



# ОТНОШЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ И ДЕТЕЙ С ИДИОПАТИЧЕСКИМ СКОЛИОЗОМ К ЗАБОЛЕВАНИЮ

Г.В. Пятакова<sup>1</sup>, С.В. Виссарионов<sup>1, 2</sup>

<sup>1</sup>Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Г.И. Турнера

<sup>2</sup>Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

**Цель исследования.** Анализ эмоциональных особенностей и отношения к болезни ребенка родителей, имеющих детей с идиопатическим сколиозом, определение взаимосвязи между параметрами отношения родителей к болезни ребенка и отношения детей к собственному заболеванию.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 30 матерей, имеющих детей со сколиозом III–IV ст.; 28 матерей, имеющих детей со сколиозом I–II ст.; и их дети 11–17 лет. В качестве контрольной группы обследованы 30 матерей, имеющих относительно здоровых детей 11–17 лет.

**Результаты.** Матери, воспитывающие подростков с тяжелой деформацией позвоночника, отличаются более высокими показателями реактивной и личностной тревожности. Для матерей детей, страдающих идиопатическим сколиозом и нуждающихся в сложном оперативном лечении, эмоциональные и поведенческие реакции беспокойства, озабоченности, нервозности характерны в различных жизненных ситуациях. В группе матерей, имеющих детей с тяжелыми проявлениями сколиоза, показатели родительского отношения к болезни ребенка «контроль активности», «гнозгнозия», «тревожность», «общая напряженность» образовали положительные зависимости с параметрами отношения ребенка к собственному заболеванию, лечебному процессу и госпитализации в целом.

**Заключение.** Необходимы мероприятия, направленные на повышение эффективности взаимодействия медицинского персонала с родителями пациентов, которые могут повысить уровень информированности родителей по различным аспектам лечебного процесса, снять излишнее эмоциональное напряжение в связи с болезнью и перспективами сложного лечения ребенка.

**Ключевые слова:** идиопатический сколиоз, тревожность, родительское отношение к болезни ребенка.

Для цитирования: Пятакова Г.В., Виссарионов С.В. Отношение родителей и детей с идиопатическим сколиозом к заболеванию // Хирургия позвоночника. 2014. № 2. С. 29–35.

ATTITUDE OF PARENTS AND CHILDREN WITH IDIOPATHIC SCOLIOSIS TO THE DISEASE

G.V. Pyatakova, S.V. Vissarionov

**Objective.** To analyze emotional features and attitude of parents having children with idiopathic scoliosis towards the child's illness, and to determine the relationship between the parent's attitude towards the child's illness and children's attitude towards their own disease.

**Material and Methods.** The study involved 30 mothers of children with Grade III–IV scoliosis, 28 mothers of children with Grade I–II scoliosis, and their children aged 11–17. The control group included 30 mothers with relatively healthy children aged 11–17.

**Results.** Mothers raising teenagers with severe spinal deformity have higher rates of reactive and personal anxiety. Emotional and behavioral reactions of anxiety, concern, and nervousness in different situations are typical for mothers of children suffering from idiopathic scoliosis and requiring complex surgical treatment. There was positive dependence between such parameters of parental attitude towards the child's illness, as "control activity", "nosognosia", "anxiety", "overall tension", and parameters of children's attitude towards their own illness, care and hospital stay as a whole in the group of mothers of children with severe scoliosis.

**Conclusion.** There is a need for measures aimed at improving the interaction of the medical staff with patients' parents, which may increase the level of awareness among parents on various aspects of the care process, and remove excessive emotional tension caused by the illness and by a view of complex treatment for a child.

**Key Words:** idiopathic scoliosis, anxiety, parent's attitude towards children's illness.

Hir. Pozvonoc. 2014;(2):29–35.

