

УДК 159.9

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМ ОРТОПЕДИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

¹Пятакова Г.В., ²Кудрявцева С.В., ³Оконешникова О.В., ¹Виссарионов С.В.

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

Минздрава России, Санкт-Петербург, e-mail: pyatakova@yandex.ru;

²ЧОУ ВО «Восточно-Европейский институт психоанализа», Санкт-Петербург;

³Санкт-Петербургский университет противопожарной безопасности МЧС России, Санкт-Петербург

Целью исследования было изучение специфических показателей психологического здоровья у детей в ситуации болезни (на примере тяжелого ортопедического заболевания). Было обследовано 17 пациентов с диагнозом «артрогрипоз» в возрасте от 10 до 12 лет. Все дети имели сохранные возможности интеллектуального развития, находились на лечении в детской ортопедической клинике. Для сравнения было обследовано 25 здоровых детей со сходными половозрастными и интеллектуальными характеристиками. Было показано, что характеристики психологического здоровья у больных и здоровых детей ситуационно обусловлены и связаны с оптимальным способом адаптации в условиях здоровья и болезни. У здоровых детей преобладает активный способ адаптации к социуму. В качестве показателей психологического здоровья можно рассматривать характеристики оптимистического атрибутивного стиля, удовлетворенности психосоциальным статусом и черту личности «энергичность». Выделены специфические показатели психологического здоровья детей с тяжелым ортопедическим заболеванием. Показано, что характеристики психологического здоровья в ситуации, связанной с тяжелым ортопедическим заболеванием, определяются пассивным способом адаптации в условиях болезни, проявляются в специфических чертах стиля атрибуции, сниженной внешней активности, тревожности, ответственности и высоком уровне самоконтроля.

Ключевые слова: психологическое здоровье, адаптация к хроническому заболеванию, ортопедическое заболевание артрогрипоз, личностные черты, пессимистический и оптимистический атрибутивные стили, копинг-стратегии, самооценка психосоциального статуса, кластерный агломеративный анализ

PECULIARITIES OF PSYCHOLOGICAL HEALTH IN CHILDREN WITH SEVERE ORTHOPEDIC DISEASES

¹Pyatakova G.V., ²Kudryavtseva S.V., ³Okoneshnikova O.V., ¹Vissarionov S.V.

¹Federal State Budgetary Institution (FSBI) The Turner Scientific Research Institute for Children's Orthopedics under the Ministry of Health of the Russian Federation, Saint-Petersburg, e-mail: pyatakova@yandex.ru;

²East European Institute of psychoanalysis, Saint-Petersburg;

³Saint-Petersburg University of State Fire Service of Emercom of Russia, Saint-Petersburg

The aim of the study was to study the specific indicators of psychological health in children in the situation of the disease (for example, severe orthopedic disease). Were examined in 17 patients with a diagnosis of «arthrogryposis» in the age of 10 to 12 years. All the children had preserved opportunities for intellectual development, were treated in the children's orthopedic clinic. For comparison, 25 healthy children with similar age and intellectual characteristics were examined. It was shown that the characteristics of psychological health in patients and healthy children are situational and associated with the optimal way of adaptation to health and disease. Healthy children have an active way of adaptation to society. As indicators of psychological health can be considered characteristics of optimistic attribute style, satisfaction with psychosocial status and personality traits «energy». Specific indicators of psychological health of children with severe orthopedic disease are identified. It is shown that the characteristics of psychological health in the situation associated with severe orthopedic disease are determined by the passive way of adaptation in the conditions of the disease, are manifested in the specific features of the style of attribution, reduced external activity, anxiety, responsibility and a high level of self-control.

Keywords: psychological health, adaptation to chronic disease, orthopedic disease of arthrogryposis, personality traits, pessimistic and optimistic attributive styles, coping strategies, self-assessment of psychosocial status, cluster agglomerative analysis

Термин «психологическое здоровье» (в отличие от психического здоровья) отражает донозологический уровень адаптации личности. В качестве критериев психологического здоровья в детском возрасте рассматривают умение находить собственные ресурсы в трудной жизненной ситуации и степень адаптации ребенка к социуму [1]. Выделяют внешние и внутренние адаптационные ресурсы. Под внутренними ресурсами подразумеваются

соматические или индивидуально-психологические характеристики человека, определяющие его способность адекватно реагировать на неблагоприятные ситуационные факторы [2]. Феноменология нарушений психологического здоровья представлена личностными эмоциональными и поведенческими проблемами, которые представляют собой донозологические формы социально-психологической адаптации [3–5].

