



ГЕНДЕРНАЯ СОЦИАЛИЗАЦИЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ СО СКОЛИОЗОМ

Е.Б. Полторакова, Н.Л. Александрова, М.В. Михайловский, Т.Н. Садовая

Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии

Цель исследования. Выявление специфических особенностей гендерной идентичности и факторов, обуславливающих эту специфику у девочек-подростков со сколиозом.

Материал и методы. Обследовано 50 девочек-подростков от 13 до 16 лет (средний возраст 14,8 года) со сколиотической болезнью III–IV степени, проходивших оперативное лечение в Новосибирском НИИТО. Использованы следующие методы: клиническое интервью, наблюдение, эксперимент с применением психодиагностических методик, проективные методики. Исследование проводилось в два этапа в предоперационном периоде.

Результаты. Специфическими особенностями гендерной идентичности девочек-подростков со сколиотической болезнью являются искаженное эмоционально-оценочное отношение к телу, сниженный репертуар допустимых гендерных стереотипов поведения, выраженное доминирование гендерных представлений, соответствующих традиционной фемининной модели пологового поведения, внешняя референция, резко выраженная зависимость самопринятия от внешних оценок.

Заключение. Наличие косметического дефекта существенным образом влияет на формирование идентичности подростка в целом. Одним из важнейших факторов формирования гендерных установок фемининного типа является тесная созависимость девочки-подростка с матерью, транслирующей пассивную фемининную позицию в качестве компенсаторного механизма преодоления внешнего косметического дефекта.

Ключевые слова: сколиоз, подростковый возраст, гендерная идентичность.

GENDER SOCIALIZATION OF FEMALE ADOLESCENTS WITH SCOLIOSIS

E.B. Poltorakova, N.L. Aleksandrova, M.V. Mikhailovsky, T.N. Sadovaya

Objective. To detect specific features of gender identity and factors determining this specificity in female adolescents with scoliosis.

Material and Methods. We examined 50 female adolescents aged 13 to 16 years (mean age 14.8 years) with Grade III–IV scoliosis which underwent surgical treatment in Novosibirsk NIITO. Examination included clinical interview, observation, psychodiagnostic testing, and projective techniques. Patients were examined preoperatively in two stages.

Results. Specific features of the gender identity in female adolescents with scoliosis include distorted emotional-evaluative body image, reduced repertoire of allowable gender behavioral stereotypes, marked dominance of gender representations corresponding to conventional feminine model of sex-role behavior, external reference, and pronounced self-acceptance dependence on external appraisals.

Conclusion. Cosmetic defect significantly influences the identity formation in adolescent. One of the most important factors affecting the feminine-type gender attitude formation is a close codependence between female adolescent and her mother translating a passive feminine position as a compensatory mechanism for overcoming of cosmetic appearance defect.

Key Words: scoliosis, adolescence, gender identity.

Hir. Pozvonoc. 2007;(4):21–26.

Введение

В подростковом возрасте формируются основные навыки социальной коммуникации. Установление эффективных контактов со сверстниками, особенно противоположного пола, – важнейшая задача этого возрастного периода [6] и одновременно одно из условий успешной социализации [8]. Базой для развития коммуникаций являются структуры социальной и эго-

идентичности [2, 3], включающие в себя и гендерный аспект [9]. Эти особенности возраста определяют необходимость учета психологических особенностей подростков при комплексном подходе к лечению сколиоза с целью повышения качества жизни и более успешной социализации в период реабилитации.

Факт постановки диагноза «сколиоз» уже сам по себе является травмирующим событием не только для

больного, но и для всей семьи. Происходит стигматизация ребенка с формированием у него выраженного чувства инаковости, отличия от других, которое усугубляется в подростковом возрасте в связи с повышением значимости потребности в принадлежности к референтной группе сверстников. Происходит утривание причин трудностей общения со сверстниками до одной единственной: «я не как они», «я дефективная». Отри-

цательное самопринятие проецируется на окружающих, возникает порочный круг изоляции. Для большинства пациентов клиники оперативное лечение представляется не только способом исправления дефекта, но и залогом успешности всей дальнейшей жизни, с одним существенным условием – результат коррекции должен быть идеален. В связи с этим представляется необходимым психологическое сопровождение таких детей, причем не только на госпитальном этапе, а на всем протяжении наблюдения: с момента постановки диагноза до того времени, пока пациент перестанет нуждаться в профессиональной помощи.

