



ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ИДИОПАТИЧЕСКИМ СКОЛИОЗОМ

Г.В. Пятакова¹, С.В. Виссарионов^{1, 2}, А.В. Овечкина¹

¹Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Г.И. Турнера

²Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучение уровневых показателей алекситимии у подростков с идиопатическим сколиозом.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 110 подростков 12–16 лет, из которых 30 имели идиопатический сколиоз, 20 — диспластический III–IV ст. В контрольную группу вошли 30 подростков, не имеющих тяжелых хронических заболеваний, и 30 — с ревматоидным артритом. Применяли торонтскую алекситимическую шкалу TAS и тест эмоционального интеллекта EQ.

Результаты. Анализ выраженности уровня алекситимии в группах подростков показал, что у детей, страдающих идиопатическим сколиозом, преобладают высокие и средние значения алекситимии. Подростки с психосоматическим заболеванием и с идиопатическим сколиозом испытывают трудности в распознавании собственных эмоциональных переживаний и связанных с ними дискомфортных телесных ощущений, включая мышечные напряжения.

Заключение. Подростки с идиопатическим сколиозом и их сверстники с психосоматическим заболеванием отличаются большей выраженностью алекситимических черт по сравнению со здоровыми сверстниками и подростками, страдающими диспластическим сколиозом.

Ключевые слова: идиопатический сколиоз, дети, алекситимия, психология.

Для цитирования: Пятакова Г.В., Виссарионов С.В., Овечкина А.В. Психологические факторы риска психосоматических нарушений у детей с идиопатическим сколиозом // Хирургия позвоночника. 2015. Т. 12. № 1. С. 21–26. DOI: <http://dx.doi.org/10.14531/ss2015.1.21-26>.

PSYCHOLOGICAL RISK FACTORS OF PSYCHOSOMATIC DISORDERS IN CHILDREN WITH IDIOPATHIC SCOLIOSIS

G.V. Pyatkova, S.V. Vissarionov, A.V. Ovechkina

Objective. To examine indicators of the alexithymia level in adolescents with idiopathic scoliosis.

Material and Methods. The study included 110 adolescents aged 12 to 16 years. Out of them 30 children had idiopathic scoliosis, and 20 — grade III–IV dysplastic scoliosis. The control group consisted of 30 adolescents without severe chronic diseases, and 30 — with rheumatoid arthritis. The Toronto Alexithymia Scale (TAS) and the Emotional Intelligence (EQ) Test were used in the study.

Results. Analysis of alexithymia severity levels in adolescent groups showed that high and middle levels of alexithymia prevailed in children with idiopathic scoliosis. Adolescents with psychosomatic disorders and idiopathic scoliosis had difficulties in identifying their own emotional experiences and related uncomfortable bodily sensations, including muscular tension.

Conclusion. Adolescents with idiopathic scoliosis and their peers with psychosomatic disorders are characterized by greater severity of alexithymic features as compared to their healthy peers and adolescents with dysplastic scoliosis.

Key Words: idiopathic scoliosis, children, alexithymia, psychology.

Please cite this paper as: Pyatkova GV, Vissarionov SV, Ovechkina AV. Psychological risk factors of psychosomatic disorders in children with idiopathic scoliosis. *Hir. Pozvonoc.* 2015;12(1):21–26. In Russian.

DOI: <http://dx.doi.org/10.14531/ss2015.1.21-26>.

Распространенность идиопатического сколиоза в детской популяции, высокая вероятность его прогрессирующего течения и возможность инвалидизации пациента делают проблему профилактики и эффективного лечения данного заболевания весьма актуальной [5, 7, 13, 14, 22]. Решение вопроса требует как выявления факторов, осложняющих течение заболевания, нарушающих лечебный процесс, так

и уяснения точных причин происхождения идиопатического сколиоза. Вместе с тем, несмотря на огромное количество исследований, посвященных этой теме, истинная причина происхождения идиопатического сколиоза, характер течения, темпы прогрессирования и факторы, оказывающие влияние на лечебный процесс, до настоящего времени остаются открытыми [7, 14, 22].