Эпидемиологические исследования показывают, что заболевания опорно-двигательной системы в структуре детских заболеваний занимают первое место [6; 7]. Дети с двигательными нарушениями оказываются в сложных условиях развития: психогенная травматизация в связи с наличием физического дефекта, воздействие микро-социального окружения, частые госпитализации, переживание ряда медицинских манипуляций создают трудную жизненную ситуацию, преодоление негативных последствий которой требует от ребенка дополнительных усилий, использования психологических ресурсов. Речь идет, прежде всего, о личностных ресурсах, таких как позитивное отношение к жизни, самому себе и другим людям; эмоциональная устойчивость и психологическая зрелость; готовность к сотрудничеству с другими людьми; социальный интеллект; локус контроля; волевые качества; умение ставить цели и добиваться их реализации [3; 5].

Артрогрипоз относится к наиболее тяжелым врожденным порокам опорно-двигательного аппарата с недоразвитием мышц и деформацией суставов. Данное заболевание характеризуется выраженной скованностью движений и контрактурами суставов в сочетании с гипоплазией мышечной и соединительной ткани. Для ребенка, страдающего артрогрипозом, характерны деформация бедер, суставов рук, слабость пальцев рук и ног, искривление позвоночника и другие симптомы. Трудность лечения данного заболевания объясняется глубокими изменениями всех тканей верхних и нижних конечностей и необходимостью проведения как можно более раннего оперативного вмешательства. Заболевание во многих случаях приводит к тяжелой инвалидности. При этом утраченные способности, как правило, сохранены, что позволяет при правильном воспитании сформировать у ребенка адаптивные стратегии совладания с тяжелым хроническим заболеванием.

Выборка детей с заболеванием артрогрипоз может быть адекватной моделью для изучения психологического здоровья, поскольку, с одной стороны, это тяжелое заболевание опорно-двигательного аппарата, нарушающее адаптацию в социуме, с другой – исследователи отмечают отсутствие видимых психопатологических расстройств у данной категории больных.

Цель исследования: сравнительное исследование параметров психологического здоровья у больных с тяжелыми нарушениями опорно-двигательного аппарата (на примере артрогрипоза) и здоровых детей.

Материалы и методы исследования

Дизайн исследования предполагал исследование психологического здоровья больных и условно здоровых детей, имеющих сходные половозрастные и социально-статусные характеристики (состав и положение семьи; обучение по общеобразовательной программе), а также психическое развитие в рамках возрастной нормы.

Выборку детей с диагнозом «артрогрипоз» составили 17 пациентов 10–12 лет (9 мальчиков, 8 девочек), находящихся на лечении в Научно-исследовательском детском ортопедическом институте имени Г.И. Турнера. Все дети обучались по общеобразовательной программе (53% детей с артрогрипозом посещали общеобразовательные учреждения), признаков интеллектуального снижения выявлено не было. Среди детей с артрогрипозом лишь 25% могли передвигаться без использования вспомогательных средств. Все обследуемые перенесли оперативные вмешательства, более 50% детей с двигательными нарушениями были оперированы неоднократно.

Выборка условно здоровых детей включала в себя 25 учащихся общеобразовательного учреждения в возрасте 10–12 лет (16 мальчиков и 9 девочек).

Подбор методик осуществлялся с учетом цели исследования с тем, чтобы инструментарий отражал характеристики психологического здоровья: атрибутивный стиль; личностные черты; поведенческие и эмоциональные характеристики; самооценку качества жизни. Основные методики: «Опросник стиля атрибуции детей» – ОСАД (адаптация Д.А. Циринг и Н.А. Батурина методики CASQ М. Селигмана) [8], многофакторный личностный опросник Р. Кеттла (детский вариант) [9], опросник копинг-стратегии (И.М. Никольская, Р.М. Грановская) [6], шкала Пирса – Харриса [10], методика фрустрационной толерантности С. Розенцвейга (детский вариант) [11].

Мощным фактором адаптации является чувство самоэффективности, которое отражается в оптимистическом атрибутивном стиле личности. В противовес ему существует пессимистический атрибутивный стиль, для которого характерно ощущение беспомощности, склонность к чувству вины, фрустрированность и более низкая самооценка; таким детям больше свойственны экстрапунитивные реакции с фиксацией на самозащите, меньшая адаптированность к социальному окружению. Для изучения атрибутивного стиля использовался опросник ОСАД.