Современный этап развития медицины характеризуется тем, что в психиатрических, неврологических, соматических, ортопедических клиниках все большее значение придается биопсихосоциальному подходу в лечении [3, 5, 16, 20]. Такой подход реализуется в совместном и согласованном участии специалистов разного профиля в лечении и реабилитации определенного больного. Роль и степень участия в лечебном процессе каждого специалиста зависит от многих факторов: характера заболевания, возраста и пола ребенка, этапа лечебного процесса, наличия у пациента сопутствующих психических, соматических, неврологических расстройств, его индивидуально-психологических особенностей, уровня психической и социально-психологической адаптированности, наличия осложняющих лечение сопутствующих семейных и других социально-психологических факторов, характера его взаимодействия со всеми участниками лечебного процесса, в первую очередь, с лечащим врачом [3, 10, 16, 20].

В детской ортопедической клинике ведущая роль в лечебной работе принадлежит хирургам-ортопедам, которые проводят оперативные вмешательства и несут основную ответственность за лечение больного [14]. На разных этапах диагностического процесса и оказания помощи к работе с пациентами привлекаются педиатры, неврологи, клинические психологи. Дополнительно в реабилитационном периоде лечения соответствующую помощь пациентам могут оказывать педагоги, социальные работники, воспитатели, дефектологи. Согласованное взаимодействие специалистов различных направлений на всех этапах лечения и реабилитации обеспечивает наиболее эффективную медицинскую помощь, создает условия для улучшения функциональных возможностей и качества жизни пациентов [3, 15, 20].

В детской хирургической клинике 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 в послеоперационном периоде и на этапах медицинской реабилитации. Без согласованных совместных усилий лечащих врачей, специалистов разных профилей и родителей (или опекунов) больного ребенка невозможно осуществление сложных мероприятий по улучшению двигательных возможностей и, соответственно, улучшения всех аспектов жизнедеятельности детей с тяжелыми нарушениями опорно-двигательной системы. При оперативном лечении ребенка с тяжелыми деформациями позвоночника согласованная с лечащим врачом и другими специалистами родительская помощь в проведении лечебно-восстановительных мероприятий может быть незаменимой.

Наблюдения за поведенческими и коммуникативными проявлениями родителей пациентов с тяжелыми формами сколиоза в стационаре показывают, что родители (чаще матери), воспитывающие детей с данной патологией, имеют неразрешенные психологические проблемы [6, 8, 11, 15, 20]. Эти проблемы могут провоцировать конфликтные ситуации родителей с медицинским персоналом и собственными детьми в процессе сложного лечения. У матерей и отцов, воспитывающих больного ребенка, могут наблюдаться неадекватные родительские установки, нарушения родительского поведения, вербальная агрессия по отношению к ребенку или, напротив, чрезмерно опекающее, контролирующее поведение, которое маскирует физическую усталость, признаки эмоционального неблагополучия. У некоторых родителей может проявляться скрытое эмоциональное отвержение собственного ребенка или тревога в связи с немотивированным ожиданием неудачи в лечении [9, 11, 16, 18, 20]. Родители подростков с идиопатическим сколиозом часто демонстрируют наличие подобных проблем. Это связано с тем, что идиопатический сколиоз – это не только

тяжелое нарушение опорно-двигательной системы, сложная деформация позвоночника, которая обезображивает тело больного и вызывает значительные нарушения функции внутренних органов, но и заболевание, которое коренным образом изменяет жизненные перспективы семьи больного ребенка, ломающее привычные жизненные установки родителей [3, 17, 21]. Первые симптомы сколиотической болезни появляются у ребенка в 6–8 лет, а выраженные проявления, уродующие фигуру, – в период полового созревания, сопровождающийся бурным ростом организма, прогрессируя в течение нескольких лет. В сознании родителей происходит разделение их существования на светлую и темную полосы: жизнь и воспитание практически здорового ребенка до болезни и жизнь после болезни, когда у ребенка есть инвалидизирующая патология [1, 12, 19].