На современном этапе изучения заболевания существует множество теорий, касающихся различных аспектов этиологии и патогенеза идиопатического сколиоза, изучены генетические, иммунные, биомеханические, биохимические, нейрофизиологические факторы риска развития сколиотической болезни [5, 7, 14]. Исследователи-клиницисты чаще выдвигают жесткие однонаправленные модели

причинно-следственных связей происхождения и развития идиопатического сколиоза. К первичным нарушениям при идиопатическом сколиозе относят мышечный дисбаланс неясного происхождения, дисплазию спинного мозга, неправильную позу ребенка в школе, перенесенный в раннем детстве рахит, дисбаланс роста и развития между позвоночником и спинным мозгом, травму спинного мозга, родовую травму [5, 7, 14, 22]. На современном этапе научного знания чаще говорят о многофакторной природе заболевания, представляющего собой адаптационно-компенсаторную реакцию организма [5]. По меткому образному сравнению некоторых исследователей идиопатического сколиоза, проблема представляет собой пазл, состоящий из множества деталей, воссоединение которых является сверхсложной задачей и требует участия специалистов разного профиля [7].

В этой общей картине представления об идиопатическом сколиозе, на наш взгляд, не хватает очень важной составляющей, касающейся психологических характеристик, которые могут являться либо факторами, осложняющими течение и лечение заболевания, либо представлять собой одно из звеньев адаптационно-компенсаторного потенциала развития человека как индивида и как личности, поддерживать основные симптомы заболевания. Изучение психологом медицинской литературы по идиопатическому сколиозу позволяет взглянуть на проблему с позиций биопсихосоциальной модели болезни Дж. Энгеля, причем такое рассмотрение возможно в широком и узком смыслах. В первом случае речь идет о психосоматическом варианте развития заболевания, лечение которого невозможно без учета психосоциальных факторов. Во втором случае – об учете психосоциальных факторов риска в генезе и течении любого заболевания, так называемом психосоматическом подходе. В первом варианте под термином «психосоматические расстройства» понимают нарушение функций внутренних органов

и систем, возникновение и развитие которого в наибольшей степени связано с нервно-психическими факторами, с переживанием острой или хронической психической травмы и со специфическими особенностями личности [6, 8, 9, 17]. Во втором варианте под психосоматическими отношениями понимают картину мира, определяющую особенности феноменологии любого заболевания [4, 6, 8]. Эти представления соответствуют высказываниям Р.А. Лурия, сделанным еще в 40-х гг. XX в., который писал, что, по существу, вся медицина является психосоматической [11]. При этом имелся в виду тот факт, что психологические и психосоциальные факторы в большей или меньшей степени вносят свой вклад в развитие любого заболевания, влияя на динамику и исход болезни.

В медицине и клинической психологии существуют различные теоретические подходы, объясняющие происхождение соматических нарушений по психологическим причинам. Их можно разделить на традиционные жесткие однонаправленные концепции и системно-динамические модели психосоматических отношений [4, 6, 8, 17]. К первым относятся теория стресса, психодинамический подход, личностно-типологический подход и когнитивно-поведенческое направление [6, 8, 9, 21]. В рамках каждого из подходов выделяют различные психологические факторы, участвующие в генезе психосоматической патологии. Так, например, с позиций психоанализа соматическая патология рассматривается как результат конфликта различных психических сил [1]. В рамках личностно-типологического направления изучаются связи между устойчивыми личностными параметрами и соматическими расстройствами [6, 8]. С позиций теории стресса изменения в органах и тканях, подавление иммунитета и, как результат, развитие соматической патологии возможны в условиях сильно и длительно действующего стрессора [4, 9]. Современные исследователи психологи и клиницисты предлагают

системно-динамические модели психосоматических отношений, указывают на их мультифакторную природу, ставят вопрос о психогенезе психосоматических заболеваний. К факторам, отвечающим за развитие психосоматических расстройств, относят параметры биологической и социальной природы. Среди них выделяют конституциональные особенности организма, в частности эндокринной и нервной систем, наличие родовых травм и органических заболеваний, определяющих повышенную уязвимость соматической системы, физические травмы, особенности психотравмирующих событий, опыт психотравмирующих переживаний, личностные особенности, фон семейных и других социальных факторов [4, 8].

