



С. І. Коломієць

УДК: 159.923-053.6;616.711-007.55-071.3

## ПСИХОЕМОЦІЙНІ ТА ОСОБИСТІСНІ ОСОБЛИВОСТІ ПІДЛІТКІВ ЗІ СКОЛІОЗОМ

С. І. Коломієць

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

### Анотація.

Метою дослідження було визначення характерних особливостей психоемоційної та особистісної сфери підлітків, які мають сколіотичні прояви різного ступеня вираженості. Для реалізації поставленого завдання було використано теоретико-методологічний аналіз проблеми, а також соціально-демографічний, статистичний і клініко-психологічний методи. Вибірка дослідження включала 169 осіб (85 дівчат і 84 юнаки) віком 14–16 років, у яких було діагностовано сколіоз різного ступеня. Аналіз отриманих даних дозволив виявити переважання у групах обстежених депресії різного ступеня тяжкості. При цьому встановлено, що у переважній більшості підлітків з III і IV ступенем сколіозу спостерігалися депресивні прояви помірного і важкого рівня. Встановлено також, що майже всі пацієнти цієї категорії мали низькі показники за факторами «Оцінка», «Сила» і «Активність». Що стосується ставлення до хвороби, то в обстежених переважали дезадаптивні типи: сенситивний, неврас-тенічний, тривожний і меланхолійний.

**Ключові слова:** підлітки, сколіоз, психоемоційні особливості, особистісні особливості.

### Вступ

Сколіоз (або викривлення хребта) є одним із найбільш поширених захворювань опорно-рухового апарату у дітей, і до закінчення росту організму може досягти вищого ступеня. На жаль, ця патологія останніми роками має тенденцію до прогресування [1–4], і зараз розповсюдженість цього важкого захворювання у ранньому віці вражає, за даними різних авторів, від 3–5 до 33,00% [2; 4; 5] молоді. При цьому відсоток захворювань кістково-м'язової системи, що обумовлюють первинну інвалідність у дітей і підлітків, пропорційно зростає зі збільшенням віку [4].

Проведені останніми роками дослідження свідчать, що кількість людей, які мають обмежені фізичні можливості внаслідок захворювань опорно-рухового апарату, становить приблизно 10,00% загального контингенту осіб з інвалідністю – третє місце в її структурі [2–5]. Серед ортопедичних патологій, які обумовлюють інвалідність, найчастіше зустрічаються захворювання хребта – їх частка складає 35,00%, що відповідає другому-третьому місцям в інвалідизації пацієнтів із захворюваннями кістково-м'язової системи [2]. Тож проблема інвалідності внаслідок сколіозу є частиною величезної проблеми інвалідизації у всьому світі [3; 5–8]. Тому, як в Україні, так і за кордоном досить гостро стоїть проблема надання спеціалізованої допомоги дітям та підліткам з травматолого-ортопедичною патологією [3–5; 7].

### Мета дослідження

Метою даного дослідження було визначення характерних особливостей психоемоційної та особистісної сфери підлітків, які мають сколіотичні прояви різного ступеня вираженості.

### Матеріали та методи дослідження

У процесі дослідження використано теоретико-методологічний аналіз проблеми, а також соціально-демографічний, статистичний та клініко-психологічний методи.

Тривожність як особистісна характеристика визначалася за опитувальником А. М. Прихожан; для оцінки рівнів агресивності та наявності деструктивних тенденцій використано опитувальник Баса–Дарки; для виявлення особливостей самооцінки застосовано методіку особистісного диференціалу (ОД); для вивчення типу ставлення до хвороби використовувався особистісний опитувальник інституту імені В. М. Бехтерева (тест ЛОБІ) [9].

Статистична обробка отриманих даних та побудова діаграм виконувалася за допомогою програм Excel та статистичного пакету Statistica 7.0. for Windows. Під час роботи також використовувалися t-критерій Стюдента, U-критерій Манна–Уїтні, j-критерій Фішера та c2-критерій Пірсона. В усіх випадках порівнянь визначалася ймовірність розходжень p (розходження враховувались як статистично значущі при  $p < 0,05$ ).

**Результати дослідження та їх обговорення**

Виконано обстеження 184 підлітків віком 14–16 років, у яких було діагностовано сколіоз різного ступеня. За критеріями включення–виключення до подальшого дослідження було відібрано 169 осіб обох статей; серед обстежених було 85 дівчат та 84 юнака, що у відсотках склало відповідно 50,30% та 49,70%. Було виділено 2 основні групи за ступенем сколіозу. До Г1 увійшли 96 осіб з I та II ступенем сколіозу, з них 47 дівчат (Г1(д)) та 49 юнаків (Г1(ю)); до Г2 включено 73 особи з III та IV ступенем, серед яких 38 дівчат (Г2(д)) та 35 юнаків (Г2(ю)).