В методике выделяется шесть категорий: категории персонализации, устойчивости и генерализации для плохих событий и персонализации, устойчивости и генерализации для хороших событий:

– устойчивость хорошего» – УХ (хорошее воспринимается как устойчивое во времени, как то, что существует постоянно);

– «устойчивость плохого» – УП (плохое воспринимается как устойчивое во времени, как то, что существует постоянно);

– «персонализация хорошего» – ПХ (человек воспринимает себя, а не внешний мир как причину хороших событий, которые с ним происходят);

– «персонализация плохого» – ПП (человек воспринимает себя, а не внешний мир как причину плохих событий, которые с ним происходят);

– «генерализация хорошего» – ГХ (хорошее воспринимается как происходящее во многих сферах жизни, а не в одной);

– «генерализация плохого» – ГП (плохое воспринимается как происходящее во многих сферах жизни, а не в одной).

Помимо шести исходных категорий выделяются ещё четыре производных показателя:

– «показатель надежды» (ПН) – сумма показателей по категориям «устойчивость плохого» (УП) и «генерализация плохого» (ГП);

– «сумма хорошего» (ΣХ), представляющий собой сумму показателей по трём параметрам для хороших событий;

– «сумма плохого» (ΣП), являющаяся суммой показателей по трём параметрам для плохих событий;

– разность «суммы хорошего» и «суммы плохого» (Х-П).

Методика Пирса – Харриса предназначена для изучения субъективной оценки различных сторон жизни в существующих обстоятельствах, удовлетворенности ребенка (или подростка) своим физическим, психическим и социальным статусом. Шкалы методики Пирса – Харриса позволяют понять, как подросток оценивает:

- 1) свое поведение с точки зрения соответствия требованиям взрослых («поведение»);
- 2) свою школьную успешность («интеллектуальный и школьный статус»);
- 3) свою внешность («внешность»);
- 4) уровень эмоционального благополучия («тревожность»);
- 5) популярность среди сверстников и умение общаться («популярность»);
- 6) переживание удовлетворенности жизненной ситуацией, реалистичность оценки («счастье и удовлетворенность»);
- 7) физическое и психическое здоровье («здоровье»);
- 8) уверенность в своей социальной компетентности («психосоциальный статус»).

Методика для исследования личностных черт младших школьников разработана Р.Б. Кеттелом и Р.В. Коаном; она включает в себя 12 факторов (шкал), отражающих качества личности. Каждый личностный фактор проявляет себя биполярными характеристиками:

- 1) фактор А – замкнутость/общительность;
- 2) фактор В – сформированность интеллектуальных функций;
- 3) фактор С – эмоциональная неустойчивость/эмоциональная стабильность;
- 4) фактор D – флегматичный /реактивный, легко возбудимый;
- 5) фактор Е – зависимость /доминантность;
- 6) фактор F – рассудительность /энергичность, склонность к риску;
- 7) фактор G – безответственность /добросовестность;
- 8) фактор H – робкий /социально смелый;
- 9) фактор I – реалистичность /чувствительность, зависимость от других;
- 10) фактор O – безмятежность, оптимистичность /тревожность;
- 11) фактор Q3 – низкий самоконтроль /высокий самоконтроль;
- 12) фактор Q4 – расслабленность /фрустрированность.

Методика фрустрационной толерантности Розенцвейга (в дальнейшем сокращенно – МФТ) относится к классу проективных; она состоит из 24 контурных рисунков, изображающих фрустрирующие

ситуации, которые можно разделить на две группы: 1) ситуации «препятствия»; 2) ситуации «обвинения» (Е.Е. Данилова, 1992). Каждый ответ обследуемого оценивается по двум критериям: по направлению реакции и по типу реакции.

По направлению реакции разделяются на:

Экстрапунитивные (Е) – открытое выражение агрессии, направленное на живое или неживое окружение, осуждение внешней причины фрустрации, опора на другое лицо для разрешения ситуации.

Интропунитивные (I) – направление агрессии на самого себя, принятие вины или ответственности за исправление фрустрирующей ситуации.

Импунитивные (М) – фрустрирующая ситуация рассматривается как нечто незначительное, преодолимое со временем; подчеркивается отсутствие чьей-либо вины.

По типам реагирования реакции разделяются на:

Препятственно-доминантные (O-D). Акцент на наличии или отсутствии препятствия.

Самозащитные (E-D). В ответе обследуемого доминирует защита своего «Я»: активность в форме порицания кого-либо, отрицание или признание собственной вины, уклонение от упрека.

Необходимо-упорствующее (N-P). Фиксация на удовлетворении потребности; на разрешении фрустрирующей ситуации тем или иным способом.

Важным показателем методики является показатель GCR – коэффициент групповой конформности – мера индивидуальной адаптации субъекта к своему окружению. Он определяется путем сравнения ответов испытуемого с выборкой стандартизации соответствующего возраста и пола.