Системно-динамические модели рассматривают возможности саморегуляции, взаимодействия человека с окружающей средой, включая биологический, психологический и социальный уровни адаптации, а истощение и срыв адаптационных возможностей связывают с развитием нервно-психических и соматических расстройств [4, 8, 9, 18]. При этом многие исследователи полагают, что практически любое нарушение здоровья человека представляет собой психосоматическую дезадаптацию, когда в условиях сверхсильных стимулов внешней среды и (или) низкой адаптивности наблюдаются симптомы психических или соматических расстройств. При этом хроническая патология соматических систем организма не возникает одномоментно, а развивается на протяжении некоторого отрезка жизни человека, в течение которого происходит накопление факторов риска. Если сумма факторов достигает критической точки, то развивается болезнь. При этом в развитии соматической патологии участвуют факторы различной природы, формирующие патогенетические психосоматические функциональные системы – структурные аттракторы болезни, которые в особых условиях (например, при переживании стресса, в особенности травматического) активи-

зируются, что и приводит к развитию патологии на уровне тканей и систем организма [4, 6].

Таким образом, вопросы изучения идиопатического сколиоза и психосоматических нарушений имеют общий вектор развития в понимании причин расстройств – от жестких однопавленных моделей к мультифакторным системно-динамическим моделям, включающим различные уровни адаптации человека. Такая аналогия делает возможным предположение об участии психологических факторов в генезе различных психосоматических отклонений у детей, страдающих идиопатическим сколиозом. Первым шагом в решении этой сложной задачи может быть поиск факторов риска по развитию психосоматических нарушений у детей и подростков с идиопатическим сколиозом.

Одним из таких общепризнанных психологических факторов риска является алекситимия. Алекситимия – это комплекс аффективных и когнитивных характеристик, включающий трудности в распознавании (идентификации) и выражении собственных эмоций, трудности в разграничении чувств и телесных ощущений, бедность воображения, ориентированность преимущественно на внешние события [2, 12, 23]. Проблемы алекситимических индивидов, связанные с осознанием эмоций и когнитивной переработкой аффекта, могут привести к фокусированию на соматическом компоненте эмоционального возбуждения и его усилению, способствовать застойной нейровегетативной активации, созданию условий для развития психосоматических нарушений [6, 10, 12]. В психотерапии алекситимию расценивают как неспособность человека различать свои собственные кинестетические, интероцептивные, кожные ощущения, отражающие внутренние коммуникативные процессы, внутриличностный диалог [10, 16, 20, 21]. При этом может происходить усиление и закрепление нераспознанного телесного сигнала, его стереотипизация, превращение спонтанных кинестетических обра-

зов в дискомфортные и болезненные. Вопрос о происхождении алекситимии остается открытым. Существуют предположения о связи нарушенных отношений с матерью в младенчестве, защитных механизмов по типу отрицания, психической травмы, низкого уровня словесной культуры с приобретенной, вторичной, поддающейся коррекции в процессе направленной психотерапии алекситимией [2, 4, 8, 12]. Первичную алекситимию современные исследователи рассматривают как необратимый нейрофизиологический феномен, детерминированный преимущественно генетическими факторами. Критерии диагностики алекситимии включают эмоциональные, когнитивные и поведенческие признаки [2, 3, 12]. В исследованиях, посвященных изучению лиц с алекситимией, показано, что для них характерен специфический паттерн личностных качеств, в структуре которых выделяют инфантильные установки, дефицит рефлексии, трудности саморегуляции, сниженную способность к пониманию и управлению собственной эмоциональной жизнью и эмоциональными состояниями окружающих (проблемы эмоционального интеллекта), ограниченность коммуникативных возможностей, высокий уровень тревожности, то есть качеств, которые в психологической литературе описываются в терминах ограниченных внутриличностных потенциалов, дисгармоничного личностного развития и рассматриваются в качестве почвы для возникновения дезадаптационных срывов и кризов [4, 6, 12, 16, 18, 19, 23].

Цель исследования – изучение характеристик алекситимии у подростков с идиопатическим сколиозом. Конкретные задачи исследования состояли в изучении уровневых показателей алекситимии у детей с идиопатическим сколиозом в сравнении с нормативными показателями и в сравнении с аналогичными показателями у пациентов с диспластическим сколиозом или ревматоидным артритом, традиционным психосоматическим заболеванием [1, 3, 15], а также у детей без тяжелых хронических

заболеваний. Расширенное исследование в аспекте алекситимии предполагало сравнительное изучение параметров эмоционального интеллекта у подростков с идиопатическим сколиозом, диспластическим сколиозом, ревматоидным артритом и у здоровых детей.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 110 подростков 12–16 лет, 30 из них с идиопатическим сколиозом и 20 – с диспластическим сколиозом III–IV ст. В контрольную группу вошли 30 подростков, не имеющих тяжелых хронических заболеваний, и 30 – с ревматоидным артритом (суставная форма, активность процесса I–II ст., стаж заболевания от 2 до 7 лет). На момент обследования подростки с ортопедическими заболеваниями находились на лечении в НИДОИ им. Г.И. Турнера.

