



УДК 616.711-007.55-085.825
DOI: 10.25688/2076-9091.2022.46.2.08

Мария Анатольевна Ступницкая

Московский городской педагогический университет, Москва, Россия,
Stupnickayama@mgpu.ru, <http://orcid.org/0000-0001-8605-7785>

Формирование условно-адекватного типа отношения к болезни у подростков, страдающих сколиозом

Аннотация. Сколиоз — болезнь скачков роста, часто диагностируется в подростковом возрасте. Опасность развития заболевания, угрожающего внешней привлекательности, особенно тяжело переносится в этом возрастном периоде, так как подростки очень уязвимы в отношении внешней оценки своего облика. Кроме того, сколиотическая болезнь снижает многие жизненные ресурсы, необходимые ребенку для успешной учебы, занятий спортом, творчеством, для самореализации.

Успех лечения сколиоза у подростков определяется не только своевременностью и эффективностью лечебных мероприятий, но и участием самого подростка, его способностью сотрудничать с врачом, точно выполнять все предписания, соблюдать режимные ограничения. Такая активная позиция зависит от типа отношения к болезни. Для выявления типа отношения подростка к болезни применялся опросник ТООЛ («Тип отношения к болезни»). В статье доказана эффективность применения в ходе сеансов массажа аутотренинговых формул для преодоления интрапсихически-дезадаптивного типа и формирования условно-адаптивного типа отношения подростка к своему заболеванию.

Ключевые слова: сколиоз, подростки, отношение к болезни, интрапсихически-дезадаптивный тип, итерпсихически-дезадаптивный тип, условно-адаптивный тип, аутотренинговые формулы

Maria Anatolyevna Stupnitskaya

Moscow City University, Moscow, Russia

Stupnickayama@mgpu.ru, <http://orcid.org/0000-0001-8605-7785>

Formation of a Conditionally Adequate Type of Attitude to the Disease in Adolescents Suffering from Scoliosis

Abstract. Scoliosis is a disease of growth spurts, often diagnosed in adolescence. The danger of developing a disease that threatens external attractiveness is especially hard to bear in this age period, since adolescents are very vulnerable to external evaluation of their appearance. In addition, scoliotic disease reduces many vital resources that a child needs for successful study, sports, creativity, and self-realization.

The success of the treatment of scoliosis in adolescents is determined not only by the timeliness and effectiveness of therapeutic measures, but also by the participation of the teenager himself, his ability to cooperate with the doctor, accurately follow all prescriptions, comply with regime restrictions. Such an active position depends on the type of attitude to the disease. To identify the type of attitude of a teenager to the disease, the TOBOL questionnaire (“Type of attitude to the disease”) was used. The article proves the effectiveness of the use of auto-training formulas during massage sessions to overcome the intrapsychically maladaptive type and the formation of a conditionally adaptive type of a teenager’s attitude to his disease.

Keywords: Scoliosis, adolescents, attitude to disease, intrapsychic-maladaptive type, interpsychic-maladaptive type, conditionally adaptive type, auto-training formulas

Введение

Отношение больного к себе, своему заболеванию, к проводимому лечению, доверие к врачам, взаимоотношения с родными и близкими, с окружающими его людьми; его позиция по отношению к перспективам будущей учебы или работы; способность переносить одиночество, оставаясь наедине с самим собой, — все это так или иначе оказывает значительное влияние на лечение и реабилитацию. По данным работ ряда авторов [6; 3; 7; 8] такое заболевание, как сколиоз, вызывает сильные психологические переживания, ведет к психологической травме, создает сложную с педагогической и психологической точки зрения ситуацию для подростка, особенно чувствительно относящегося к изменениям в своем внешнем облике.

Отношение к болезни обладает признаками поведенческой установки со всеми ее составляющими: когнитивным (знания и представление о своей болезни), эмоциональным (переживания по поводу ситуации, сложившейся в связи с болезнью) и поведенческим (поведенческие намерения и фактическое поведение, диктуемое болезнью и осуществляемое больным) [3].

