

Психология развития и педагогическая психология

УДК 159.922.736.3 + 616.711.-007.55-053.6
ББК Ю941.5

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ СО СКОЛИОЗАМИ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ОТНОШЕНИЕ К РЕАБИЛИТАЦИИ

С.В. Крайнюков

Описываются личностные особенности подростков со сколиозами (выборку исследования составили 38 подростков в возрасте 15–17 лет). Показано, что изменения личности зависят от тяжести заболевания и гендерных особенностей реагирования. При этом изменения личностных черт в большей мере характерны для подростков с высокой степенью сколиотических нарушений, в то время как у подростков с начальными степенями заболевания наиболее выражены изменения психических состояний и поведенческих реакций. Выявлены личностные особенности, влияющие на отношение подростков к медицинской реабилитации, рассматриваемые в качестве перспективной основы для разработки дифференцированных программ психологической помощи в условиях длительного пребывания в стационаре страдающих сколиозом подростков.

Ключевые слова: подростки, сколиоз, личностные особенности, реабилитация, отношение к реабилитации.

Психологическая помощь детям и подросткам с хроническими соматическими заболеваниями требует всестороннего учёта социально-средовых условий, связанных со спецификой адаптации ребенка к болезни, особенностями лечения, а также индивидуально-психологическими особенностями, которые формируются в этих условиях. Одним из самых распространённых и вместе с тем малоисследованных с психологической точки зрения заболеваний является сколиоз, достигающий пика развития у 2–33 % обследованных выборки лиц подросткового возраста (Шабанова, 2011). Под сколиозом в современной литературе понимается многоплоскостная деформация позвоночного столба (Балдова, 2009; Дудин, Пинчук, 2005). В ряде случаев течение сколиоза приводит к развитию сколиотической болезни, при которой возникают изменения в работе внутренних органов, сердечно-сосудистой и дыхательной систем, патологическая неврологическая симптоматика (Шабанова, 2011). Подростки со сколиозами, как правило, вынуждены проходить длительную реабилитацию в специализированных медицинских и образовательных учреждениях, что ведёт к ограничениям физической и социальной активности, возникновению у них

феномена госпитализма. Изучение личностных особенностей подростков в контексте задач реабилитации могло бы помочь установить её психологические последствия, очертить личностный потенциал адаптации к реабилитационным условиям и разработать дифференцированные подходы к психологической помощи.

Современное состояние проблемы

В последние десятилетия интерес к исследованию психологических особенностей детей и подростков с заболеваниями опорно-двигательного аппарата неуклонно возрастает. В посвящённых этой проблеме научных исследованиях изучены некоторые психологические особенности таких пациентов.

Так, выявляется выраженная прямо пропорционально тяжести заболевания повышенная сензитивность при наличии необходимо-упорствующих реакций, стремление к социальной поддержке в сочетании с изоляцией от других людей, использование защитных механизмов отрицания и компенсации, что позволяет сделать вывод об эмоциональной дезадаптации подростков со сколиозами, проявляющейся в пониженном настроении, тревожности, снижении самоконтроля (Похилько, 2010).

У таких подростков обнаруживается эмоциональная лабильность, раздражительность, нервно-психическая неустойчивость, а риск расстройств личностного уровня зависит от тяжести заболевания, его длительности, необходимости оперативного лечения, особенно в сенситивные периоды в возрасте до 11 и после 14 лет (Дадаева, Скляренко, Травникова, 2003).

В отличие от здоровых, до 50 % мальчиков-подростков со сколиозами оценивают своё здоровье как более слабое, 79 % обследованных выражают беспокойство по поводу качества отношений со сверстниками, почти все они (97 %) опасаются, что их тело развивается ненормально, столько же подростков отмечают повышение уровня потребления алкоголя, и у них в 10 раз чаще, чем в популяции, развиваются суицидальные мысли. Характерно, что и девочки со сколиозами в 3 раза чаще употребляют алкоголь, и у них на 55 % чаще отмечается наличие суицидальных мыслей. Полученные данные обосновывают вывод о том, что сколиоз является существенным фактором риска возникновения психологических проблем и поведения, наносящего вред здоровью (Payne, Ogilvie, Resnick et al., 1997).