Исходя из концепции алекситимии, поставленных задач и особенностей объекта исследования, в работе применяли торонтскую алекситимическую шкалу TAS Taylor и тест эмоционального интеллекта EQ Holl. В работе использованы русские варианты методик: вариант TAS, адаптированный в Санкт-Петербургском психоневрологическом НИИ им. В.М. Бехтерева [2], и шкала EQ, адаптированная на кафедре клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена [3].

TAS содержит 26 утверждений, каждое из которых оценивается по 5-балльной системе. Теоретическое распределение результатов возможно от 26 до 130 баллов. Авторы методики рекомендуют для выявления алекситимического типа личности использовать показатель в 74 балла и выше, в качестве характеристики неалекситимического типа рекомендуется использовать показатель в 62 балла и ниже.

Тест EQ является опросником, направленным на определение индивидуальной способности человека эффективно разбираться в эмоциональной сфере человеческой жизни, понимать эмоции и эмоциональную

подоплеку отношений, использовать свои эмоции для решения задач, связанных с отношением и мотивацией, осознавать эмоции и управлять ими таким образом, чтобы способствовать своему эмоциональному и интеллектуальному росту. Эмоциональный интеллект может проявляться в способности управлять своими эмоциями (эмоциональная пластичность), произвольно регулировать свои эмоциональные состояния (самотивация), в проявлениях эмпатии (способность распознавать чувства окружающих), умении воздействовать на эмоциональные состояния других людей, в характеристиках эмоциональной осведомленности. Интерпретация показателей теста EQ проводилась относительно нормативных показателей, разработанных для каждой шкалы, и позволяла выделить высокие, средние и низкие значения отдельных характеристик эмоционального интеллекта.

Статистическую обработку полученного фактического материала производили с помощью компьютерной программы «Statistica 6.0», сравнительную оценку – с помощью параметрического Т-критерия Стьюдента. Статистически значимыми считались результаты не ниже уровня $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

В табл. 1 представлены показатели алекситимии у подростков с различными заболеваниями и у здоровых детей.

Анализ выраженности уровня алекситимии в трех группах показал, что у подростков, страдающих идиопатическим сколиозом, преобладают высокие и средние значения алекситимии – 24 (80 %) случая. В группе пациен-

тов с диспластическим сколиозом в 15 (75 %) случаях диагностирован высокий и средний уровни алекситимии. У здоровых подростков низкие показатели, свидетельствующие об отсутствии алекситимии, установлены у 17 из 30 детей (43 % случаев диагностики алекситимии среднего и высокого уровня), в группе подростков с ревматоидным артритом обнаружено только 3 индивида без алекситимических проявлений (90 % случаев алекситимии высокого и среднего уровня). Полученные данные свидетельствуют о большей выраженности алекситимических черт у подростков с идиопатическим сколиозом и у подростков с ревматоидным артритом. Выявлены статистические достоверные различия между подростками с идиопатическим сколиозом и здоровыми детьми, а также между пациентами с ревматоидным артритом и их здоровыми сверстниками. Подростки, страдающие ревматоидным артритом, не отличаются по показателю алекситимии от подростков с идиопатическим и диспластическим сколиозом. Расширенное исследование в аспекте алекситимии предполагало изучение особенностей эмоционального интеллекта.

В табл. 2 представлены показатели эмоционального интеллекта подростков с различными формами сколиоза, с психосоматическими заболеваниями и здоровых подростков. Сравнение полученных данных с нормативными показателями свидетельствует о том, что у всех обследованных подростков отмечаются средние и низкие показатели эмоционального интеллекта по всем шкалам, что свидетельствует о недостаточной сформированности способности к осознанию различных проявлений эмоциональной жизни