По данным отечественных и зарубежных исследователей, существует тесная связь физической неполноценности и личностных нарушений у детей [1]. Анализ литературных источников, посвященных психологическим проблемам детей, больных сколиозом, показал, что отечественные авторы в большей степени уделяют внимание исследованию тревожности, депрессии и коммуникативного поведения таких подростков, а зарубежные исследования дают комплексные оценки таких интегральных показателей, как качество жизни и социальная адаптация [4, 10]. Нами не обнаружено исследований, посвященных особенностям гендерной идентичности подростков, больных сколиозом, поэтому определена следующая цель исследования: выявление специфических особенностей гендерной идентичности подростков со сколиозом и выделение факторов, обуславливающих эту специфику.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 50 девочек-подростков от 13 до 16 лет (средний возраст 14,8 года) со сколиотической болезнью III–IV степени, проходивших оперативное лечение в Новосибирском НИИТО.

Клиническое интервью проводилось с целью выявления особенностей субъективных представлений

подростка о своем заболевании и отношении в связи с этим к нему окружающих, в том числе членов семьи. Цель анкетирования родителей – выявление их установок по отношению к заболеванию ребенка и в связи с этим специфики воспитания. Экспериментальные психодиагностические методики были направлены на изучение личностных особенностей подростков. Модифицированный вариант методики «Психологический пол» S.L. Bem (модификация О.Г. Лопуховой) направлен на исследование социального пола, или гендера [9]. Методика позволяет определить один из четырех возможных вариантов специфики гендера: маскулинность, фемининность, андрогинию и диффузный социальный пол. Тест содержит три шкалы – маскулинности, фемининности и гендерно-нейтральную. Проективные рисуночные тесты «Дерево» и «Рисунок человека» направлены на изучение личностных особенностей подростков. «Hand-тест» в данном исследовании проводился с целью не только оценки риска открытого агрессивного поведения, но в большей степени направлен на оценку структуры установок в социальных контактах.

Результаты

По результатам клинического интервью пациентов, анкетирования, беседы с их родителями в подавляющем большинстве случаев выявляются отношения созависимости. Под созависимостью, согласно определению Ш. Круз (Цит. по: О.А. Шорохова, 2002), мы понимаем сочетание поведенческих паттернов и внутриличностных специфических образований, определяющих состояние, характеризующее поглощенностью, а также выраженной эмоциональной и социальной зависимостью от другого человека. Личность, находящаяся в отношениях созависимости, искусственно лишает себя права выбора, что чувствовать и как действовать. Складывается реактивный тип личности: созависимые люди теряют

способность управлять своей жизнью, они лишь реагируют на то, что делают, думают и чувствуют другие. Для подростка возрастной нормой является уменьшение интенсивности взаимодействия с родителями – эмансипация, эмоциональная, поведенческая, нормативная и т.д., вплоть до негативизма и резкой конфронтации. В то же время представления родителей, особенно матерей, о судьбой обиженного ребенка, изначально несчастливой девочке, о том, что «это же такое горе, и на всю жизнь!», «мы уже столько кругов ада прошли!» с общим выводом об исключительной несправедливости мира по отношению к их семье и ребенку, являются базой для формирования гиперопеки, а далее – созависимости в отношениях с ребенком. Процесс сепарации подростка становится крайне затруднительным. Напряженная потребность в общении и аффилиации у подростков создает предпосылки для созависимости в связи с тем, что эти потребности, определяющие ведущую деятельность в подростковом возрасте, у детей со сколиозом находят слабое удовлетворение во внешних социальных контактах. Все эти особенности внутрисемейных отношений отражаются в специфике формирования социального пола у детей, больных сколиозом.

По результатам исследования гендерных установок с помощью теста S.L. Bem [9] у 70 % испытуемых (35 человек) выявляется выраженный фемининный социальный пол. Для этой группы респонденток показатель IS, отражающий соотношение баллов по шкалам маскулинности и фемининности, превышает +1, из них у 21 испытуемой IS превышает +2,025, что указывает на ярко выраженную фемининность. Для 12 % испытуемых (6 человек) определяется андрогиния с выраженной тенденцией к фемининности, для 4 % (2 человека) – андрогиния с тенденцией к маскулинности. В 14 % случаев выявляется диффузный гендерный пол.