Для обработки полученных результатов использовались статистический критерий Манна – Уитни, коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Одна из задач обработки – это проведение типологического анализа, который обеспечивался кластерным анализом с устойчивым решением (бутстреп-моделирование). Бутстреп-моделирование позволяет описывать только устойчивые характеристики, все неустойчивые взаимосвязи между переменными исключаются. Мерой связи в кластерном анализе служит коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты исследования и их обсуждение

Для выявления специфических показателей психологического здоровья в группе здоровых и больных детей была применена процедура бутстреп-моделирования, позволявшая выделить две устойчивые плеяды статистически значимых корреляционных связей.

Плеяда «здоровые дети» (табл. 1) представлена прямыми корреляционными связями с самооценочными показателями «счастья-благополучия» и «здоровья» (по методике Пирса – Харриса); показателями оптимистического атрибутивного стиля («сумма хорошего»; «устойчивость хорошего»; «преобладание хороших событий над плохими» – по методике ОСАД), показателем социальной адаптированности в ситуации фрустрации (по методике фрустрационной толерантности С. Розенцвейга), с личност-

ным параметром, определяющим поведенческую энергичность, активность, склонность к риску (фактор F по личностному опроснику Кеттела). Непрямые связи в плеяде «здоровые дети» группируются вокруг показателя «устойчивость хорошего» и включают в себя переменные, характеризующие оптимистический атрибутивный стиль, а также личностную черту «энергичность».

Вошедшие в данную плеяду показатели обеспечивают хорошую адаптацию ребенка в социуме и, соответственно, могут быть истолкованы как проявления психологического здоровья ребенка.

Плеяда «больные дети» (табл. 2) включает в себя характеристики пессимистического атрибутивного стиля («сумма плохого», «устойчивость плохого», «генерализация плохого»; «персонализация плохого», «показатель надежды») и личностные параметры («тревожность»; «высокий самоконтроль»). Таким образом, в центре корреляционной плеяды детей с тяжелыми нарушениями опорно-двигательного аппарата оказались показатели пессимистического атрибутивного стиля.

В плеяде «больные дети» также присутствуют опосредованно связанные с болезнью личностные и поведенческие показатели: «ответственность», «фиксация на препятствии в ситуации фрустрации». Дополнительный сравнительный анализ групп условно здоровых и больных детей с помощью критерия U Манна-Уитни на 5% и 1% уровне значимости дополнительно подтверждает различия в личностных чертах. Больные артрогрипозом статистически достоверно (на 0,1% уровне) отличаются от здоровых детей тем, что им более свойственны рассудительность, осторожность, серьезность, нежели склонность к риску и беспечность (шкала F). У детей с артрогрипозом наблюдается значимое (на 5% уровне) превышение показателей по шкале G, таким образом, можно говорить о более выраженном чувстве ответственности, добросовестности. Показатели по шкале O в норме (и в группе условно здоровых) имеют тенденцию к низким значениям, в то время как больные артрогрипозом характеризуются средними показателями, и на 5%

Таблица 1

Корреляционные связи в плеяде «здоровые дети»

Сравниваемые параметры, входящие в плеяду		Коэффициент корреляции Спирмена ρ , значимость
«условно здоровый ребенок»	«счастье и удовлетворенность» (методика Пирса – Харриса)	$\rho = 0,37, p \leq 0,01$
«условно здоровый ребенок»	«здоровье» (методика Пирса – Харриса)	$\rho = 0,44, p \leq 0,01$
«условно здоровый ребенок»	«сумма хорошего» – X (методика ОСАД)	$\rho = 0,49, p \leq 0,01$
«условно здоровый ребенок»	«устойчивость хорошего» – UX (методика ОСАД)	$\rho = 0,45, p \leq 0,01$
«условно здоровый ребенок»	«преобладание хороших событий над плохими» – ОСАД, X-П)	$\rho = 0,60, p \leq 0,01$
«условно здоровый ребенок»	«нормативность поведения» (показатель GCR в МФТ)	$\rho = 0,42, p \leq 0,01$
«условно здоровый ребенок»	«энергичность, активность» – 12PF.F	$\rho = 0,71, p \leq 0,001$
«устойчивость хорошего» – ОСАД, UX	«преобладание хороших событий над плохими» – ОСАД, X-П	$\rho = 0,75, p \leq 0,001$
«устойчивость хорошего» – ОСАД, UX	«сумма хорошего» – ОСАД, X	$\rho = 0,82, p \leq 0,001$
«устойчивость хорошего» – ОСАД, UX	«генерализация хорошего» – ОСАД, GX	$\rho = 0,43, p \leq 0,01$
«устойчивость хорошего» – ОСАД, UX	«энергичность, активность» – 12PF.F	$\rho = 0,54, p \leq 0,01$
«сумма хорошего» – ОСАД, X	«преобладание хороших событий над плохими» – ОСАД, X-П	$\rho = 0,80, p \leq 0,001$
«сумма хорошего» – ОСАД, X	«персонализация хорошего» – ОСАД, PX	$\rho = 0,69, p \leq 0,01$
«сумма хорошего» – ОСАД, X	«генерализация хорошего» – ОСАД, GX	$\rho = 0,68, p \leq 0,01$
«сумма хорошего» – ОСАД, X	«энергичность, активность» – 12PF.F	$\rho = 0,58, p \leq 0,01$
«преобладание хороших событий над плохими» – ОСАД, X-П	«персонализация хорошего» – ОСАД, PX	$\rho = 0,55, p \leq 0,01$
«преобладание хороших событий над плохими» – ОСАД, X-П	«генерализация хорошего» – ОСАД, GX	$\rho = 0,45, p \leq 0,01$
«преобладание хороших событий над плохими» – ОСАД, X-П	«энергичность, активность» – 12PF.F	$\rho = 0,66, p \leq 0,01$
«персонализация хорошего» – ОСАД, PX	«энергичность, активность» – 12PF.F	$\rho = 0,40, p \leq 0,01$