и к управлению эмоциональной сферой подростками данной возрастной категории. По шкале «Эмоциональная осведомленность» подростки с психосоматическим заболеванием и подростки с идиопатическим сколиозом получили оценки, расположенные в интервале низких значений, подростки с диспластическим сколиозом и здоровые подростки получили оценки, расположенные в зоне средних нормативных показателей. При этом оценки школьников с психосоматическим заболеванием достоверно снижены по сравнению с соответствующими показателями здоровых подростков. Полученные результаты свидетельствуют о том, что подростки с психосоматическим заболеванием и пациенты, страдающие идиопатическим сколиозом, испытывают трудности в распознавании собственных эмоциональных переживаний и связанных с ними дискомфортных телесных ощущений, включая мышечные напряжения. Оценки способности совладения со своими эмоциями, эмоциональной пластичности у подростков четырех групп оказались в зоне низких значений. Причем наибольшие трудности, связанные с совладанием с собственными эмоциональными переживаниями, умением защищаться от отрицательных эмоций, достоверно чаще встречаются у пациентов с диспластическим сколиозом. По шкале «Самотивация» показатели, соответствующие средним значениям, оказались у здоровых детей. У больных подростков аналогичные показатели попали в интервал, соответствующий низким значениям, что свидетельствует о трудностях управления своими негативными переживаниями в ситуации, когда необходимо преодолеть

Таблица 1

Показатели алекситимии у пациентов с идиопатическим, диспластическим сколиозом, ревматоидным артритом и у здоровых подростков по TAS ($M \pm S$)

Пациенты с идиопатическим сколиозом (n = 30)	Пациенты с диспластическим сколиозом (n = 20)	Пациенты с ревматоидным артритом (n = 30)	Здоровые подростки (n = 30)	Т-критерий Стьюдента	p
69,0 ± 10,8	66,9 ± 12,0	70,8 ± 9,5	62,3 ± 11,3	2,4 и 3,1	(1,4) $p \leq 0,05$ (3,4)

Таблица 2

Показатели эмоционального интеллекта пациентов с идиопатическим, диспластическим сколиозом, ревматоидным артритом и здоровых подростков ($M \pm S$)

Параметры	Пациенты с идиопатическим сколиозом (n = 30)	Пациенты с диспластическим сколиозом (n = 20)	Пациенты с ревматоидным артритом (n = 30)	Здоровые подростки (n = 30)	T-критерий Стьюдента	p
Эмоциональная осведомленность	25,4 ± 5,2	27,3 ± 6,6	23,3 ± 4,2	27,6 ± 5,5	3,4 (3,4)	≤0,01
Управление своими эмоциями	23,1 ± 5,2	19,0 ± 4,1	22,2 ± 5,0	22,7 ± 7,4	3,0 (1,2)	≤0,01
Самомотивация	26,1 ± 5,9	25,2 ± 5,3	26,8 ± 3,9	27,0 ± 5,7	—	—
Эмпатия	20,5 ± 3,7	26,3 ± 5,4	23,6 ± 6,1	29,2 ± 5,7	6,96 (1,4)	≤0,01
					3,7 (3,4)	≤0,05
					4,3 (1,2)	≤0,01
						≤0,01
Распознавание эмоций у других людей	24,0 ± 7,3	21,5 ± 7,5	23,7 ± 5,1	27,9 ± 6,8	2,1 (1,4)	≤0,05
					3,1 (2,4)	
					2,7 (3,4)	

вать объективно сложные жизненные обстоятельства, например в период ожидания оперативного вмешательства. Усредненные показатели эмпатии здоровых подростков и пациентов с диспластическим сколиозом оказались в зоне средних значений. Подростки с идиопатическим сколиозом достоверно отличаются от здоровых детей и от пациентов с диспластическим сколиозом по данному показателю в сторону снижения. Выявлены также достоверные различия между группой подростков с ревматоидным артритом и здоровыми детьми. Полученные результаты свидетельствуют о том, что пациенты с идиопатическим сколиозом и подростки с психосоматическим заболеванием отличаются низким уровнем развития способности к сопереживанию, к отражению эмоций других людей, нечувствительны к эмоциональным потребностям других, что может составить трудности в общении и взаимодействии с людьми. Достоверно снижена у больных подростков, по сравнению со здоровыми детьми, способность распознавать эмоциональные состояния других людей и воздействовать на них. При этом показатели здоровых подростков попали в интервал средних значений

выраженности данного качества, аналогичные показатели больных детей трех групп попали в интервал низких значений. Таким образом, можно отметить, что подростки с идиопатическим сколиозом отличаются низкими показателями эмоционального интеллекта, как и их сверстники с психосоматическим заболеванием, включая показатели эмоциональной осведомленности, способности к управлению своими эмоциями, эмпатии, способности к распознаванию эмоций других людей и возможности самоуправления. При этом подростки с идиопатическим сколиозом достоверно отличаются от своих здоровых сверстников сниженными показателями эмпатии и способностью к распознаванию эмоций других людей.