В тесте «Рисунок человека» у 96 % респонденток (48 человек) первой

изображена женская фигура, второй – мужская, что соответствует норме. Возраст нарисованного персонажа в среднем превышает возраст автора на 3–5 лет: при среднем возрасте испытуемых 14,8 года чаще изображаются девушки от 18 до 23 лет. У 28 % респондентов (14 человек) лицо человека или не прорисовано совсем, или обозначено крайне схематично, также схематично обозначены кисти рук, либо руки спрятаны за спиной. В 52 % случаев (26 человек) испытуемыми оговаривалось заранее, что они не умеют или не любят рисовать лицо. В 34 % случаев лицо рисовалось в последнюю очередь. При описании изображенного персонажа на вопрос «какая она? опиши, пожалуйста, ее» 38 % (19 человек) давали характеристику психологических особенностей практически в полном соответствии с традиционными фемининными стереотипами («добрая», «отзывчивая», «нежная», «красивая» и т.п.). В 34 % случаев (17 человек) описание было смешанное: приводились как психологические черты, так и социальный статус, который также отвечал фемининной установке («замужем, муж ее очень любит», «у нее семья, дети», «у нее все хорошо, своя семья» и т.д.). На вопрос о работе или учебе 54 % респондентов (27 человек) называли низкостатусные профессии – продавщица, секретарша, танцовщица с уточнением места: «работает в офисе где-нибудь», «учится на парикмахера»; 26 % (13 человек) указывали, что «она учится где-то», и давали описание любимых занятий («ходит на дискотеки», «катается на роликах с друзьями», «любит гулять», «очень любит танцевать где-нибудь»).

В качестве объекта изображения в рисунке дерева 70 % респондентов (35 человек) нарисовали березу и описали ее как растущую среди других таких же деревьев (в лесу, в парке), 10 % (5 человек) не отразили породы дерева, но нарисовали в стволе дупло, во всех случаях там кто-либо жил раньше или живет сейчас, 4 % (2 человека) нарисовали фантастические мультиплодовые деревья, 16 %

(8 человек) – фруктовые деревья (яблони, груши), отражающие вкусовые пристрастия автора.

Результаты «Hand-тест» свидетельствуют о существенном преобладании категории «коммуникация» над категорией «аффектация», среднее соотношение 5:1 (90 % случаев – 45 человек). В 30 % случаев (15 человек) выбор ответов падает на категорию «зависимость», отражающую активный или пассивный поиск поддержки или помощи со стороны другого лица. Успешное осуществление тенденции к этому действию зависит от явной или подразумеваемой необходимости в доброжелательном отношении со стороны других лиц. Также 20 % ответов (10 человек) соответствует категории «экзгибиционизм», обозначающей демонстративные тенденции поведения.

Обсуждение

Исследование такой важной составляющей идентичности, как гендерная, позволяет выявить следующие особенности. На фоне созависимости девочки-подростка с матерью происходит формирование социального пола преимущественно по фемининному типу. Согласно литературным данным [5], для современных подростков в значительной мере характерна андрогинная установка, особенно в больших городах. Феномен преобладания фемининных установок у девочек со сколиозом, вероятно, может быть объяснен как компенсаторное явление. Формирование идеальной женственности идет по типу закрепления соответствия поведенческих паттернов предполагаемым социальным ожиданиям: «если ты не можешь выглядеть как идеальная девушка, ты должна безупречно себя вести». Эмоционально-оценочное отношение к телу становится условием ограничения гендерного репертуара. При этом, чем меньше внешних социальных контактов (занятий в секциях, кружках), тем более выражена фемининная ориентация. Потребность в эмоционально насыщенных контак-

тах и принятии сочетается, с одной стороны, со страхом открытого выражения своих эмоций и преобладанием в реальных контактах установки на формальный уровень общения; с другой стороны – с вербальной алекситимией, с трудностями осознания и вербализации собственных эмоций. Эти особенности способствуют формированию пассивно-реактивной жизненной позиции, что находит отражение в специфике формирования гендерной социализации с преобладанием фемининных установок.