Сколиоз — боковое искривление позвоночника с патологической ротацией его вокруг своей оси, это прогрессирующее заболевание, ведущее

к нарастающим деформациям фигуры, уродующим тело и сопровождающимися болевыми ощущениями, ограничениями в движениях, одышкой, усиленным сердцебиением и множеством других функциональных расстройств. Сколиоз особенно быстро прогрессирует в пубертате — периоде усиленного роста [8].

По мере взросления количество детей со сколиозом увеличивается и к завершению подросткового возраста составляет 5,3 % у девочек и 3,3 % у мальчиков [9]. Подростки очень уязвимы в отношении сторонней оценки своей внешности, крайне взыскательны, сравнивая свое тело с образцами, предлагаемыми средствами массовой информации. Зачастую самое безобидное замечание или шутка могут привести к глубоким и длительным переживаниям. Если же для таких переживаний есть объективные причины, связанные с болезнью, негативно влияющей на внешнюю привлекательность, подросток особенно тяжело проходит этот, и без того сложный, возрастной период. Признаки болезни, очевидные для постороннего глаза, внешние отличия, уродующие фигуру, становятся причиной глубоких страданий подростка, ведут к его социально-психологической дезадаптации. Такая ситуация особенно трагична для девочек-подростков, которые особенно чувствительны к любым мнимым, а тем более реальным недостаткам внешнего облика [7].

Наличие заболевания, деформирующего тело, в период пубертатного кризиса становится дополнительным фактором психологической и эмоциональной неустойчивости, негативно влияет на формирование и развитие личности подростка. Возникновение у детей нарушений и заболеваний, которые влияют на их самовосприятие, на чувство собственного тела и восприятие своей красоты, могут привести к патологическим деформациям психики и личности. Физическая неполноценность, обусловленная заболеванием, вызывает у подростков глубокие личностные нарушения, психологические срывы, становится причиной дезадаптации [3].

Запущенные формы сколиоза, прогрессирующие при некачественной диагностике и несвоевременном начале лечения, создают серьезные проблемы как в сфере физического здоровья человека, так и в части его психологического благополучия. Длительная болезнь, которая в перспективе может привести к явным дефектам тела, со временем развивает такие особенности характера, как агрессивность, раздражительность, острая неуверенность в себе. Любое заболевание, имея характерные для него клинические проявления, ведет к определенным изменениям в душевном состоянии человека. Подростки, личность которых формируется под влиянием такого заболевания, как сколиоз, отличаются высокой тревожностью, унынием, застенчивостью, робостью, несамостоятельностью и другими особенностями, которые затрудняют процесс становления личности [6].

Подросток, страдающий сколиозом, значительно ограничен в выборе сфер самореализации, ему становятся недоступны многие виды спортивных, творческих занятий. Да и школьная учеба вызывает значительные трудности в связи

с высокой утомляемостью, частыми головными болями и другими проблемами здоровья. Эта категория школьников отличается заниженной самооценкой, высокой личностной тревожностью, неуверенностью в своих силах, склонностью к депрессивным расстройствам.

Современные подходы к лечению не только психических, соматических, неврологических заболеваний, но и нарушений опорно-двигательного аппарата предполагают учет как биологических факторов, так и факторов морального страдания. Отношение к болезни у подростков зависит от ряда факторов: от предполагаемых последствий заболевания, болезненности лечебных процедур, ограничений, накладываемых заболеванием, личностных особенностей больного. Это отношение определяет эмоциональное состояние, активную поведенческую установку на лечение, способность сотрудничать с врачом, занять субъектную, осознанную, активную позицию в процессе лечения [3].

Лечение сколиоза направлено в первую очередь на укрепление мышечного корсета, стабилизацию состояния органов и систем и гармонизацию обменных процессов. Можно выделить несколько основных приемов комплексного лечения сколиоза II степени.