Такая патология, как правило, сочетает в себе внешние признаки калечества (искривление реберной клетки, тазовых костей), внутренние признаки тяжелой патологии (деформация всех внутренних органов и сопутствующие нарушения самочувствия, снижение активности, двигательные, функциональные ограничения, нарушения психической деятельности). У ребенка ослабевает внимание, возникают головные боли, он начинает быстро утомляться, вследствие чего снижается школьная успеваемость, изменяются возможности общения и полноценного личностного развития [14, 15, 17, 21]. В подростковом периоде у такого ребенка нередки специфические поведенческие девиации, признаки выраженного эмоционального неблагополучия и нервно-психического напряжения, что может служить маркером дисгармоничного переживания нормативного кризиса подросткового возраста [7, 12, 14]. У матерей и других взрослых членов семьи больного ребенка в этой ситуации может наблюдаться родительский стресс – пролонгированное эмоциональное напряжение, несущее в себе опасность срыва механизмов аутопла-

стической адаптации [8, 11, 18]. Изменения жизни членов семьи и собственные переживания родителей в связи с болезнью и необходимостью сложного хирургического лечения ребенка могут иметь негативные последствия как для адекватного эмоционального состояния их ребенка в период пребывания в клинике, формирования соответствующей лечебной мотивации, активной установки на лечение, так и для установления гармоничных отношений между родителями, лечащим врачом и другими участниками лечебного процесса [11, 14, 16].

С учетом этого возникает необходимость изучения отношения родителей детей, больных сколиозом, к болезни своего ребенка, а также индивидуально-психологических и эмоциональных особенностей родителей больных детей, которые могут потенцировать у пациентов 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 [2, 4].

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 стационаре. Такие факторы риска могут создавать не только определенные трудности для специалистов, участвующих в лечебном процессе, и оказывать отрицательное влияние на результат сложных хирургических и восстановительных воздействий, но и приводить к явлениям эмоционального выгорания, появлению личностных проблем у специалистов, несущих большую ответственность

и нагрузку в процессе взаимодействия с пациентами и их родителями.

Цель исследования – анализ эмоциональных особенностей и отношения к болезни ребенка родителей, имеющих детей с идиопатическим сколиозом, определение взаимосвязи между параметрами отношения родителей к болезни ребенка и характеристиками отношения детей к собственному заболеванию.

Конкретные задачи исследования предполагали анализ тревожности матерей, находящихся в стационаре в связи с предстоящим оперативным лечением их детей, в сравнении с женщинами, имеющими здоровых детей; изучение отношения к заболеванию ребенка матерей, воспитывающих детей с тяжелыми и относительно легкими проявлениями сколиотической болезни; исследование взаимосвязи между родительским отношением к болезни ребенка и отношением к собственному заболеванию детей с идиопатическим сколиозом разной степени тяжести.

### Материал и методы

В исследовании приняли участие 116 человек: 30 матерей (средний возраст 42,5 года), имеющих детей со сколиозом III–IV ст. (условно тяжелой степени); 28 матерей, имеющих детей со сколиозом I–II ст. (условно легкой); и их дети 11–17 лет. В качестве контрольной группы обследованы 30 матерей (средний возраст 40,5 лет), имеющих относительно здоровых детей 11–17 лет. В группу условно здоровых мы включили детей, не имеющих в медицинском анамнезе тяжелых хронических заболеваний, но перенесших одно или несколько распространенных среди детского населения инфекционных заболеваний. В момент обследования дети подросткового возраста с тяжелыми деформациями позвоночника и их матери находились в отделении патологии позвоночника и нейрохирургии в НИДОИ им. Г.И. Турнера. Обследование проводили на этапе диагностики и подготовки к оперативному

лечению. Дети со сколиозом I–II ст. не нуждались в оперативном лечении и получали амбулаторную помощь и консервативное лечение. Изучение психологических особенностей родителей и детей с идиопатическим сколиозом проводилось в два этапа.