Примером затруднений в сфере контактов являются рисунки Марии Г., 15 лет (рис. 1). В рисунке человека обращают на себя внимание две особенности: отсутствие лица и рук, а также усиленный нажим и утолщенный контур фигуры. Лицо – символ сферы общения, и отсутствие черт лица может быть истолковано как тенденция



Рис. 1
Человек (женщина). Рисунок Марии Г., 15 лет

к избеганию общения, вероятно, в связи с проблемами в этой сфере. Бедность деталей рисунка и большое давление на карандаш указывают на импульсивность и попытки справиться с ней через повышенный самоконтроль, что порождает эмоциональную напряженность. Отсутствие рук, то есть органов взаимодействия с миром, и рта, органа вербальной коммуникации, показывает, что подросток не имеет возможности словесно влиять на людей, не чувствует в себе сил активно и эффективно контактировать с миром. И в качестве компенсации у изображенной девушки прорисованы широкие и сильные плечи, помогающие выдержать давление внешних обстоятельств. Ноги – символ опоры в реальности и свободы передвижения. На рисунке Марии ноги отсутствуют совсем, фигура находится в подвешенном состоянии, то есть реальной опоры автор рисун-

ка не чувствует. Аналогичным образом девочка рисует и мужскую фигуру (рис. 2), создавая совершенно безличный манекен: изображен мужской вариант одежды, а не человек. Усиление контура на обоих рисунках указывает на стремление обрести четкие и непроницаемые границы, выстроить линию обороны, создать барьер между внутренним и внешним миром, при этом контур фигуры не замкнут. Такая ситуация порождает внутренний конфликт и сложность формирования идентичности. Сама Мария описывает нарисованную девушку как просто фигуру женского пола. В данном случае речь идет о формальном понимании гендерного статуса, без личностного принятия определенной гендерной специфики. Если мы посмотрим на рисунок дерева Марии (рис. 3), то первое, что обращает на себя внимание – существенно меньший нажим и более тонкий контур всего изображения по сравнению с предыдущими изображениями. Механизм проекции при рисовании дерева связан с меньшим влиянием фактора социальной желательности и в большей мере отражает внутрличностную специфику индивида. Са-

мо дерево – крупное, выходит за пределы листа, и при этом оно склонилось под порывами ветра. Ветви дерева выражают тот способ, которым индивид сумел реализовать свои возможности, степень дифференциации, которой он достиг, формы его нападения или защиты по отношению к внешнему миру, который его окружает. На рисунке ветви изображены одной линией, что указывает на избегание неприятной реальности, ее приукрашивание или трансформацию. Причем некоторые ветви оторваны от ствола, что также связано с тенденцией ухода от непривлекательной реальности. В процессе выполнения задания мы наблюдали нарушение инструкции: предлагалось нарисовать любое фруктовое дерево, Мария же нарисовала просто листовое дерево, объясняя, что оно в парке где-нибудь растет. Вероятно, эти особенности связаны с повышенным уровнем тревожности девочки, с конфликтом между сложной для нее ситуацией предстоящего оперативного вмешательства и нехваткой личностных ресурсов для переработки этого опыта. Дополнительная сложность связана с проблематичностью опоры на внешние ресурсы, на окружающих людей, так как коммуникация затруднена и носит в большей степени формальный характер.

Трудности, связанные с принятием на себя той или иной гендерной роли, отражены в аналогичных рисунках Светланы Б., 18 лет (рис. 4).

Изображенная фигура человека может быть определена как женская по косвенным признакам: волосы достигают плеч, бедра скорее женские, чем мужские. Других признаков половой принадлежности нет. По методике S.L. Ven, у Светланы также определяется диффузный гендерный пол, что говорит о несформированности или о непринятии предлагаемых культурой моделей поведения, связанных с полом.

Достаточно благоприятный вариант формирования позитивного образа «я» с четко выраженной фемин-

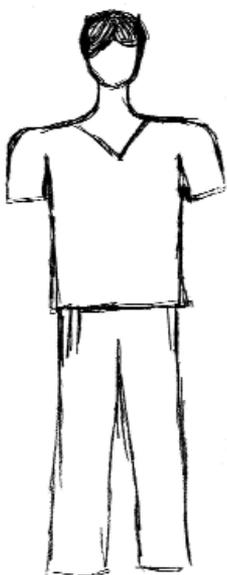


Рис. 2

Человек (мужчина). Рисунок Марии Г., 15 лет



Рис. 3

Дерево. Рисунок Марии Г., 15 лет

нинной направленностью мы можем видеть в рисунках Дарьи Б., 16 лет (рис. 5, 6). Изображена девушка около 25 лет (ориентация на будущее). Автор комментирует рисунок: «нежная, удачливая, она – актриса». Это соответствует типичному фемининному стереотипу. Дерево, изображенное Дашей, указывает на тенденцию к демонстративности, желание понравиться, произвести благоприятное впечатление, что в целом также отражает общую направленность на подстройку под другого, являющуюся атрибутом фемининности.