уровне значимости можно утверждать, что больным детям более свойственны тревожность, озабоченность, предчувствие неудач и предрасположенность к возникновению невротических реакций. У больных детей более высокий уровень самоконтроля, хорошее понимание социальных нормативов (на 0,1 % уровне значимости по шкале Q3), в то время как здоровые дети имеют скорее низкие значения по шкале Q3. Значимых различий по шкале Q4 (фрустрированность потребностей) не выявлено.

Таким образом, можно сделать вывод, что группа «больные дети» представлена, прежде всего, показателями пессимистического атрибутивного стиля, а также поведенческими и личностными характеристиками, указывающими на тревожность в сочетании с эмоциональной теплотой, ответственностью и высоким самоконтролем.

Атрибутивный стиль является наиболее значимым психологическим ресурсом, разделяющим группы больных и условно здоровых детей (табл. 3).

Таблица 2

Корреляционные связи в плеяде «больные артрогрипозом»

Сравниваемые параметры, входящие в плеяду		Коэффициент корреляции Спирмена ρ , значимость
«больные артрогрипозом»	«показатель надежды» – ОСАД.ПН	$\rho = 0,44, p \leq 0,01$
«больные артрогрипозом»	«устойчивость плохого» – ОСАД.УП	$\rho = 0,41, p \leq 0,01$
«больные артрогрипозом»	«сумма плохого» – ОСАД.П	$\rho = 0,45, p \leq 0,01$
«больные артрогрипозом»	«тревожность» (личный опросник 12PF. фактор O)	$\rho = 0,37, p \leq 0,01$
«больные артрогрипозом»	«высокий самоконтроль» (личный опросник 12PF. фактор Q3)	$\rho = 0,64, p \leq 0,01$
«сумма плохого» – ОСАД.П	«устойчивость плохого» ОСАД.УП	$\rho = 0,49, p \leq 0,01$
«сумма плохого» – ОСАД.П	«показатель надежды» – ОСАД.ПН	$\rho = 0,74, p \leq 0,001$
«сумма плохого» – ОСАД.П	«генерализация плохого» – ОСАД.ГП	$\rho = 0,46, p \leq 0,01$
«сумма плохого» – ОСАД.П	«персонализация плохого» – ОСАД.ПП	$\rho = 0,75, p \leq 0,001$
«устойчивость плохого» – ОСАД.УП	«показатель надежды» – ОСАД.ПН	$\rho = 0,70, p \leq 0,001$
«генерализация плохого» – ОСАД.ГП	«показатель надежды» – ОСАД.ПН	$\rho = 0,58, p \leq 0,01$
«сумма плохого» – ОСАД.П	«импунитивные реакции на ситуации фрустрации» – МФТ.М	$\rho = 0,38, p \leq 0,01$
«импунитивные реакции на ситуации фрустрации» – МФТ.М	«общительность, эмоциональная теплота» – 12 PF.A	$\rho = 0,43, p \leq 0,01$
«общительность» (личный опросник 12 PF. фактор A)	«легко вступает в контакт со взрослыми» (личный опросник 12 PF. фактор H)	$\rho = 0,40, p \leq 0,01$
«высокий самоконтроль» (личный опросник 12PF. фактор Q)	«ответственность» (личный опросник 12PF. фактор G)	$\rho = 0,37, p \leq 0,01$
«ответственность» (личный опросник 12PF. фактор G)	«фиксация на препятствии в ситуации фрустрации» – МФТ.О – D	$\rho = 0,42, p \leq 0,01$