1. *Лечебная гимнастика.* Использование лечебной гимнастики подразумевает применение четко разработанных комплексных упражнений, направленных на коррекцию сколиоза. Лечебная гимнастика проводится в течение длительного времени и подбирается индивидуально для каждого пациента в зависимости от особенностей течения заболевания, поскольку неверно подобранные упражнения и нагрузка могут усугубить течение заболевания. На начальных этапах обязательно должен присутствовать врач, затем пациент может проводить комплекс упражнений и в домашних условиях [12].

2. *Медицинский массаж.* Этот вид реабилитации может проводиться только специалистом, поскольку он направлен на стимуляцию ослабленных мышц и расслабление мышечного валика. Такого рода массаж подразумевает укрепление мышечного корсета вдоль позвоночного столба и улучшение кровообращения [10, 12].

3. *Консервативная фармакотерапия.* Этот вид лечения также иногда используется при лечении сколиоза, так как это заболевание часто сопровождается воспалительными процессами и болезненными ощущениями. Применяются нестероидные противовоспалительные средства, обезболивающие препараты и т. п. в качестве симптоматической терапии [12].

4. *Физиотерапия.* Чаще всего при сколиозе используют ультразвук, электрофорез, парафиновые обертывания. Они направлены на снятие болезненности воспаления и активизацию метаболизма [10–12].

В последнее время часто применяются аутотренинги для снятия психоэмоционального напряжения, уровня тревожности и депрессии, повышению социальной активности, психической адаптации и качества жизни пациентов [2].

Организация эксперимента

Цель нашего исследования — разработка и апробация комплекса ауто-тренинговых формул и аудиосопровождения (звуки природы), применяемых во время сеансов массажа для формирования условно-адаптивного типа отношения к болезни у подростков 14–15 лет, страдающих сколиозом второй степени.

Диагностика реакции участников эксперимента на факт заболевания была проведена с помощью методики ТОБОЛ («Тип отношения к болезни»). В ее основе лежит клинико-психологическая типология Личко – Иванова, которая описывает 12 типов реагирования человека на болезнь: сенситивный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, эгоцентрический, паранойяльный, анозогнозический, дисфорический, эргопатический и гармоничный. Эти типы реагирования объединены в три группы: условно-адаптивный, интрапсихически-дезадаптивный и интерпсихически-дезадаптивный типы [5].

Условно-адаптивный тип реагирования больного на свое заболевание предполагает сохранную психическую и социальную адаптированность, больной способен реалистически оценивать свое состояние, принимать посильное осознанное участие в лечении, соблюдать врачебные назначения; стремится к излечению, не принимает роль больного. В то же время такой больной может преуменьшать опасность болезни, совершать так называемое бегство в работу/учебу, стремясь вытеснить мысли о болезни и тех ограничениях, которые она накладывает на образ жизни. Тем не менее выраженная социально-психологическая дезадаптация у таких больных не отмечается.

Больные с интрапсихически-дезадаптивным типом отношения к болезни характеризуются определенными нарушениями социальной адаптации, выражающимися в реакциях раздражительной слабости, тревожном, подавленном, угнетенном фоне настроения, в уходе в болезнь, отказе от борьбы за свое выздоровление, принятии роли больного.

Интерпсихически-дезадаптивный тип реагирования на болезнь проявляется в том, что больные, с одной стороны, стесняются своего заболевания, стремятся, по-возможности, скрыть его от окружающих, а с другой стороны — используют свою болезнь в манипулятивных целях. Они придерживаются паранойяльной концепции своего заболевания, склонны считать болезнь неизлечимой, винить в ней окружающих.

Участники нашего эксперимента находились на восстановительном этапе лечения с диагнозом сколиоз II степени. Всем участникам был назначен свободный двигательный режим. Для проведения эксперимента из числа участников нами были сформированы две группы: контрольная (далее — КГ) и экспериментальная (далее — ЭГ), — идентичные по составу с точки зрения диагноза заболевания, двигательного режима, характера сопутствующих заболеваний, пола и возраста:

- экспериментальная (7 человек) — это пациенты, которые занимались по традиционной схеме (ЛФК, водная терапия) и получали массаж в сочетании с аутотренинговыми формулами;
- контрольная (7 человек) — это пациенты, занимавшиеся по традиционной схеме (ЛФК, водная терапия), и получали обычный курс массажа, показанного при сколиозе II степени.