Заключение

При исследовании особенностей гендерной идентичности у девочек-подростков, больных сколиозом, выявлено преобладание фемининных уста-

новок на фоне созависимости девочек с их матерями. Для таких девочек определяющим фактором самооценки является внешнее оценивание со стороны, в первую очередь, матери, что во многом определяет оценку пациенткой результатов оперативного лечения как удовлетворительных или неудовлетворительных в плане прогноза успешности будущих социальных контактов в связи с изменением качества отношений с окружающими. Эффективность социализации подростка со сколиозом во многом определяется особенностями самовосприятия в понятиях «не как все» – «как все». Через призму собственной «отличаемости» происходит эмоциональное оценивание всех реакций окружающих, поэтому оперативное лечение воспринимается как возможность «стать, наконец, как все»,

что расценивается как необходимое условие установления эффективных отношений с окружающими и, прежде всего, со сверстниками.

Полная хирургическая коррекция деформации позвоночника не является гарантией решения всех проблем данной группы пациентов: в семьях сохраняется патологическая созависимость, базирующаяся на вторичных выгодах от сколиотической болезни, что может выражаться неудовлетворенностью результатами лечения. Гендерная идентичность – неотъемлемая часть Эго-идентичности, поэтому в условиях дисфункциональной семьи является фактором риска для развития расстройств личности нарцисстического, зависимого или смешанного типа [2].

Таким образом, для проведения эффективной комплексной реабилитационной программы для девочек-подростков, больных сколиозом, необходимо включение в нее длительного курса индивидуальной и семейной системной психотерапии.