Таблица 3

Сравнение атрибутивных стилей детей с артрогрипозом и здоровых детей

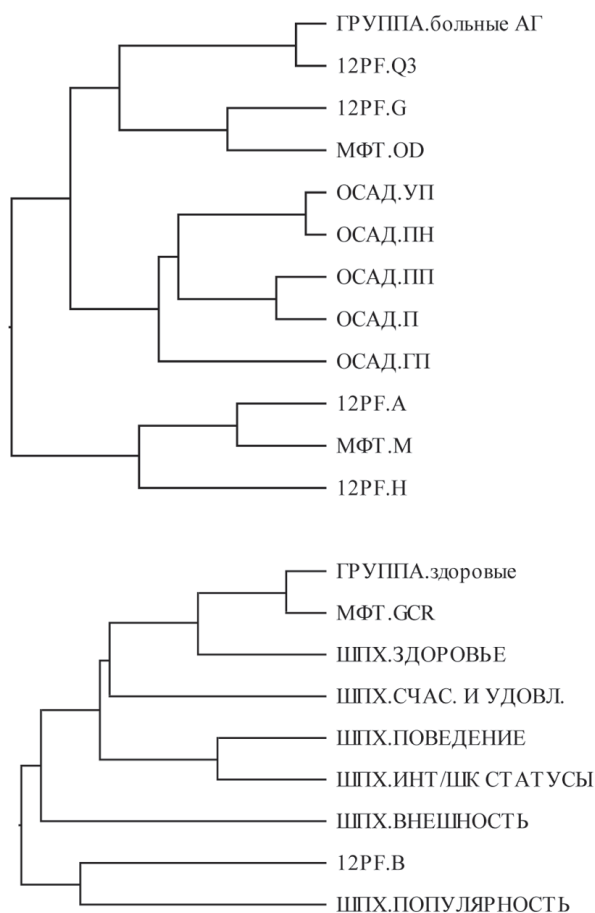
Показатели методики	Группа больных (n = 17)		Группа здоровых (n = 25)		U-критерий Манна – Уитни	P значимость
	М	У	М	у		
УХ	5,12	1,41	6,56	1,42	100,0	$p \leq 0,01$
УП	2,59	1,12	1,60	1,04	113,5	$p \leq 0,01$
ПХ	3,71	1,31	4,44	1,23	145	$p \leq 0,05$
ПП	3,41	1,50	2,80	1,66	154	Не значимо
ГХ	3,65	1,06	4,44	1,08	131	$p \leq 0,05$
ГП	3,47	0,94	3,08	1,08	171,0	Не значимо
ПН	6,06	1,44	4,68	1,25	104	$p \leq 0,01$
Х	12,47	2,92	15,44	2,50	90	$p \leq 0,001$
П	9,47	2,07	7,44	2,08	100,5	$p \leq 0,01$
Х-П	2,77	3,33	8,00	3,35	60	$p \leq 0,001$

У школьников с артрогрипозом достоверно снижены оценки по показателям «устойчивость хорошего», «персонализация хорошего», «генерализация хорошего», «суммарный показатель по объяснениям хороших событий», «показатель, характеризующий атрибутивный стиль в целом». В то же время у больных детей достоверно выше оценки по показателям «устойчивость плохого», «показатель надежды», «суммарный показатель по объяснению плохих событий». Таким образом, дети с артрогрипозом при объяснении причин благоприятных событий в меньшей степени, чем их здоровые сверстники, склонны считать эти события устойчивыми, распространяющимися на другие сферы жизни и имеющими внутренние причины. При объяснении неблагоприятных событий у детей с артрогрипозом наблюдаются тенденции к рассмотрению этих событий как устойчивых во времени и происходящих во многих сферах жизни.

В целом лица, страдающие артрогрипозом, более пессимистически воспринимают как «хорошие», так и «плохие» события, что задает ощущение беспомощности, пассивность в преодолении трудностей. Данный вывод согласован с результатами, полученными по опроснику копинг-стратегий И.М. Никольской и Р.М. Грановской, где на уровне тенденции отмечается склонность к уходу от неприятной действительности посредством погружения в воображаемый мир фантазий и редкое использование социально ориентированных стратегий.

Кластерный агломеративный анализ, предъявляющий более жесткие требования к изучению взаимосвязей между показателями, позволяет выделить два основных кластера: «больные артрогрипозом» и «здоровые дети» (рисунок).