В обеих группах, наряду с массажем, применялось аудиосопровождение.

В начале нашего эксперимента было проведена диагностика типа отношения к болезни с помощью методики ТОБОЛ [4]. Участнику предлагается ряд утверждений, распределенных по 12 группам: самочувствие, настроение, сон и пробуждение, аппетит, отношение к болезни, отношение к лечению, отношение к врачам и медперсоналу, к родным и близким, к учебе, к окружающим, к одиночеству, к будущему. В каждой группе (шкале) от 11 до 16 утверждений. Необходимо выбрать и отметить утверждения, которые участник считает верными для себя (можно сделать не более двух выборов по каждой шкале). Обработка проводилась в соответствии с ключом.

Результаты эксперимента представлены в таблицах 1 и 2 в процентах по количеству сделанных участниками выборов.

Таблица 1

**Распределение преобладающих типов отношения к болезни в ЭГ
на констатирующем этапе эксперимента (в %)**

Тип	Условно-адаптивный тип	Интрапсихически-дезадаптивный тип	Интерпсихически-дезадаптивный тип
%	14	57	29

Таблица 2

**Распределение преобладающих типов отношения к болезни в КГ
на констатирующем этапе эксперимента (в %)**

Тип	Условно-адаптивный тип	Интрапсихически-дезадаптивный тип	Интерпсихически-дезадаптивный тип
%	14	57	29

Таким образом, очевидно преобладание в обеих группах выборов, соответствующих интрапсихически-дезадаптивному типу отношения к болезни в обеих группах участников (57 %); выборы, соответствующие интерпсихически-дезадаптивному типу, составили 29 %; самое незначительное количество сделанных участниками выборов соответствовало условно-адаптивному типу отношения к болезни — 14 %.

Подростковый возраст, даже в норме, характеризуется болезненным отношением детей к изменениям своей внешности. Понятно, что заболевание, грозящее в перспективе внешними дефектами (что особенно болезненно

для девушек), а также снижением физической силы и выносливости (что особенно неприятно для юношей) вызывает тревожное, подавленное состояние, снижение фона настроения, а иногда приводит к отказу от попыток что-либо изменить, принятию роли хронически больного человека.

В нашем эксперименте мы применяли в ходе сеансов массажа аутотренинговые формулы в следующем порядке:

- 1) прочувствование физической усталости (4 мин.);
- 2) погружение в состояние заторможенности, дремоты (5 мин.);
- 3) вызывание сонливости и сна (массажист проводит погружение в сон в соответствии с аудиосопровождением — если это шум дождя, то рисуем картину дождя; если пение птиц, то рисуем лес или луг и т. п. — 9 мин.);
- 4) по окончании массажа — энергетизирующая фаза аутогенной тренировки (9 мин.).

Аутотренинговые формулы сопровождалась аудиокомплексом «Звуки природы»: шум дождя, шум моря, шум летнего леса, восход в горах, тропический ливень.

После завершения педагогического эксперимента нами было проведено повторное исследование отношения к болезни участников ЭГ и КГ. Его результаты представлены в таблицах 3 и 4.

Таблица 3

**Распределение преобладающих типов отношения к болезни в ЭГ
на контрольном этапе эксперимента (в %)**

Тип	Условно-адаптивный тип	Интрапсихически-дезадаптивный тип	Интерпсихически-дезадаптивный тип
%	51	20	29

Таблица 4

**Распределение преобладающих типов отношения к болезни в КГ
на контрольном этапе эксперимента (в %)**

Тип	Условно-адаптивный тип	Интрапсихически-дезадаптивный тип	Интерпсихически-дезадаптивный тип
%	20	51	29

Обращает на себя внимание значительное увеличение процента выборов, соответствующих условно-адаптивному типу отношения к болезни у участников ЭГ — 51 %, в то время как в КГ процент таких выборов составил лишь 20 %. Значительно уменьшился в ЭГ процент выборов, соответствующих интрапсихически-дезадаптивному типу отношения к болезни — 20 %, при этом в КГ таких выборов стало 51 %.