В контексте исследования проблемы психологических последствий и прогностических факторов адаптации к лечению корсетом показано негативное влияние корсетотерапии на биологические и социальные аспекты качества жизни подростков со сколиозами, в частности, физиологический и эмоциональный стресс, снижение самооценки (MacLean, Green, Pierre et al., 1987), физический дискомфорт и чувство стыда в среде сверстников (Kolebacz, Durmala, Czernicki, 2009), негативные эмоциональные состояния и невротические реакции в адаптационном периоде лечения (Levitskiy, Yaroslavska, Litvinova et al., 2009), развитие аномальных черт личности (Matsunaga, Sakou, Nozoe, 1997).

В современных этиопатогенетических концепциях сколиоз рассматривается как нейрогенное заболевание. Приводятся убедительные данные, свидетельствующие о микроочаговых поражениях нервной системы при сколиозе, физиологических изменениях в работе спинного мозга и стволовых структур (Балдова, 2009; Дудин, Пинчук, 2005). В свое время В.Д. Небылицыным разрабатывалась концепция о кортико-ретикулярных отношениях, в которой ретикулярной формации ствола мозга отводилась важная роль в регуляции нейродинамических процессов и кор-

ковых функций (Небылицын, 1976). Таким образом, нейрофизиологические нарушения стволовых структур могут во многом объяснять негативные изменения динамики психической деятельности у подростков со сколиозами.

При явном дефиците отечественных исследований по этой проблеме зарубежные психологические исследования в этой области весьма разнообразны. В то же время, представленные в них данные носят фрагментарный и противоречивый характер. Исследований, посвящённых влиянию личностных особенностей подростков со сколиозами на отношение к реабилитации, в доступной отечественной литературе не обнаруживается.

Целью исследования являлось определение обусловленных влиянием заболевания специфических личностных особенностей подростков со сколиозом различной степени выраженности и их значимое влияние на отношение к медицинской реабилитации.

Задачи исследования:

- 1) провести анализ влияния сколиоза (в зависимости от степени его выраженности) на личностные особенности подростков со сколиозами;
- 2) исследовать гендерные особенности личностного реагирования подростков со сколиозами на заболевание;
- 3) выявить личностные особенности подростков со сколиозами, влияющие на их отношение к реабилитации в медицинском центре.

Выборка и методики исследования

Выборку исследования составили 38 подростков в возрасте 15–17 лет (в том числе 15 испытуемых мужского и 23 – женского пола) с различной степенью выраженности сколиоза (включая 18 – со сколиозами I и II степени; 20 – со сколиозами III и IV степени) и 30 подростков без опорно-двигательной патологии (в том числе 11 мальчиков и 19 девочек). Основную долю выборки составили подростки с идиопатическими сколиозами, одним из методов лечения которых являлось использование корсета Ж. Шено. Исследование проводилось на базе Санкт-Петербургского Восстановительного центра детской ортопедии и травматологии «Огонёк».

В исследовании применялись следующие методики:

- 1) опросник формально-динамических свойств индивидуальности В.М. Русалова,

предназначенный для исследования индивидуально-типологических свойств личности;

2) подростковый вариант многофакторного личностного опросника Р. Кеттелла (14 PF), предназначенный для исследования структурных компонентов личности;

3) тест фрустрационных реакций С. Розенцвейга, предназначенный для исследования фрустрационной толерантности, с использованием при интерпретации разработанной П.В. Яньшиным схемы (Яньшин, 2007);

4) восьмицветовой тест М. Люшера в качестве вспомогательной методики исследования параметров психического состояния.