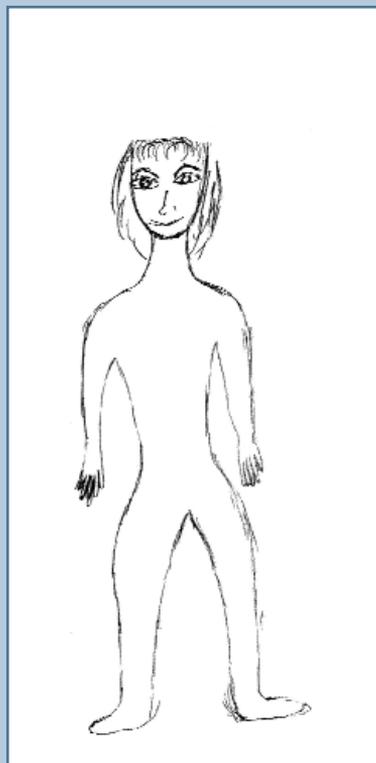


Рис. 4
Человек (женщина). Рисунок
Светланы Б., 18 лет

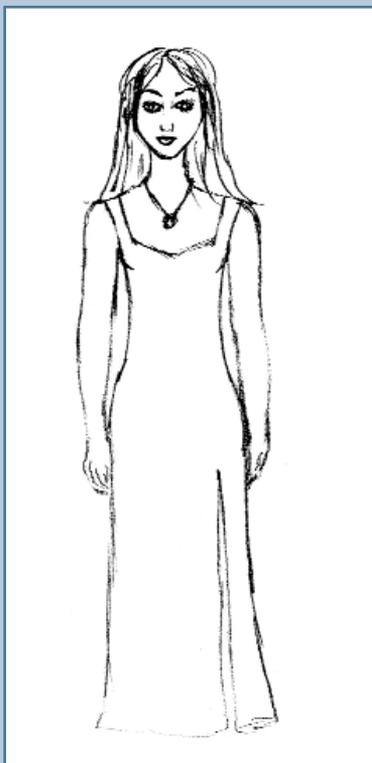


Рис. 5
Человек (женщина). Рисунок
Дарьи Б., 16 лет

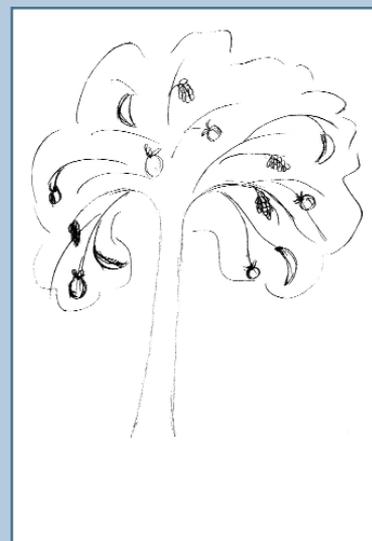


Рис. 6
Дерево. Рисунок Дарьи Б., 16 лет

Литература

1. **Дадаева О.А., Скляренко Р.Т., Травникова Н.Г.** Клинико-психологические особенности детей и подростков, больных сколиозом // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2003. № 3. С. 10–14.
2. **Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В.** Личностные и диссоциативные расстройства: расширение границ диагностики и терапии. Новосибирск, 2006.
3. **Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., Загоруйко Е.Н.** Идентичность в норме и патологии. Новосибирск, 2000.
4. **Норкин И.А., Шемятенков В.Н., Зарецков В.В. и др.** Особенности психофизиологического статуса детей и подростков со сколиозом на разных этапах лечения // Хирургия позвоночника. 2006. № 4. С. 8–12.
5. **Радина Н.К., Терешенкова Е.Ю.** Возрастные и социокультурные аспекты гендерной социализации подростков // Вопросы психологии. 2006. № 5. С. 49–59.
6. **Уэст К., Зиммерман Д.** Создание гендера // Гендерные тетради / Под ред. А.А. Клецина. СПб, 1997. Вып. 1. С. 94–125.
7. **Шорохова О.А.** Жизненные ловушки зависимости и созависимости. СПб., 2002.
8. **Эриксон Э.** Идентичность: юность и кризис. М., 1996.
9. **Bem S.L.** Gender schema theory and its implications for child development: Raising gender-schematic children in a gender-schematic society // J. of Women in Culture and Society. 1983. Vol. 8. P. 598–611.
10. **Tones M., Moss N., Polly D.W.** A review of quality of life and psychosocial issues in scoliosis // Spine. 2006. Vol. 31. P. 3027–3038.

Адрес для переписки:

Михайловский Михаил Витальевич
630091, Новосибирск, ул. Фрунзе, 17,
НИИТО,
MMihailovsky@niito.ru

Статья поступила в редакцию 27.03.2007



МЕТОС
www.metos.org

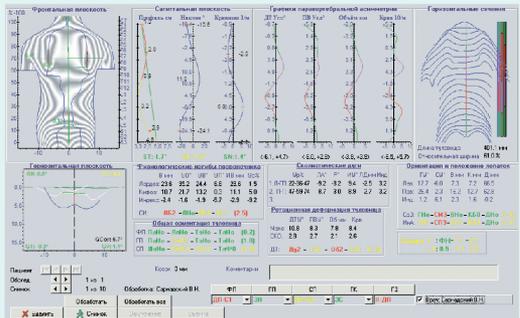
КОМПЬЮТЕРНЫЙ ОПТИЧЕСКИЙ ТОПОГРАФ ТОДП
ДИАГНОСТИКА ДЕФОРМАЦИИ ПОЗВОНОЧНИКА БЕЗ РЕНТГЕНА



Лауреат Международной премии
“ПРОФЕССИЯ – ЖИЗНЬ” в номинации
“За достижения в области науки
и технологии медицины”







Обеспечивает бесконтактное обследование пациентов с восстановлением трехмерной модели поверхности туловища с получением количественных оценок состояния осанки и формы позвоночника в трех плоскостях.

Предназначен для скрининг-диагностики детей и подростков, мониторинга состояния и оценки эффективности лечения больных с патологией позвоночника.

Отличается абсолютной безвредностью, высокой пропускной способностью, полной автоматизацией, высокой точностью восстановления рельефа, информативностью и наглядностью, наличием оценки сколиотических дуг топографическим аналогом угла по Cobb.

13 ЛЕТ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ – 126 УСТАНОВОК ТОДП ПО РОССИИ

Медицинское изделие ТОДП выпускается по лицензии Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития № 99-03-000002. Сертификат соответствия № РОСС RU.АЯ79.В02777.

630091, Новосибирск, ул.Фрунзе, 17 ООО “МЕТОС” тел./факс: (383) 211-15-52, http://www.metos.org, e-mail: metos@online.nsk.su