На первом этапе изучали проявления у родителей детей с идиопатическим сколиозом тревожности как качества личности и тревожности ситуативной (реактивной) в связи с переживанием трудной жизненной ситуации. К последней относили оперативное лечение ребенка в условиях стационара. Эти же показатели изучали у родителей, имеющих относительно здоровых детей, не нуждающихся в лечении в условиях стационара. Для этой цели были использованы стандартизированное интервью и шкала оценки уровня реактивной и личностной тревожности Спилберга, Ханина [5], которые позволяют дифференцированно измерять тревожность и как личностное свойство (уровень личностной тревожности), и как состояние (уровень ситуативной тревожности). Под личностной тревожностью понимается устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность взрослого человека к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий круг ситуаций как угрожающие, отвечая на каждую из них соответствующей поведенческой реакцией. Ситуативная или реактивная тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию (например, ситуация сложного оперативного лечения ребенка). При интерпретации показателей реактивной и личностной тревожности результат можно оценивать с помощью нормативных показателей. При этом низкая тревожность соответствует показателю в 30 баллов и ниже, умеренная – 31–45 баллов, высокая – 46 баллов и более.

На втором этапе изучали особенности отношения к болезни ребенка матерей в их связи с показателями отношения детей с идиопатическим сколиозом разной степени тяжести к своему заболеванию. Для этой цели применяли опросник для диагностики отношения к болезни ребенка – ДОБР [13, 20]. Методика ДОБР позволяет оценить отношения родителей к болезни ребенка по параметрам интернальности, тревожности, нозогности, контроля активности и общей напряженности. 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 нозогности. 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. Для психологической диагностики характеристик отношения ребенка к своему заболеванию была применена проективная методика «Незаконченные предложения» [13, 20], которая направлена на выявление скрываемых или неосознаваемых переживаний у детей и подростков в связи с различными проявлениями заболевания и ситуаций лечения. С помощью данной методики преимущественно диагностируется эмоциональный компонент отношения подростка к заболеванию, выявляются негативные переживания в свя-

зи с представлением больного о собственном здоровье и болезни, в связи с отношением к различным аспектам заболевания (собственно отношение к болезни, отношение к лечению), а также переживания в связи с планами на будущую жизнь, с вовлеченностью семьи в ситуацию болезни ребенка, переживания, сопровождающие неизбежную госпитализацию.

Полученные результаты обработали статистическим методом с помощью компьютерной программы «Statistica 6.0». Сравнительную оценку проводили с помощью параметрического Т-критерия Стьюдента. Применяли корреляционный анализ с вычислением коэффициента Пирсона. Статистически значимыми считали результаты не ниже уровня  $p < 0,05$ .

### Результаты и их обсуждение

Среднегрупповые показатели реактивной и личностной тревожности у матерей, находящихся со своими детьми в хирургической клинике в ожидании оперативного лечения, и аналогичные показатели у матерей условно здоровых детей были сопоставлены с нормативными параметрами реактивной и личностной тревожности у взрослого человека. Кроме того, проведено сравнение показателей реактивной и личностной тревожности у матерей двух групп. Как видно из табл. 1, среднегрупповые показатели реактивной и личностной тревожности у матерей, воспитывающих подростков со сколиотической болезнью III–IV ст., относятся к высокому уровню тревожности в соответ-

ствии с нормативными показателями. Среднегрупповые показатели реактивной и личностной тревожности у матерей, имеющих здоровых детей, соответствуют умеренному уровню тревожности.

Сравнительный анализ реактивной и личностной тревожности у матерей, воспитывающих детей с тяжелыми деформациями позвоночника вследствие идиопатического сколиоза, и у матерей со здоровыми детьми выявил достоверные различия по обоим показателям. Матери, воспитывающие подростков с тяжелой деформацией позвоночника, отличаются от матерей, воспитывающих здоровых детей, более высокими показателями реактивной и личностной тревожности. Полученные результаты свидетельствуют о выраженном эмоциональном напряжении матерей больных детей. Для матерей детей, страдающих идиопатическим сколиозом и нуждающихся в сложном оперативном лечении, эмоциональные и поведенческие реакции беспокойства, озабоченности, нервозности характерны в различных жизненных ситуациях. Эти эмоциональные проявления тревожности особенно выражены в ситуациях, связанных с болезнью ребенка и предстоящим хирургическим вмешательством.