Как видно из представленных результатов, все данные четко распадаются на два больших кластера: больные артрогрипозом и здоровые дети.



Дендрограммы для группы «больные артрогрипозом» и группы «здоровые дети», выделенные на базе бутстреп-моделирования

Кластер «больные артрогрипозом» включает такие характеристики, как выраженное чувство ответственности, целеустремленность, добросовестность, аккуратность (шкала G); высокий уровень самоконтроля, хорошее понимание социальных нормативов (шкала Q3); фиксация на препятствии в ситуациях фрустрации (МФТ, O-D); характеристики пессимистического атрибутивного стиля («устойчивость плохого» – УП; «показатель надежды» – ПН; «персонализация плохого» – ПП; «сумма плохого» – П; «генерализация плохого» – ГП).

Кластер «здоровые дети» включает в себя, прежде всего, характеристики самооценки качества жизни по методике Пирса – Харриса («здоровье», «счастье и удовлетворенность», «поведение», «интеллектуальный и школьный статус», «внешность», «популярность»), а также «нормативность поведения» (показатель GCR по тесту фрустрационной толерантности Розенцвейга). Полученные результаты позволяют сделать вывод, что в основе психологического здоровья лежит субъективная удовлетворенность различными аспектами жизни и способность к адаптации к социуму.

Самооценочные показатели больных детей статистически достоверно снижены по сравнению с их здоровыми сверстниками: оценка собственного «здоровья» ($U = 105$, $p \leq 0,01$), «счастья и удовлетворенности» ($U = 124,5$, $p \leq 0,05$). Полученные результаты отражают тот факт, что больные дети четко связывают свое благополучие с фактором здоровья, а в остальном (внешность, школьные успехи, социальная компетентность) они оценивают себя примерно так же, как и здоровые.

Таким образом, вопреки расхожему мнению относительно детей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата можно сделать вывод, что пациентов с артрогрипозом отнюдь нельзя назвать абсолютно беспомощными в преодолении их трудной жизненной ситуации. Больные дети не отличаются высокой активностью и оптимизмом, но это компенсируется ими ответственностью, рассудительностью, осторожностью, высоким уровнем самоконтроля. Интуитивно или осознанно больные дети выбирают неэнергоемкие способы адаптации.

Полученные результаты, отражающие низкую энергетику больных детей, вслед за К.Ю. Ануфриюк (2011) [12], можно рассматривать не как дезадаптивность, а в качестве одного из вариантов адаптации, то, что К.Ю. Ануфриюк называет рефлексивным вариантом совладания.

С другой стороны, как отмечает Н.М. Лыкова (2004) [13], следует иметь в виду, что 11–12-летние подростки находятся на некоторой условной грани развития, когда вектор их совладающего поведения может быть легко изменен в сторону активного адаптивного поведения или поведения, ведущего к зависимости. Именно в 11–12 лет пассивная стратегия «избегания» в благоприятных условиях развития начинает сменяться стратегией «поиск социальной поддержки».

Сравнительный анализ профилей реакций в ситуациях фрустрации детей с артрогрипозом и их здоровых сверстников показал, что в обеих выборках преобладают реакции, имеющие экстрапунитивную направленность ($E > I > M$); в обеих группах преобладают реакции с фиксацией на препятствии, а реакции, направленные на защиту «Я» и преодоление препятствия, встречаются значительно реже.

В качестве критерия адекватности поведения в ситуациях фрустрации традиционно используется оценка N-P, отражающая направленность испытуемого на разрешение ситуации. Конструктивными и продуктивными признаны следующие типы ответов: самостоятельное решение ситуаций, подчинение объективным требованиям ситуации (в том числе требованиям взрослого), признание собственной вины за случившееся. Типы реакций и показатель GCR (степень соответствия ответов испытуемого стандартным для данного возраста ответам), отличные от нормативных, говорят о низкой социальной адаптации.

Показатель GCR у детей с артрогрипозом имеет крайне значение по сравнению с нормативными (для данного возраста) показателями. Здоровые дети (на 1% уровне значимости) достоверно более адаптивны в своих реакциях на ситуации фрустрации (U ; $p < 0,01$). Низкая адаптивность больных артрогрипозом происходит за счет более выраженных (по сравнению с нормой) экстрапунитивных реакций и фиксацией на препятствии, что характерно, скорее, для проявлений инфантилизма, пассивности, ощущения беспомощности.

