показателями эргодатического и анозогнозического типов. Полученные зависимости свидетельствуют о том, что у подростков с легкими проявлениями сколиоза негативные переживания, в связи с наличием у них ортопедической патологии, необходимостью лечения и медицинского наблюдения, могут способствовать формированию более гармоничного варианта отношения к заболеванию, обеспечивающего адекватное поведение в условиях болезни и в ситуации лечения.

В группе подростков со сколиозом III–IV ст. показатели переживаний в связи с ситуацией лечения образовали положительные связи с параме-

трами ипохондрического и эргодатического типов отношения к болезни, отрицательную связь с показателем эгоцентрического типа. Полученные зависимости свидетельствуют о том, что выраженные негативные переживания в связи с ситуацией лечения и с наличием тяжелой деформации позвоночника могут способствовать появлению поведенческих дезадаптивных реакций, в частности в условиях стационара. В то же время переживания в связи с возможным влиянием болезни на будущую жизнь подростка способствуют проявлению эргодатических реакций в условиях болезни, что можно рассматривать как компенсаторное поведение, ориентированное на будущие достижения и успехи в доступных для подростка областях

Таблица 3

Корреляционные связи показателей отношения к болезни по методике ТООБЛ и по тесту незаконченных предложений у подростков с идиопатическим сколиозом I–II ст.

Эмоциональный компонент заболевания	Тип отношения к болезни				
	эргодатический	анозогнозический	ипохондрический	неврастенический	эгоцентрический
Представление о болезни	—	—	-0,43	—	—
Представление о здоровье	—	0,44	—	—	—
Отношение к болезни	—	—	-0,36	—	—
Отношение к будущему	0,39	—	—	—	—
Отношение к лечению	—	—	—	-0,36	—
Отношение семьи к болезни ребенка	0,52	—	—	—	—
Отношение к госпитализации	0,45	—	—	—	-0,37

Взаимосвязи достоверны при $P \leq 0,05$.

Таблица 4

Корреляционные связи показателей отношения к болезни по методике ТООБЛ и по тесту незаконченных предложений у подростков с идиопатическим сколиозом III–IV ст.

Эмоциональный компонент заболевания	Тип отношения к болезни				
	эргодатический	анозогнозический	ипохондрический	неврастенический	эгоцентрический
Представление о болезни	—	—	—	—	—
Представление о здоровье	—	—	—	—	—
Отношение к болезни	—	—	0,56	—	—
Отношение к будущему	0,44	—	—	—	—
Отношение к лечению	—	—	—	—	—
Отношение семьи к болезни ребенка	—	—	0,62	—	—
Отношение к госпитализации	—	—	—	—	-0,45

Взаимосвязи достоверны при $P \leq 0,05$.

деятельности. Переживания в связи с госпитализацией в меньшей степени проявляются у лиц с эгоцентрическим типом отношения к заболеванию.

Заключение

На основании проведенного исследования пациентов с идиопатическим сколиозом различной степени тяжести выявлено следующее:

- 1) у подростков с идиопатическим сколиозом, независимо от тяжести заболевания, преобладают диффузный и смешанный типы отношения к заболеванию, что свидетельствует о недостаточной оформленности отношения к болезни в подростковом возрасте при наличии ортопедической патологии;
- 2) у подростков с идиопатическим сколиозом I–II ст. негативные переживания в связи с наличием у них ортопедической патологии и необ-

ходимостью лечения могут способствовать формированию гармоничного варианта отношения к заболеванию, обеспечивающего адекватное поведение в условиях болезни и в ситуации лечения;

- 3) у подростков со сколиозом III–IV ст. чаще встречаются реакции на заболевание, соответствующие неврастеническому и сенситивному типам, что проявляется в угнетенном настроении, повышенном беспокойстве в отношении опасности лечения, опасениях, связанных с недоброжелательным вниманием со стороны окружающих;
- 4) выраженные негативные переживания в связи с предстоящей хирургической операцией могут способствовать появлению поведенческих дезадаптивных реакций в ситуации лечения.

Полученные результаты можно использовать в практике медицинско-

го и психологического консультирования пациентов с идиопатическим сколиозом. Дозированная информация о негативных последствиях заболевания, сложности лечебного процесса может способствовать мобилизации внутриличностных ресурсов, формированию адекватного представления о заболевании, повышению собственной заинтересованности и активности в лечебном процессе подростков, страдающих идиопатическим сколиозом I–II ст. Стратегия медицинского и психологического консультирования подростков, страдающих тяжелыми формами сколиоза, должна включать в себя различные тактики ведения беседы и терапевтических техник, ориентированных на снятие излишнего эмоционального напряжения, предоставление подростку информации о положительных и эффективных результатах лечения.