Статистические данные обрабатывались с получением первичных статистик выборки и сравнением результатов по t-критерию Стьюдента. Проводился также дисперсионный анализ данных по алгоритму ANOVA по методу наименьшей значимой разницы (с расчетом индекса междуфакторных различий I-J) с применением апостериорных критериев. Кроме того, проводился множественный регрессионный анализ по методу шагового отбора, при котором в качестве объектов отношения выступили центр реабилитации, лечащие врачи и медицинский персонал. Для измерения отношения к выделенным объектам были использованы факторы благополучия и стабильности, полученные в процессе применения методики психосемантического дифференциала Ч. Осгуда при исследовании картины мира подростков со сколиозами (Крайнюков, Мамайчук, 2013).

Результаты и их обсуждение

В отличие от здоровых подростков, обследованные по методике В.М. Русалова подростки со сколиозами характеризуются меньшим уровнем общей активности, проявляемой в психомоторной, интеллектуальной и коммуникативной сферах ($p=0,05$). Результаты ANOVA свидетельствуют, что такого рода динамические особенности психики характерны главным образом для подростков с выраженным сколиозом (III–IV степени). В наибольшей степени снижение активности у этих подростков проявляется в коммуникативной сфере (разность средних $I-J=9,99$; $p=0,05$), прежде всего, в скорости коммуникации (более низкая речевая активность, медленная вербализация) ($I-J=4,92$; $p=0,05$). Кроме того, подростки со сколиозами отличаются снижением психомоторной скорости ($I-J=4,31$; $p=0,05$), что может проявляться в общей за-

торможенности психомоторики, снижении скорости двигательных операций.

Дисперсионный анализ гендерных различий показал, что снижение общей активности проявляется преимущественно у мальчиков со сколиозами ($I-J=45,39$; $p=0,01$). Прежде всего, это наблюдается в двух сферах: коммуникативной ($I-J=23,44$; $p=0,01$) и психомоторной ($I-J=20,40$; $p=0,05$), в частности, снижением эргичности ($I-J=7,38$; $p=0,05$) и скорости реакций ($I-J=9,21$; $p=0,01$). Иными словами, для них характерна более низкая двигательная активность в сочетании со сниженной скоростью локомоторных операций. В коммуникативной сфере у мальчиков со сколиозами отмечается снижение эргичности ($I-J=7,97$; $p=0,05$), скорости ($I-J=7,10$; $p=0,01$), а также пластичности ($I-J=8,37$; $p=0,05$). В отличие от здоровых мальчиков, они проявляют пониженную социальную активность, меньшую готовность к вступлению в новые контакты, располагают меньшим репертуаром коммуникативных программ, характеризуются более низкой и медленной речевой активностью. Кроме того, у мальчиков со сколиозами отмечается снижение общей эмоциональности ($I-J=11,65$; $p=0,05$), что, прежде всего, проявляется в понижении эмоциональных реакций в области интеллектуальной деятельности ($I-J=6,80$; $p=0,05$). Они слабее реагируют на неудачи, несоответствия результатам в умственной работе. Вследствие этого у мальчиков со сколиозами наблюдается снижение возможностей адаптации ($I-J=33,74$; $p=0,05$).

В отличие от здоровых, подростки со сколиозами характеризуются более высоким уровнем неврастеничности (фактор J, $t=2,24$, $p=0,05$), что проявляется большей раздражительностью, привередливостью, холодностью, меньшей эффективностью в коллективной деятельности. По данным ANOVA, повышение оценок по фактору J характерно, в первую очередь, для подростков с более выраженным сколиозом ($I-J=1,71$, $p=0,05$). При этом мальчики со сколиозами более сдержанны, инертны, предусмотрительны, а также более флегматичны (фактор D), чем девочки с такой же патологией ($I-J=4,31$, $p=0,01$) и здоровые мальчики ($I-J=3,25$; $p=0,05$). Кроме того, мальчики-пациенты отличаются от здоровых мальчиков большей осторожностью (фактор F, $I-J=3,25$; $p=0,05$), они менее торопливы и более молчаливы, пессимистичны, замкнуты.