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 шкалам тревоги и общей напряженности по сравнению с родителями, имею-

Таблица 1

Реактивная и личностная тревожность у матерей, воспитывающих подростков с тяжелыми деформациями позвоночника, и у матерей, воспитывающих здоровых подростков, по методике Спилберга, Ханина, баллы ( $M \pm S$ )

Тревожность	Матери детей с идиопатическим сколиозом	Матери здоровых детей
Реактивная	48,0 ± 9,5	39,1 ± 7,8
Личностная	48,3 ± 8,6	43,2 ± 6,4

$p < 0,01$ .

щами относительно здоровых детей (табл. 2).

Полученные результаты свидетельствуют об эмоциональном неблагополучии матерей, воспитывающих детей со сколиозом, высоком уровне их эмоционально-психического напряжения, связанного с осознанием тяжести заболевания их ребенка, сложностями в ходе хирургического лечения и возможными трудностями реабилитационного процесса. Выраженные негативные переживания и тревога в связи с заболеванием ребенка, вероятно, связаны у матерей, воспитывающих детей со сколиозом, с адекватной оценкой тяжести заболевания своего ребенка, что проявляется в более высоких показателях, связанных с оценкой тяжести заболевания (более высокие параметры по шкале нозогнозии), по сравнению с матерями, имеющими условно здоровых детей.

При этом родители детей с тяжелыми формами сколиоза, в отличие от родителей, имеющих условно здоровых детей, и 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 деформациями позвоночника III–IV ст., находящихся на лечении в стационаре в ожидании хирургического лечения, вос-

принимают болезнь и лечение своего ребенка как нечто от них независимое, как событие в жизни их семьи, которое не подвластно их контролю и не зависит от их усилий. Подобное отношение матерей больных детей в сочетании с высоким уровнем их тревоги в ситуации лечения указывает на глубину их дистресса и высокую вероятность психической травматизации матерей в связи с болезнью ребенка. Такое восприятие заболевания собственного ребенка, с одной стороны, отражает опасную тенденцию к формированию проявлений инактивности, выученной беспомощности в сложной психотравмирующей ситуации, с другой стороны – 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, воспитывающие относительно здоровых детей, склонны максимально контролировать и ограничивать активность своего ребенка, опасаясь развития заболевания и усугубления проявлений деформации позвоночника. Такие родительские установки, вероятно, являющиеся отражением общего высокого уровня тревоги и эмоционально-психического напряжения родителей в связи с болезнью ребенка, а также необходимым условием регламентации родительского поведения

в условиях стационара, связанным 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 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 интернальности и параметрами отношения к болезни ( $p < 0,05$ ) и представлением о болезни ( $p < 0,05$ ) у детей. Выявленные связи свидетельствуют о том, что родители, испытывающие чувства беспомощности, неуверенности в связи с болезнью ребенка, полностью перекладывающие ответственность за результаты лечебного процесса на специалистов, демонстрируют в отношении своих детей поведенческие и эмоциональные проявления, способствующие эмоционально-тревожному, напряженному отношению к своему заболеванию у самих детей, снижая их адаптационные возможности в условиях лечебных воздействий.

Таблица 2

Сравнение параметров родительского отношения к болезни детей с I–II и III–IV ст. идиопатического сколиоза и условно здоровых детей по методике ДОБР, баллы ( $M \pm S$ )

Параметры	I–II ст. сколиоза	III–IV ст. сколиоза	Условно здоровые дети	Критерий Стьюдента при $p \leq 0,05$
Интернальность	3,5 ± 3,3	5,0 ± 6,3	2,3 ± 2,4	2,2 (2,3)
Тревога	5,2 ± 3,7	6,3 ± 4,7	2,2 ± 2,3	3,7 (1,3) 4,3 (2,3)
Нозогнозия	1,9 ± 5,5	3,6 ± 8,9	-2,3 ± 3,9	4,4 (1,3) 3,9 (2,3)
Контроль активности	-3,4 ± 5,1	-8,9 ± 8,3	-7,6 ± 3,8	3,5 (1,3) 2,6 (1,2)
Общая напряженность	1,9 ± 2,4	1,7 ± 3,7	-1,3 ± 3,8	3,7 (1,3) 3,1 (2,3)