Заключение

С помощью кластерного иерархического агломеративного анализа на базе бутстреп-моделирования выделяются две основных плеяды и затем, соответственно, два кластера: «здоровые дети» и «больные дети». Содержание данных кластеров отличается. Кластер «здоровые дети» включает в себя характеристики самооценки психосоциального статуса (с высоким весом

сюда входят «здоровье» и «счастье и удовлетворенность»), а также «нормативность поведения». Полученные результаты свидетельствуют о том, что в основе психологического здоровья лежит субъективная удовлетворенность различными аспектами жизни и способность к адаптации к социуму. В качестве показателей психологического здоровья в жизненной ситуации отсутствия тяжелого заболевания можно рассматривать характеристики оптимистического атрибутивного стиля и черту личности «энергичность».

Психологическое благополучие больных артритом детей (в их субъективном восприятии) находится под влиянием, прежде всего, фактора их тяжелого хронического заболевания и беспокойства по поводу дальнейшего развития болезни и ее лечения. Самооценка качества жизни больного ребенка характеризуется более низким уровнем удовлетворенности жизнью, по сравнению со здоровыми. Психологическое здоровье детей с заболеванием «артрит» характеризуется более низкими параметрами адаптивности (пессимистический атрибутивный стиль, сниженная внешняя активность, сниженная самооценка различных параметров жизнедеятельности, преобладание стратегии избегания). Снижение внешней активности компенсируется ответственностью, рассудительностью, высоким самоконтролем. Таким образом, больные дети выбирают неэнергоёмкие способы адаптации с учетом их реальной жизненной ситуации. Полученный результат позволяет предположить, что пассивный способ приспособления к жизненной ситуации, выбранный детьми с артритом, можно рассматривать как один из вариантов относительно продуктивной адаптации, а личностные характеристики могут выступать как психологические ресурсы адаптации к их трудной жизненной ситуации.

Выполнено при финансовой поддержке РФФИ, грант № 17-29-02321.

Список литературы

1. Кудрявцева С.В. Основные направления исследования психического и психологического здоровья детей и подростков / С.В. Кудрявцева, Г.В. Пятакова, Е.И. Лебедева // Человеческий капитал. – 2017. – № 11. – С. 8–17.
2. Ананьев В.А. Психология здоровья / В.А. Ананьев. – СПб.: Речь, 2006. – 384 с.
3. Александрова Л.И. Личностные ресурсы преодоления затрудненных условий развития / Л.И. Александрова, А.А. Лебедева, Д.А. Леонтьев, Е.И. Рассказова // Личностный потенциал: структура и диагностика / Под ред. Д.А. Леонтьева. – М.: Смысл, 2011. – С. 579–610.
4. Зайцева А.Э. Качество жизни подростков с хронической соматической патологией / А.Э. Зайцева // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2016 (16). – № 4. – С. 62–65.
5. Леонтьев Д.А. Личностный потенциал при переходе от детства к взрослости и становление самодетерминации / Д.А. Леонтьев, Е.Р. Калитеевская, Е.Н. Осин // Личностный потенциал: структура и диагностика / Под ред. Д.А. Леонтьева. – М.: Смысл, 2011. – С. 611–641.
6. Никольская И.М. Психологическая защита у детей / И.М. Никольская, Р.М. Грановская. – СПб.: Речь, 2011. – 521 с.
7. Пятакова Г.В., Виссарионов С.В. Исследование качества жизни подростков с тяжелыми деформациями позвоночника // Хирургия позвоночника. – 2009. – № 4. – С. 38–43.
8. Циринг Д.А. Психология личностной беспомощности: исследование уровней субъективности / Д.А. Циринг. – М.: Академия, 2010. – 410 с.
9. Александровская Э.М. Адаптированный модифицированный вариант детского вопросника Р. Кеттела / Э.М. Александровская, И.Н. Гильяшева. – М., 1995. – 40 с.
10. Гордеев В.И. Качество жизни (QOL) – новый инструмент оценки развития детей / В.И. Гордеев, Ю.С. Александрович. – СПб.: Речь, 2001. – 200 с.
11. Фрустрация: Понятие и диагностика: учеб.-метод. пособие для студентов по специальности 020400 «Психология» / Сост. Л.И. Дементий. – Омск: Изд-во ОмГУ, 2004. – 68 с.
12. Ануфриюк К.Ю. Особенности отношений и защитно-совладающего поведения у подростков с разными характеристиками субъектности: автореф. дис. ... канд. психол. наук / К.Ю. Ануфриюк. – Санкт-Петербург, 2011. – 28 с.
13. Лыкова Н.М. Базисные стратегии совладания младших подростков: учеб.-метод. пособие / Н.М. Лыкова. – М.: МОСУ, РУДН, 2004. – 23 с.