Исследование фрустрационной толерантности страдающих сколиозом подростков показало, что в отличие от здоровых они с течением времени проявляют меньшую тенденцию к необходимо-упорствующим реакциям в ситуации фрустрации ($t=-2.17$; $p=0,05$). Другими словами, в случае нарастания фрустрации они всё реже обращают внимание на свои ситуативные потребности, причем, по данным ANOVA, такие особенности в реакциях характерны главным образом для подростков со сколиозами I-II степеней тяжести. Так, в отличие от здоровых сверстников подростки с начальными проявлениями сколиоза в ситуациях фрустрации более склонны к самообвинению ($I-J=2,52$; $p=0,05$), особенно в ситуациях внешнего препятствия ($I-J=1,91$; $p=0,01$). Они отличаются большей самостоятельностью в удовлетворении потребностей ($I-J=1,85$; $p=0,05$), в то же время с ростом фрустрации проявляют в них меньшую заинтересованность ($I-J=0,20$; $p=0,05$). В целом, подростки со сколиозами I-II степеней менее адаптивны во фрустрирующих обстоятельствах (по значениям индекса GCR), чем здоровые подростки и подростки с выраженным сколиозом.

Результаты ANOVA свидетельствуют о наличии некоторых гендерных различий в реакциях на фрустрирующие ситуации. Так, с ростом фрустрации мальчики со сколиозами проявляют меньшую, чем их здоровые сверстники, тенденцию к интрапунитивным реакциям ($I-J=0,35$; $p=0,01$), и как следствие, с течением неблагоприятной ситуации они всё менее склонны находить её причины в себе.

По данным методики М. Люшера, у подростков со сколиозами обнаружился более высокий уровень концентричности ($t=2,25$, $p=0,05$), что свидетельствует об их большей, чем у здоровых, сосредоточенности на своём внутреннем мире, на своих личных проблемах. Кроме того, они отличаются более низким значением вегетативного коэффициента ($t=-2,04$; $p=0,05$), что отражает их установку на минимизацию усилий, самосохранение и восстановление сил. Дисперсионный анализ полученных данных показал, что эти особенности проявляются главным образом у подростков со сколиозами I-II степени ($p=0,01$), при этом гендерные различия в показателях психического состояния не обнаруживаются.

Выявленные различия в психических состояниях и реакциях на фрустрацию у подростков со сколиозами I-II степени могут быть обусловлены эффектами развивающегося за-

болевания, сопровождаемого включением комплекса психофизиологических механизмов адаптации.

Множественный регрессионный анализ по методу шагового отбора проводился с целью анализа влияния личностных особенностей подростков со сколиозами на их отношение к реабилитации в стационаре. Применялась процедура «Измерение отношения к выделенным объектам» («центр реабилитации», «лечащие врачи», «медицинский персонал») с использованием факторов благополучия и стабильности, выделенных в процессе применения методики психосемантического дифференциала Ч. Осгуда при исследовании картины мира подростков со сколиозами. Исследование показало, что в совокупности эти факторы описывают около 50 % дисперсии всех данных (структура факторов и описательные статистики приведены в табл. 1 и 2).

Таблица 1
Структура факторов семантического дифференциала у подростков

Фактор	Шкалы	Нагрузки
Фактор 1: «Стабильность – неустойчивость» (29 % дисперсии)	Стабильный – нестабильный	0,88
	Постоянный – меняющийся	0,87
	Устойчивый – неустойчивый	0,79
	Надёжный – ненадёжный	0,78
	Непрерывный – прерывистый	0,77
	Глубокий – поверхностный	0,75
Фактор 2: «Благополучие – неблагополучие» (16 % дисперсии)	Приятный – неприятный	0,52
	Хороший – плохой	0,49
	Красивый – некрасивый	0,43
	Светлый – мрачный	0,41
	Радостный – печальный	0,40

По данным регрессионного анализа, значимые влияния на оценки реабилитационного центра, его врачей и персонала оказывают показатели по методикам Р. Кеттелла и С. Розенцвейга (табл. 3).