Сравним результаты, полученные на констатирующем и контрольном этапах эксперимента в обеих группах (см. табл. 5).

Таблица 5

**Изменение типа отношения к болезни участников ЭГ и КГ
в результате эксперимента (в %)**

Тип отношения к болезни	ЭГ			КГ		
	Констатирующий этап	Контрольный этап	Изменения типа	Констатирующий этап	Контрольный этап	Изменения типа
Условно-адаптивный тип	14	51	+37	14	20	+6
Интрапсихически-дезадаптивный тип	57	20	-37	57	51	-6
Итерпсихически-дезадаптивный тип	29	29	0	29	29	0

Заключение

Подростковый возраст — период не только бурного физического и физиологического развития. Это время активного формирования личности. Столкнувшись с таким серьезным заболеванием, как сколиоз, подросток может стать активным борцом за свое здоровье, а может сложить руки и стать игрушкой в руках своей судьбы или превратиться в манипулятора, озлобленного на весь мир.

От того, какую позицию займет подросток, будет зависеть не только успех его выздоровления. От этого будет зависеть сможет ли он, пройдя через выпавшие на его долю испытания, стать активным, решительным, ответственным инициативным человеком, творцом своей судьбы. Л. С. Выготский отмечал, что «с одной стороны, дефект есть минус, ограничение, слабость, умаление развития; с другой — именно потому, что он создает трудности, он стимулирует повышенное, усиленное движение вперед» [1].

Выводы

Применение аутоотренинговых формул оказывало частичное анестезирующее воздействие, позволяло снизить болевые ощущения в ходе сеансов массажа и в итоге опосредованно усилило мотивацию участников ЭГ к посещению всех реабилитационных мероприятий без пропусков и соблюдению врачебных рекомендаций.

Положительная тенденция на увеличение процента выборов, соответствующих условно-адаптивному типу отношения к болезни, отмечается и в КГ, хотя она менее значительна. Здесь, вероятно, имеет место эффект, связанный с улучшением общего состояния участников и возникновением на этом фоне надежды на выздоровление.

Интересно отметить, что не изменился процент выборов, соответствующих интерпсихически-дезадаптивному типу отношения к болезни в обеих группах — 29 %. Можно предположить, что это связано с особенностями семейного воспитания по гиперопекающему типу, поэтому для более эффективного воздействия на тип отношения к болезни, по-видимому, следует работать с родителями подростка.

Применение в ЭГ аутотренинговых формул в ходе сеансов массажа, показанного при лечении сколиоза, позволило увеличить процент выборов по условно-адаптивному типу отношения к болезни на 37 % (в КГ этот процент увеличился лишь на 6 позиций), уменьшить процент интрапсихически-дезадаптивного типа на 37 % (в КГ уменьшение составило 6 %), при этом процент выборов по интерпсихически-дезадаптивному типу не изменился в обеих группах.