Заключение

Полученные результаты свидетельствуют о том, что подростки с идиопатическим сколиозом и их сверстники с психосоматическим заболеванием отличаются большей выраженностью алекситимических черт, трудностями в распознавании, вербальном выражении и модулировании негативных эмоциональных состояний, по сравнению со здоровыми сверстниками

и подростками, страдающими диспластическим сколиозом. Алекситимические черты подростков с идиопатическим сколиозом представляют собой факторы риска по развитию психосоматических нарушений, так как способствуют фиксации отрицательных эмоциональных состояний и упрочивают телесные сдвиги и соматические изменения в организме, сопровождающие выраженные негативные эмоции. Кроме того, на фоне низкой эмоциональной дифференцированности у таких подростков с трудом формируются навыки отражения и управления феноменами собственной эмоциональной жизни и эмоциональных проявлений других людей. В трудных жизненных ситуациях, например в условиях стресса или предстоящего сложного оперативного лечения, алекситимические проявления и связанные с ними трудности понимания и управления собственными переживаниями, а также эмоциями окружающих людей могут провоцировать кратковременные и плохо осознаваемые, но резко выраженные в поведении аффективные срывы, создавать трудности и конфликты в межличностных отношениях с медицинским персоналом в условиях ортопедической клиники.

Литература/References

1. **Александр Ф.** Психосоматическая медицина. Принципы и применение. М., 2004. [Alexander F. Psychosomatic Medicine: Its Principles and Application. Moscow, 2004. In Russian].
2. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах: Пособие для психологов и врачей. СПб., 2005. [Alexithymia and Methods of its Assessment in Borderline Psychosomatic Disorders: Guidelines for Psychologists and Physicians. St. Petersburg, 2005. In Russian].
3. **Ананьев В.А.** Практикум по психологии здоровья: Методическое пособие по первичной специфической и неспецифической профилактике. СПб., 2007. [Ananjev VA. Health Psychology Practicum: Guidelines for Primary Specific and Non-Specific Prophylaxis. St. Petersburg, 2007. In Russian].
4. **Ананьев В.А.** Психология здоровья. СПб., 2006. [Ananjev VA. Health Psychology. St. Petersburg, 2006. In Russian].
5. **Балдова С.Н.** Клинико-нейрофизиологическая характеристика идиопатического сколиоза у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Н. Новгород, 2009. [Baldova SN. Clinical and neurophysiological profile of idiopathic scoliosis in children: PhD/MD Thesis. Nizhny Novgorod, 2009. In Russian].
6. **Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю.** Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике. СПб., 2011. [Vasserman LI, Trifonova EA, Schelkova OYu. Psychological Diagnosis and Correction in a Somatic Clinic. St. Petersburg, 2001. In Russian].
7. **Дудин М.Г., Михайловский М.В., Садовой М.А. и др.** Идиопатический сколиоз: кто виноват и что делать? // Хирургия позвоночника. 2014. № 2. С. 8–20. [Dudin MG, Mikhailovsky MV, Sadovoy MA, et al. Idiopathic scoliosis: who is to blame and what to do? Hir Pozvonoc. 2014;(2):8–20. In Russian]. doi: <http://dx.doi.org/10.14531/ss2014.2.8-20>.
8. **Исаев Д.Н.** Психосоматическая медицина детского возраста. СПб., 1996. [Isaev DN. Psychosomatic Medicine of Children's Age. St. Petersburg, 1996. In Russian].
9. **Китаев-Смык Л.А.** Психология стресса. М., 1983. [Kitaev-Smyk LA. Stress Psychology. Moscow, 1983. In Russian].
10. **Коростелева И.С., Ротенберг В.С.** Проблема алекситимии в контексте поведенческих концепций психосоматических расстройств // Телесность человека: междисциплинарные исследования. М., 1993. С. 142–150. [Korostelyova IS, Rotenberg VS. The problem of alexithymia in the context of behavior concepts of psychosomatic disorders. In: Human Corporeality: Interdisciplinary Studies. Moscow, 1993:142–150. In Russian].
11. **Лурья А.Р.** Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. М., 1977. [Luria AR. Internal Picture of Disease and Iatrogenic Illnesses. Moscow, 1977. In Russian].