Таким образом, на оценку центра реабилитации как стабильной, надёжной среды прямым образом влияют показатель по фактору G (степень принятия моральных норм),

Таблица 2

Оценка подростками со сколиозами выделенных объектов по факторам семантического дифференциала

Объект	Фактор	Среднее значение	Стандартное отклонение
Центр реабилитации	Стабильность	0,83	0,91
	Благополучие	-0,43	1,04
Лечащие врачи	Стабильность	1,05	1,03
	Благополучие	1,50	1,08
Медицинский персонал	Стабильность	0,73	1,22
	Благополучие	1,22	1,33
Размерность шкал: (-)3,00 – (+)3,00			

Таблица 3

Влияние психодиагностически выявленных особенностей личности подростков со сколиозами на их отношение к медицинской реабилитации

Оценка объекта «Центр реабилитации» как стабильного					
Предиктор	R	R ²	Константа	Коэффициент регрессии	Уровень значимости
Фактор G (принятие моральных норм)	0,73	0,53	1,24	0,41	0,004
Интропунитивные реакции в ситуациях препятствия			1,24	0,35	0,012
Фактор O (вина)			1,24	-0,31	0,023
Оценка объекта «Центр реабилитации» как благополучного					
Предиктор	R	R ²	Константа	Коэффициент регрессии	Уровень значимости
Интропунитивные реакции в ситуациях обвинения	0,71	0,50	0,56	0,64	0,00001
Фактор D (возбудимость)			0,56	-0,33	0,011
Оценка отношений с лечащими врачами как стабильных					
Предиктор	R	R ²	Константа	Коэффициент регрессии	Уровень значимости
Препятственно-доминантные реакции в ситуациях препятствия	0,39	0,15	2,15	-0,39	0,019
Оценка отношений с лечащими врачами как благополучных					
Предиктор	R	R ²	Константа	Коэффициент регрессии	Уровень значимости
Препятственно-доминантные реакции в ситуациях препятствия	0,43	0,18	2,72	-0,43	0,009
Оценка отношений с медицинским персоналом как стабильных					
Предиктор	R	R ²	Константа	Коэффициент регрессии	Уровень значимости
Баланс агрессивности	0,68	0,46	2,18	-0,54	0,0001
Импунитивные реакции			2,18	-0,38	0,005
Оценка отношений с медицинским персоналом как благополучных					
Предиктор	R	R ²	Константа	Коэффициент регрессии	Уровень значимости
Баланс агрессивности	0,72	0,52	4,33	-0,69	0,00003
Отрицание значимости фрустрирующих ситуаций (M')			4,33	-0,44	0,002
Необходимо-упорствующие реакции			4,33	-0,32	0,045

показатель интропунитивных реакций в ситуациях препятствия, и противоположным образом – показатель по фактору O (переживание вины). Оценка центра как благополучного места пребывания прямо определяется показателем интропунитивных реакций в си-

туациях обвинения и негативно – показателем по фактору D (возбудимость). Отметим, что интропунитивные реакции у подростков преимущественно были ориентированы на принятие ответственности за конфликтную ситуацию. Для интерпретации этих влияний

важно отметить, что ортопедический центр для детей и подростков со сколиозами представляет собой насыщенную режимную среду (сочетание лечебного и учебно-воспитательного процессов) со строгими правилами и ограничениями. Для успешной адаптации к условиям центра у подростка должен сформироваться определённый динамический стереотип, отвечающий устойчивым требованиям новой и подвижной среды. Оценка центра реабилитации как стабильного и благоприятного места с этой точки зрения отражает степень включённости подростка в новый уклад жизни, в новую социальную ситуацию. Поэтому такие черты как сознательность, исполнительность, организованность (фактор G+), спокойствие, уверенность (фактор O-), сдержанность, упорство, благодушие (фактор D-), а также принятие на себя ответственности в трудных ситуациях представляют особую важность для первоначальной и последующей адаптации к условиям стационара.