В группе матерей, имеющих детей с тяжелыми проявлениями сколиоза, показатели «контроль активности», «нозогнозия», «тревожность», «общая напряженность» образовали положительные зависимости с параметрами отношения ребенка к собственному заболеванию, лечебному процессу и госпитализации в целом. Показатель «контроль активности» образовал прямую связь с показателем «отношение семьи к болезни» ( $p < 0,05$ ), показатель «нозогнозия» оказался связан прямой корреляционной связью с параметрами «отношение к госпитализации» и «отношение семьи к болезни» ( $p < 0,05$ ), а показатели «тревожность» и «общая напряженность» образовали прямую зависимость с параметром «отношение к госпитализации» ( $p < 0,05$ ). Полученные связи свидетельствуют о том, что чрезмерная тревога роди-

телей 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.

### Заключение

Необходимы мероприятия, направленные на повышение эффективности взаимодействия медицинского персонала, в первую очередь лечащих врачей, с родителями больных пациентов. Родительские собрания, инди-

видуальные беседы, информационные стенды, брошюры могут повысить уровень информированности родителей пациентов по различным аспектам лечебного процесса и тем самым снять излишнее эмоциональное напряжение родителей в связи с болезнью и перспективами сложного лечения ребенка. Необходимо участие клинических психологов, которые на основании психолого-диагностической работы предоставляют специалистам медицинского профиля необходимую информацию, касающуюся особенностей взаимодействия медицинского персонала с пациентами и их родителями на этапах ортопедического лечения, оказывают необходимую психологическую поддержку и проводят психологическое сопровождение больных детей и их родителей.

### Литература

1. Анцыферова Л.А. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысление, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психологический журнал. 1994. № 1. С. 3–18.
2. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л., 1988.
3. Булюбаш И.Д. Психологическая реабилитация пациентов с последствиями спинальной травмы. Самара, 2011.
4. Василюк Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). М., 1984.
5. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика: Теория, практика и обучение. СПб., 2004.
6. Гуслова М.Н., Стуре Т.К. Психологическое изучение матерей, воспитывающих детей-инвалидов // Дефектология. 2003. № 3. С. 28–31.
7. Дадаева О.А., Сляренко Р.Т., Травникова Н.Г. Клинико-психологические особенности детей и подростков, больных сколиозом // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2003. № 3. С. 10–14.
8. Заборина Л.Г. Изучение состояния психологической напряженности и эмоциональных переживаний у родителей, воспитывающих детей-инвалидов // Сибирский психологический журнал. 2007. № 26. С. 136–140.
9. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. СПб., 1996.
10. Ловелле Р.П., Кудрявая Н.В. Психологические основы деятельности врача. М., 1999.
11. Менделевич О.В. Роль семьи в развитии детской тревожности: психосоматический аспект // Психологические проблемы современной российской семьи: М-лы II Всерос. науч. конф. М., 2005. С. 36–41.
12. Осухова Н.Г. Психологическая помощь и трудных и экстремальных ситуациях. М., 2007.
13. Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии / Под ред. Д.Н. Исаева, В.Е. Каган. СПб., 1991.
14. Пятакова Г.В., Виссарионов С.В. Исследование качества жизни подростков с тяжелыми деформациями позвоночника // Хирургия позвоночника. 2009. № 4. С. 38–43.
15. 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: Часть 1. Ростов н/Д, 1999. С. 160–162.
16. 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, реабилитация, подготовка специалистов и работа в мультидисциплинарной команде: М-лы конф. СПб., 2013. С. 350–354.
17. Ратнер А.Ю. Неврология новорожденных: Острый период и поздние осложнения. М., 2005.
18. Савина Е.А., Чарова О.Б. Особенности материнских установок по отношению к детям с нарушениями в развитии // Вопросы психологии. 2002. № 6. С. 15–23.
19. Трубицина Л.В. Процесс травмы. М., 2005.
20. Шац И.К. Психологическое сопровождение тяжелобольного ребенка. СПб., 2010.
21. Чаклин В.Д., Абальмасова Е.А. Сколиозы и кифозы. М., 1973.