Таблиця 1

**Розподіл досліджених за місцем навчання (n, %)**

| Місце навчання   | Г1(д)<br>n=47 |       | Г1(ю)<br>n=49 |       | Г2(д)<br>n=38 |       | Г2(ю)<br>n=35 |       |
|------------------|---------------|-------|---------------|-------|---------------|-------|---------------|-------|
|                  | n             | %     | n             | %     | n             | %     | n             | %     |
| Школа            | 34            | 72,34 | 35            | 71,43 | 32            | 84,21 | 30            | 85,71 |
| Коледж (училище) | 13            | 27,66 | 14            | 28,57 | 6             | 15,79 | 5             | 14,29 |

Як свідчать дані, наведені у табл. 1, більшість досліджених підлітків були учнями загальноосвітніх шкіл (77,51% із загальної кількості досліджених).

Таблиця 2

**Розподіл досліджених за шкільною успішністю (n, %)**

| Середній бал | Г1(д)<br>n=47 |       | Г1(ю)<br>n=49 |       | Г2(д)<br>n=38 |       | Г2(ю)<br>n=35 |       |
|--------------|---------------|-------|---------------|-------|---------------|-------|---------------|-------|
|              | n             | %     | n             | %     | n             | %     | n             | %     |
| 10–12        | 10            | 21,28 | 8             | 16,33 | 6             | 15,79 | 4             | 11,43 |
| 7–9          | 24            | 51,06 | 25            | 51,02 | 22            | 57,90 | 20            | 57,14 |
| 4–6          | 13            | 27,66 | 16            | 32,65 | 10            | 26,31 | 11            | 31,43 |

За даними табл. 2 більш ніж половина досліджених кожної з груп мали середній рівень шкільної успішності (7–9 балів). Дещо вищим був рівень шкільної успішності в групах Г1(д) та Г1(ю) порівняно з Г2(д) та Г2(ю).

Таблиця 3

**Розподіл досліджених за рівнем достатку в родині**

| Рівень достатку | Г1(д)<br>n=47 |       | Г1(ю)<br>n=49 |       | Г2(д)<br>n=38 |       | Г2(ю)<br>n=35 |       |
|-----------------|---------------|-------|---------------|-------|---------------|-------|---------------|-------|
|                 | n             | %     | n             | %     | n             | %     | n             | %     |
| Високий         | 5             | 10,64 | 6             | 12,24 | 4             | 10,53 | 4             | 11,43 |
| Середній        | 29            | 61,70 | 31            | 63,27 | 24            | 63,16 | 22            | 62,86 |
| Низький         | 13            | 27,66 | 12            | 24,49 | 10            | 26,31 | 9             | 25,71 |

Більшість родин, до яких належали підлітки досліджених груп, мали середній або низький рівень достатку (табл. 3): Г1(д) – 89,36%; Г1(ю) – 87,76%; Г2(д) – 89,47%; Г2(ю) – 88,57%. Лише приблизно 10,00% сімей у кожній з груп оцінювали власний рівень достатку як високий.

Серед психоемоційних характеристик підлітків зі сколіозом вивчали також рівень тривожності, наявність депресивних тенденцій, рівень агресивності.

Таблиця 4

**Розподіл досліджених за рівнем особистісної тривожності (середній бал)**

| Рівень тривожності | Г1(д)<br>n=47 | Г1(ю)<br>n=49 | Г2(д)<br>n=38 | Г2(ю)<br>n=35 |
|--------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Шкільна            | 25,40         | 21,30         | 29,00         | 27,20         |
| Самооціночна       | 29,30         | 26,40         | 33,20         | 29,70         |
| Міжособистісна     | 28,90         | 26,00         | 32,80         | 28,40         |
| Магічна            | 26,80         | 20,50         | 29,60         | 23,10         |
| Загальна           | 110,40        | 94,20         | 124,60        | 108,40        |

Дані, наведені у табл. 4, свідчать про наявність гендерної різниці щодо рівня загальної тривожності. Так, у групах дівчат із різним ступенем сколіозу рівень загальної тривожності був достовірно вищим порівняно з групами юнаків: Г1(д) – 110,40 балів, Г1(ю) – 94,20 балів, ( $p \leq 0,05$ ); Г2(д) – 124,60 балів, Г2(ю) – 108,40 балів, ( $p \leq 0,05$ ). Найбільш високими, відносно інших окремих шкал тривожності, були показники за рівнями самооціночної та міжособистісної тривожності у всіх групах дослідження. Дані таблиці свідчать, що тривожні прояви дещо збільшувалися у відповідності зі зростанням важкості фізичних порушень при сколіозі ( $p \leq 0,05$ ). Виявлено, що порівняно з групами юнаків вищі показники за всіма шкалами тривожності у групах дівчат – (Г1(д) та Г2(д)); при цьому гендерна різниця є достовірною між групами Г2(д) та Г2(ю), ( $p \leq 0,05$ ).