12. **Николаева В.В.** О психологической природе алекситимии // Телесность человека: междисциплинарные исследования. М., 1991. С. 80–89. [Nikolaeva VV. On psychological nature of alexithymia. In: Human Corporeality: Interdisciplinary Studies. Moscow, 1993:80–89. In Russian].
13. **Пятакова Г.В., Виссарионов С.В.** Особенности личности подростков с тяжелой деформацией позвоночника // Хирургия позвоночника. 2008. № 3. С. 33–39. [Pyatakova GV, Vissarionov SV. Personality features of adolescents with severe spinal deformity. Hir Pozvonoc. 2008;(3):33–39. In Russian].
14. **Ратнер А.Ю.** Неврология новорожденных. Острый период и поздние осложнения. М., 2005. [Ratner AYU. Neurology of Newborns: the Acute Phase and Late Complications. Moscow, 2005. In Russian].
15. **Савельева М.И.** Ревматоидный артрит: психосоматические отношения и внутренняя картина болезни: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ярославль, 1995. [Saveljeva MI. Rheumatoid arthritis: psychosomatic relationships and internal picture of disease: PhD/MD Thesis. Yaroslavl, 1995. In Russian].
16. **Семенова Н.Д.** Возможности психологической коррекции алекситимии // Телесность человека: Междисциплинарные исследования. М., 1993. С. 94–100. [Semyonova ND. Opportunities for psychological correction of alexithymia. In: Human Corporeality: Interdisciplinary Studies. Moscow, 1993:94–100. In Russian].
17. **Сидоров П.И., Парняков А.В.** Введение в клиническую психологию. М.; Екатеринбург, 2000. [Sidorov PI, Parnjakov AV. Introduction to Clinical Psychology. Moscow, Ekaterinburg, 2000. In Russian].
18. **Смудевич А.Б., Сыркин А.Л., Козырев В.Н. и др.** Психосоматические расстройства: клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1999. № 4. С. 4–16. [Smulevich AB, Syrkin AL, Kozylev VN, et al. Psychosomatic disorders (clinical picture, epidemiology, therapy and models of health services. Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova. 1999;99(4):4–16. In Russian].
19. **Соколова Е.Т., Николаева В.В.** Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М., 1995. [Sokolova ET, Nikolaeva VV. Personality traits in borderline personality disorders and somatic illnesses. Moscow, 1995. In Russian].
20. **Соложенкин В.В., Гузова Е.С.** Алекситимия (адаптационный подход) и психотерапевтическая модель коррекции // Социальная и клиническая психиатрия. 1992. Т. 8. Вып. 2. С. 18–24. [Solozhenkin VV, Guzova ES. Alexithymia (adaptive approach) and psychotherapeutic correction model. Socialnaja i Clinicheskaya Psychiatria. 1992;8(2):18–24. In Russian].
21. **Федоров А.П.** Когнитивно-поведенческая психотерапия. СПб., 2002. [Fyodorov AP. Cognitive Behavioural Therapy. St. Petersburg, 2002. In Russian].
22. **Чаклин В.Д., Абальмасова Е.А.** Сколиозы и кифозы. М., 1973. [Chaklin VD, Abal'masova EA. Scolioses and Kyphoses. Moscow, 1973. In Russian].
23. **Bach M, Bach D.** Alexithymia in somatoform disorder and somatic disease: a comparative study. Psychother Psychosom. 1996;65:150–152.

Адрес для переписки:

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

Address correspondence to:

Pyatakova Galina Viktorovna,
The Turner Scientific and Research Institute
for Children's Orthopaedics,
Parkovaya str., 64–68,
Pushkin, Saint-Petersburg 196603, Russia,
turner01@mail.ru

Статья поступила в редакцию 02.10.2014

Галина Викторовна Пятакова, канд. психол. наук; Алла Владимировна Овечкина, канд. мед. наук, Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Г.И. Турнера, Санкт-Петербург; Сергей Валентинович Виссарионов, д-р мед. наук, Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Г.И. Турнера, Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова.

Galina Viktorovna Pyatakova, PhD in Psychology; Alla Vladimirovna Ovechkina, MD, PhD, The Turner Scientific and Research Institute for Children's Orthopaedics, St. Petersburg, Russia; Sergey Valentinovich Vissarionov, MD, DMSc, The Turner Research Institute for Children's Orthopaedics, North-Western State Medical University n.a. I.I.Mechnikov, St. Petersburg, Russia.