Литература

1. Булюбаш И.Д., Морозов И.Н., Приходько М.С. Психологическая реабилитация пациентов с последствиями спинальной травмы. Самара, 2011.
2. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Бочаров В.В. и др. Психологическая диагностика типов отношения к болезни при психосоматических и нервно-психических расстройствах. СПб., 1991.
3. Дадаева О.А., Склярченко Р.Т., Травникова Н.Г. Клинико-психологические особенности детей и подростков, больных сколиозом // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2003. № 3. С. 10–14.
4. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей. СПб., 2000.
5. Личко А.Е. Психология отношений как теоретическая концепция в медицинской психологии и психотерапии // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1977. № 12. С. 1833–1838.
6. Лурья Р.А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. М., 1977.
7. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М., 1987.
8. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. СПб., 2000.
9. Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии / Под ред. Д.Н. Исаева, В.Е. Каган. СПб., 1991.

10. Пятакова Г.В., Виссарионов С.В. Исследование качества жизни подростков с тяжелыми деформациями позвоночника // Хирургия позвоночника. 2009. № 4. С. 38–43.
11. 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: Ч. 1. Ростов н/Д, 1999. С. 160–162.
12. Рамси Н., Харкорт Д. Психология внешности. СПб., 2009.
13. Ратнер А.Ю. Неврология новорожденных: Острый период и поздние осложнения. М., 2005.
14. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных психических расстройствах и соматических заболеваниях. М., 1995.
15. Ульрих Э.В., Мушкин А.Ю. Вертебрология в терминах, цифрах, рисунках. СПб., 2005.
16. Чаклин В.Д., Абальмасова Е.А. Сколиозы и кифозы. М., 1973.

References

1. Boulyubash ID, Morozov IN, Prikhodko MS. [Psychological Rehabilitation of Patients with Consequences of Spinal Cord Injury]. Samara, 2011. In Russian.
2. Vasserman LI, Iovlev BV, Bocharov VV, et al. [Psychological Diagnosis of the Type of Attitude towards the Disease in Psychosomatic and Neuropsychic Disorders]. St. Petersburg, 1991. In Russian.
3. Dadaeva OA, Sklyarenko RT, Travnikova NG. [Clinical and psychological features in children and adolescents suffering from scoliosis]. Mediko-sotsial'naya Ekspertiza i Reabilitatsiya. 2003;(3):10–14. In Russian.
4. Isaev DN. [Psychosomatic Disorders in Children]. St. Petersburg, 2000. In Russian.
5. Lichko AE. [Psychology of relationships as a theoretical concept in medical psychology and psychotherapy]. Zhurnal Nevropatologii i Psihiatrii im. S.S. Korsakova. 1977;(12):1833–1838. In Russian.
6. Luriya RA. [The Inner Picture of a Disease and Iatrogenic Diseases]. Moscow: Medicine, 1977. In Russian.
7. Nikolaeva VV. [The Effect of Chronic Disease to Psychic Condition]. Moscow, 1987. In Russian.
8. Nikolskaya IM, Granovskaya RM. [Psychological Defense in Children]. St. Petersburg, 2000. In Russian.

9. Isaev DN, Kagan VE (eds.). [Psychodiagnostic Methods in Pediatrics and Pediatric Psychoneurology]. St. Petersburg, 1991. In Russian.
10. Pyatakova GV, Vissarionov SV. [Assessment of life quality in adolescents with severe spinal deformities]. *Hir Pozvonoc*. 2009;(4):38–43. In Russian.
11. Pyatakova GV, Kutuzov AP. [The study of attitude to disease in children with movement disorders depending on disease-specific features and the nature of educational influence]. *Standards of Technology for Specialized Medical Care to Children with Musculoskeletal Injuries and Diseases*. Ch.1. Rostov-on-Don, 1999:160–162. In Russian.
12. Ramsey N, Harcourt D. [The Psychology of Appearance]. St. Petersburg, 2009. In Russian.
13. Ratner AYU. [Neurology of Newborns: the Acute Phase and Late Complications]. Moscow, 2005. In Russian.
14. Sokolova ET, Nikolaeva VV. [Personality Characteristics in Borderline Mental Disorders and Somatic Diseases]. Moscow, 1995. In Russian.
15. Ulrikh EV, Mushkin AYU. [Vertebrology in Terms, Figures, and Drawings]. St. Petersburg, 2005. In Russian.
16. Chaklin VD, Abalmasova EA. [Scoliosis and Kyphosis]. Moscow, 1973. In Russian.

Адрес для переписки:

Виссарионов Сергей Валентинович
196603, Санкт-Петербург, Пушкин,
ул. Парковая, 64–68,
НИДОИ им. Г.И. Турнера,
turner01@mail.ru

Статья поступила в редакцию 21.11.2011

Г.В. Пятакова, канд. психол. наук; С.В. Виссарионов, д-р мед. наук; А.В. Овечкина, канд. мед. наук, Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Г.И. Турнера, Санкт-Петербург.

G.V. Pyatakova, PhD in Psychology; S.V. Vissarionov, MD, DMSc; A.V. Ovechkina, MD, PhD, The Turner Scientific and Research Institute for Children's Orthopaedics, St. Petersburg.

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии»
Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Объявляет конкурс
в клиническую ординатуру и аспирантуру по специальностям
«травматология и ортопедия», «нейрохирургия», «анестезиология и реаниматология»

Справки по телефону: 8 (383) 224-47-77
niito@niito.ru; TShustrova@niito.ru