Список источников

1. Выготский Л. С. Основы дефектологии. М.: Рипол-Классик, 2020. 528 с.
2. Деомидов Е. С., Ильин М. В., Леженина С. В. Особенности психологической коррекции в реабилитационном периоде после операции на позвоночнике // Цивьяновские чтения: материалы XI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Новосибирск, 2019. С. 57–60.
3. Киметова И. С., Александрова Н. Л., Михайловский М. В. Психоэмоциональный профиль пациентов со сколиозом // Хирургия позвоночника. № 3. 2013. С. 24–29.
4. Методика «Тип отношения к болезни» [Электронный ресурс] // Энциклопедия психодиагностики. URL: https://psylab.info/Методика_«Тип_отношения_к_болезни»
5. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей / СПб НИПНИ им. Бехтерева. Санкт-Петербург, 2005.
6. Пушкина В. Н., Аношина Т. В., Зелянина А. Н. Динамика личностных характеристик у студенток со сколиозом // Вестник САФУ. 2014. № 2. С. 128–136.
7. Пятакова Г. В., Виссарионов С. В. Психологические аспекты идеопатического сколиоза: специфика детско-родительских отношений // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. Т. IV. Вып. 4. 2016.
8. Пятакова Г. В., Виссарионов С. В. Отношение к болезни детей с идеопатическим сколиозом в контексте родительских установок // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. Т. II. Вып. 1. 2014.
9. Сарнадский В. Н., Михайловский М. В., Садовая Т. Н., Орлова Т. Н., Кузнецов С. Б. Распространенность структурального сколиоза среди школьников Новосибирска по данным компьютерной топографии // Бюллетень сибирской медицины. Т. 16. № 1. 2017.
10. Основы физической реабилитации: учебник / А. Н. Налобина, Т. Н. Фёдорова, И. Г. Таламова, Н. М. Курч. Саратов, 2018.
11. БОС-абилитация детей с детским церебральным параличом / А. В. Потешкин, И. Г. Таламова, Е. С. Стоцкая, А. Н. Налобина // Адаптивная физическая культура. 2019. № 1 (77). С. 38–41.
12. Налобина А. Н., Стоцкая Е. С., Потрохова Е. А. Технология формирования комплексов лечебной гимнастики у детей первого года жизни. Омск, 2013.

Reference

1. Vygotsky L. S. Fundamentals of defectology. M.: Ripol Classic, 2020. 528 p.
2. Deomidov E. S., Ilyin M. V., Lezhenina S. V. Features of psychological correction in the rehabilitation period after spinal surgery // Materials of the XI All-Russian Scientific and Practical Conference with international participation "Tsivyanov Readings". Novosibirsk, 2019. S. 57–60.
3. Kimetova I. S., Alexandrova N. L., Mikhailovsky M. V. Psychoemotional profile of patients with scoliosis // Spinal surgery. № 3. 2013. S. 24–29.
4. Method "Type of attitude to disease" [Electronic Resource] // Encyclopedia of Psychodiagnostics. URL: <https://psylab.info/> Методика «Тип отношения к болезни»
5. Psychological diagnosis of attitudes to illness: Medical aid / Spb NIPNI named after Bekhetereva. St. Petersburg, 2005.
6. Pushkina V. N., Anoshina T. V., Zelyanina A. N. Dynamics of personal characteristics in students with scoliosis // Bulletin of SAFU. 2014. № 2. S. 128–136.
7. Pyatakova G. V., Vissarionov S. V. Psychological aspects of ideopathic scoliosis: specificity of child-parental relations // Orthopedics, traumatology and restorative surgery of childhood. Vol. IV. Issue 4. 2016.
8. Pyatakova G. V., Vissarionov S. V. Relation to the disease of children with ideopathic scoliosis in the context of parental attitudes // Orthopedics, traumatology and restorative surgery of childhood. Vol. II. Issue 1. 2014.
9. Sarnadsky V. N., Mikhailovsky M. V., Sadovaya T. N., Orlova T. N., Kuznetsov S. B. Prevalence of structural scoliosis among schoolchildren in Novosibirsk according to computer topography // Bulletin of Siberian Medicine. Vol. 16. № 1. 2017.
10. Basics of physical rehabilitation / A. N. Nalobina, T. N. Fedorova, I. G. Talamova, N. M. Kurch. Textbook. Saratov, 2018.
11. BOC-habilitation of children with cerebral palsy / A. V. Poteshkin, I. G. Talamova, E. S. Stotskaya, A. N. Nalobina // Adaptive physical education. 2019. № 1 (77). S. 38–41.
12. Nalobina A. N., Stotskaya E. S., Potrokhova E. A. Technology of formation of therapeutic gymnastics complexes in children of the first year of life. Omsk, 2013.