Стабильность и благополучие в оценке отношений с лечащими врачами обратным образом зависит от выраженности препятственно-доминантных реакций в ситуациях препятствия. Препятственно-доминантные реакции у подростков со сколиозами были главным образом представлены в форме отрицания значимости фрустрирующей ситуации (M') или в форме фиксации на препятствии (E'). Таким образом, стратегия игнорирования или подчёркивания трудностей (в том числе связанных с заболеванием) не способствует положительной оценке взаимоотношений с лечащими врачами у подростков со сколиозами.

Медицинский персонал в ортопедическом центре преимущественно представлен медицинскими сёстрами и воспитателями, которые осуществляют пристальный контроль над выполнением медицинских процедур, за соблюдением режима, культурой поведения подростков в учреждении. Оценка отношений с медицинским персоналом как стабильных обратным образом определяется выраженностью импунитивных реакций. Благополучие в их оценке обратно зависит от степени отрицания значимости фрустрирующих ситуаций (M'), выраженности необходимо-упорствующих реакций. При этом оценка отношений как стабильных и благополучных в обоих случаях обратно зависит от степени агрессии, проявляемой вовне (баланс агрессивности). Отметим, что импунитивные реакции у подростков со сколиозами преимущественно бы-

ли представлены в виде отрицания значимости конфликтной ситуации (M'). Таким образом, проявление равнодушия, агрессии, повышенных требований к удовлетворению ситуативных потребностей негативно сказывается на оценке отношений с медицинским персоналом.

Отметим, что повышенная выраженность интропунитивных реакций наблюдается у 79 % подростков со сколиозами, импунитивных – у 55 %, необходимо-упорствующих – у 74 %, неприятие моральных норм (G) – у 27 %, повышенная возбудимость – у 17 %, депрессивность, склонность к чувству вины (O) – у 10 %, экспрессивность в выражении агрессии – у 8 %. Все эти свойства в той или иной мере могут препятствовать успешной адаптации подростка к реабилитации.

Нельзя не отметить, что адаптация к стационару может определяться не только личностными особенностями подростков, но и особенностями самого заболевания, характером и длительностью лечения, частотой госпитализаций и другими факторами, изучение которых является задачами других исследований.

Выводы

1. У подростков со сколиозами отмечают специфические личностные особенности в виде снижения общей активности и повышения уровня неврастении, концентрации на внутреннем мире и личных проблемах в сочетании с установкой на минимизацию усилий, самосохранение и восстановление сил, игнорирование своих потребностей при продолжительном воздействии неблагоприятных ситуаций.

2. Личностные особенности подростков со сколиозами зависят от тяжести заболевания: изменения личностных черт в большей степени характерно для подростков с более выраженным сколиозом, что может объясняться объективной тяжестью заболевания, изменением образа жизни вследствие болезни, высокой частотой госпитализаций. Для подростков с незначительными проявлениями сколиоза наиболее характерны изменения психических состояний и поведенческих реакций, связанные преимущественно с напряжением адаптационных механизмов в ситуации развивающегося заболевания, новыми требованиями к организации жизни.

3. Личностные характеристики у подростков со сколиозами определяются гендерными особенностями реагирования и в наиболь-

шей степени фиксируются у мальчиков в виде снижения разных видов активности, развития флегматичности и осторожности, отрицания ответственности при продолжительной фрустрации, снижения общей адаптивности.