### References

1. Antsyferova LA. [Personality in difficult conditions: reinvention, transformation of situations and psychological defense]. Psihologicheskii Zhurnal. 1994;(1): 3–18. In Russian.
2. Berezin FB. [Human Psychic and Psycho-Physiological Adaptation]. Leningrad, 1988. In Russian.

3. Bulybash ID. [Psychological Rehabilitation of Patients with Spinal Trauma Consequences]. Samara, 2011. In Russian.
4. Vasilyuk FE. [Psychology of Experiencing: Analysis of How Critical Situations are Dealt with]. Moscow, 1984. In Russian.
5. Vasserman LI, Schelkova OYu. [Medical Psychodiagnostics: Theory, Practice, and Training]. St. Petersburg, 2004. In Russian.
6. Guslova MN, Sture TK. [Psychological study of mothers raising disabled children]. Defektologiya. 2003;(3): 28–31. In Russian.
7. 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.
8. Zaborina LG. [Research of mental tension state and emotional experience character of parents bringing up handicapped children]. Sibirskiy Psihologicheskiy Zhurnal. 2007;(26):136–140. In Russian.
9. Isaev DN. [Psychosomatic Medicine of Children's Age]. St. Petersburg, 1996. In Russian.
10. Lovelle RP, Kudryavaya NV. [Psychological Foundations of Medical Practice]. Moscow, 1999. In Russian.
11. Mendelevich OV. [The family's role in the development of a child's anxiety: psychosomatic aspect]. Proceedings of the 2nd All-Russian Scientific Conference Psychological Problems of Modern Russian Family. Moscow, 2005:36–41. In Russian.
12. Osuhova NG. [Psychological help in difficult and extreme conditions]. Moscow, 2007. In Russian.
13. Isaev DN, Kagan VE, ed. [Psychodiagnostic Methods in Pediatrics and Pediatric Psychoneurology]. St. Petersburg, 1991. In Russian.
14. Pyatakova GV, Vissarionov SV. [Assessment of life quality in adolescents with severe spinal deformities]. Hir Pozvonoc. 2009;(4):38–43. In Russian.
15. 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]. In: Standards of Technology for Specialized Medical Care to Children with Musculoskeletal Injuries and Diseases: Ch. 1. Rostov-on-Don, 1999:160–162. In Russian.
16. Pyatakova GV, Umnov VA, Maslov VA. [Mothers raising children with cerebral palsy: quality of life and attitude towards children's illness]. Proceedings of the Conference 11th Mnukhin's Readings: Actual Problems of Psychiatry, Psychotherapy, Clinical Psychology, Family and Childhood: Organization, Diagnosis, Treatment, Rehabilitation, Training, and Working in a Multidisciplinary Team. 2013:350–354. In Russian.
17. Ratner AYU. [Neurology of Newborns: the Acute Phase and Late Complications]. Moscow, 2005. In Russian.
18. Savina EA, Charova OB. [Peculiarities of mothers' attitudes towards retarded and handicapped children]. Voprosy Psichologii. 2002;(6):15–23. In Russian.
19. Trubitsina LV. [Process of Trauma]. Moscow, 2005. In Russian.
20. Shats IK. [Psychological help to Sick Children]. St. Petersburg, 2010. In Russian.
21. Chaklin VD, Abal'masova EA. [Scolioses and Kyphoses]. 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 07.08.2013

Галина Викторовна Пятакова, канд. психол. 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, Санкт-Петербург.

Galina Viktorovna Pyatakova, PhD in Psychology, Research Pediatric Orthopaedic Institute n.a. G.I. Turner, St. Petersburg; Sergey Valentinovich Vissarionov, MD, DMSc, Research Pediatric Orthopaedic Institute n.a. G.I. Turner, North-Western State Medical University n.a. I.I. Mechnikov, St. Petersburg.