4. У подростков со сколиозами обнаруживаются личностные особенности, влияющие на их отношение к реабилитации. Положительному отношению к реабилитации препятствуют неприятие моральных норм, повышенная возбудимость, склонность к переживанию вины, игнорирование и фиксация на конфликте, повышенная требовательность, низкий контроль агрессии.

5. Исследование личностных особенностей подростков со сколиозами представляется важным для разработки дифференцированных технологий психологической помощи.

Литература

1. Балдова, С.Н. Клинико-нейрофизиологическая характеристика идиопатического сколиоза у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук / С.Н. Балдова. – Нижний Новгород, 2009.
2. Дадаева, О.А. Клинико-психологические особенности детей и подростков, больных сколиозом / О.А. Дадаева, Р.Т. Склярченко, Н.Г. Травникова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2003. – № 3. – С. 10–14.
3. Дудин, М.Г. Центральная нервная система и идиопатический сколиоз / М.Г. Дудин, Д.Ю. Пинчук // Хирургия позвоночника. – 2005. – № 1. – С. 45–55.
4. Крайнюков, С.В. Картина мира подростков с заболеваниями опорно-двигательного аппарата / С.В. Крайнюков, И.И. Мамайчук // Ананьевские чтения – 2013. Психология в здравоохранении: материалы науч. конф., 22–24 октября 2013 г. / отв. ред. О.Ю. Щелкова. – СПб., 2013. – С. 222–224.
5. Небылицын, В.Д. Психофизиологические исследования индивидуальных различий / В.Д. Небылицын. – М., 1976.
6. Похилько, А.С. Психологические характеристики подростков с патологиями позвоночника: автореф. дис. ... канд. психол. наук / А.С. Похилько. – СПб., 2010.
7. Шабанова, О.А. Медико-социальные аспекты инвалидности и реабилитации больных сколиозом: автореф. дис. ... канд. мед. наук / О.А. Шабанова. – М., 2011.
8. Яньшин, П.В. Клиническая психодиагностика личности / П.В. Яньшин. – 2-е изд., испр. – СПб.: Речь, 2007.
9. Kolebacz, M. Quality of life of patients with adolescent idiopathic scoliosis undergoing conservative treatment / M. Kolebacz, J. Durmala, K. Czernicki // Scoliosis. – 2009. – № 4. – P. 69.
10. Levitskiy, F.A. Psychological problems of patients with scoliosis who utilize the Cheneau's brace / F.A. Levitskiy, N.S. Yaroslavska, N.L. Litvinova et al. // Scoliosis. – 2009. – № 4. – P. 64.
11. MacLean, W. Stress and coping with scoliosis. Psychological effects on adolescents and their families / W. MacLean, N. Green, C. Pierre et al. // J. Pediatr Orthop. – 1989. – № 9. – P. 257–261.
12. Matsunaga, S. Psychological effects of brace therapy on patients with idiopathic scoliosis / S. Matsunaga, T. Sakou, S. Nozoe // Journal of Orthopaedic Science. – 1997. – Vol. 2. – P. 391–395.
13. Payne W., Ogilvie J., Resnick M. et al. Does scoliosis have a psychological impact and does gender make a difference? / Payne W., Ogilvie J., Resnick M. et al. // W. Payne, J. Ogilvie, M. Resnick et al. // Spine 1997. – № 22. – P. 1380–1384.

Крайнюков Сергей Владимирович, аспирант, кафедры медицинской психологии и психофизиологии, Санкт-Петербургский государственный университет (СПбГУ), sv_krayn@mail.ru

Поступила в редакцию 12 июня 2014 г.

PERSONALITY CHARACTERISTICS OF ADOLESCENTS WITH SCOLIOSIS AND THEIR IMPACT ON RELATION TO REHABILITATION

S.V. Kraynyukov, St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russian Federation, sv_krayn@mail.ru

The article describes the personal characteristics of adolescents with scoliosis (the study sample consisted of 38 adolescents aged 15-17). It is shown that personality changes depend on the severity of the disease and gender-specific responses. Therefore changes of personality traits are more characteristic for the adolescents with high degrees of scoliosis, while the adolescents with initial extent of the disease reveal changes in the mental condition and behavioral reactions. The study discovers personality characteristics that influence adolescents' relation to medical rehabilitation which forms a perspective basis for development of differentiated programs of psychological support in prolonged hospital conditions.

Keywords: adolescents, scoliosis, personal characteristics, rehabilitation, relation to rehabilitation.

References

1. Baldova S.N. *Kliniko-neyrofiziologicheskaya kharakteristika idiopaticeskogo skolioza u detey*. Avtoreferat dis. kand. med. nauk. [Clinical-and-neurophysiological Characteristics of Idiopathic Scoliosis in Children. Abstract of cand. diss.], Nizhniy Novgorod, 2009.
2. Dadaeva O.A., Sklyarenko R.T., Travnikova N.G. [The Clinical-and-psychological Specificity of Teenagers with Scoliosis] *Mediko-sotsial'naya ekspertiza i reabilitatsiya* [Medical-social Examination and Rehabilitation], 2003, no. 3, pp. 10–14. (in Russ.)
3. Dudin M.G., Pinchuk D.Yu. [Central Nervous System and Idiopathic Scoliosis] *Khirurgiya pozvonochnika* [Spine Surgery], 2005, no. 1, pp. 45–55. (in Russ.)
4. Kraynyukov S.V., Mamaychuk I.I. [Picture of the World of Adolescents with Disorders of the Musculoskeletal System]. *Anan'ev's chteniya – 2013. Psikhologiya v zdravookhraneni. Materialy nauchnoy konferentsii* [Anan'ev's reading – 2013. Psychology of Health. Proceedings of the conference.] St. Petersburg, 2013, pp. 222–224.
5. Nebylitsyn V.D. *Psikhofiziologicheskie issledovaniya individual'nykh razlichiy* [Psychophysiological Study of Individual Differences] Moscow, 1976.
6. Pokhil'ko A.S. *Psikhologicheskie kharakteristiki podrostkov s patologiyami pozvonochnika*. Avtoreferat dis. kand. psikhol. nauk. [Psychological Characteristics of Adolescents with Spinal Pathologies. Abstract of cand. diss.] St. Petersburg, 2010.
7. Shabanova O.A. *Mediko-sotsial'nye aspekty invalidnosti i reabilitatsii bol'nykh skoliozom*. Avtoreferat dis. kand. med. nauk. [Medical-and-social Aspects of Disability and Rehabilitation of Patients with Scoliosis. Abstract of cand. diss.] Moscow, 2011.
8. Yan'shin P.V. *Klinicheskaya psikhodiagnostika lichnosti* [Clinical Psychological Testing of Personality]. 2nd Ed., St. Petersburg.: Rech' Publ., 2007.
9. Levitskiy F.A., Yaroslavskaya N.S., Litvinova N.L. et al. Psychological problems of patients with scoliosis who utilize the Cheneau's brace. *Scoliosis*, 2009, № 4, pp. 64.
10. MacLean W., Green N., Pierre C. et al. Stress and coping with scoliosis. Psychological effects on adolescents and their families. *J. Pediatr. Orthop.*, 1989, № 9, pp. 257–261.
11. Matsunaga S., Sakou T., Nozoe S. Psychological effects of brace therapy on patients with idiopathic scoliosis. *Journal of Orthopaedic Science*, 1997, vol. 2, pp. 391–395.
12. Payne W., Ogilvie J., Resnick M. et al. Does scoliosis have a psychological impact and does gender make a difference? *Spine* 1997. № 22. P. 1380–1384.
13. Kolebacz M., Durmala J., Czernicki K. Quality of life of patients with adolescent idiopathic scoliosis undergoing conservative treatment. *Scoliosis*, 2009. № 4, pp. 69.

Received 12 June 2014