Слід зазначити, що максимальні показники розбіжності між представниками різної статі серед осіб з I та II ступенем сколіозу виявлені за шкалою загальної тривожності (16,20 бала) та шкільної тривожності (4,10 бала). У групі осіб з III та IV ступенем сколіозу максимальні показники різниці виявлені за шкалами загальної тривожності (16,20 бали) та магійної тривожності (6,50 бали). Таким чином, можна стверджувати, що досліджені підлітки зі сколіозом характеризувалися невпевненістю у собі, тенденцією до самозвинувачення та труднощами у створенні міжособистісних стосунків, що є характерним взагалі для осіб підліткового віку.

Розподіл досліджених за рівнями агресії наведено у табл. 5. Дані табл. 5 дають уявлення про те, що рівень агресивності за всіма шкалами збільшувався одночасно зі збільшенням ступеня порушень при сколіозі – різниця між Г1(д) і Г2(д) та Г2(ю) і Г2(ю) є

Таблиця 5  
Розподіл досліджених за рівнем агресивності (середній бал)

| Шкали             | Г1(д)<br>n=47 |   | Г1(ю)<br>n=49 |   | Г2(д)<br>n=38 |   | Г2(ю)<br>n=35 |   |
|-------------------|---------------|---|---------------|---|---------------|---|---------------|---|
|                   | п             | % | п             | % | п             | % | п             | % |
| Фізична агресія   | 2,30          |   | 3,10          |   | 3,40          |   | 4,00          |   |
| Непряма агресія   | 3,50          |   | 3,30          |   | 4,40          |   | 4,30          |   |
| Роздратованість   | 3,20          |   | 3,40          |   | 4,50          |   | 4,60          |   |
| Негативізм        | 2,90          |   | 3,60          |   | 3,80          |   | 4,50          |   |
| Образливість      | 3,50          |   | 2,80          |   | 4,80          |   | 3,90          |   |
| Підозрюваність    | 2,80          |   | 3,10          |   | 3,90          |   | 4,10          |   |
| Вербальна агресія | 2,40          |   | 3,20          |   | 3,30          |   | 4,00          |   |
| Почуття провини   | 3,40          |   | 2,70          |   | 4,30          |   | 3,50          |   |

достовірною; ( $p \leq 0,05$ ). Аналіз отриманих даних дозволив встановити, що вищі показники майже за всіма шкалами агресивності мали юнаки порівняно з групами дівчат. Так, найбільшу гендерну різницю (у 0,8 балу) серед осіб з I та II ступенем сколіозу (Г1) виявлено за шкалами фізичної та вербальної агресії, за шкалою негативізму така різниця склала 0,7 балу. У групі осіб з III та IV ступенем сколіозу (Г2) максимальні показники різниці (у 0,7 балу) виявлені за шкалами вербальної агресії та негативізму, а шкала фізичної агресії – на третьому місці (0,6 балу). За шкалами образливості та почуття провини (по 0,7 балу) виявлена зворотня різниця, тобто при I та II ступені сколіозу (Г1) вищі показники відзначалися у дівчат, а не в юнаків. Зі зростанням ступеня сколіозу (до III та IV) гендерна різниця за даними шкалами також збільшувалася, і за показниками в групах Г2 зросла до 0,9 та 0,8 балів відповідно.

Таким чином, слід зазначити, що зі зростанням ступеня сколіозу хлопці більш схильні до проявів негативізму та фізичної й вербальної агресії, а у дівчат збільшується почуття провини та образливість.

Наступною психоемоційною характеристикою, яку вивчали у межах дослідження, був рівень депресії (табл. 6).

Таблиця 6  
Розподіл досліджених за рівнем депресії (п, %)

| Рівень депресії | Г1(д)<br>n=47 |       | Г1(ю)<br>n=49 |       | Г2(д)<br>n=38 |       | Г2(ю)<br>n=35 |       |
|-----------------|---------------|-------|---------------|-------|---------------|-------|---------------|-------|
|                 | п             | %     | п             | %     | п             | %     | п             | %     |
| Немає депресії  | 8             | 17,02 | 11            | 22,45 | 2             | 5,26  | 3             | 8,57  |
| Легкий          | 17            | 36,17 | 20            | 40,82 | 9             | 23,68 | 12            | 34,29 |
| Помірний        | 21            | 44,68 | 18            | 36,73 | 24            | 63,16 | 18            | 51,43 |
| Важкий          | 1             | 2,13  | 0             | 0,00  | 3             | 7,90  | 2             | 5,71  |

Дані табл. 6 свідчать про переважання в групах досліджених осіб з проявами депресії різного ступеня важкості. При цьому в Г2(д) та Г2(ю) значну більшість склали особи з помірним та важким рівнем депресивних проявів: у

Г2(д) – 71,06%, у Г2(ю) – 57,14%; при цьому різниця між Г2(д) та Г2(ю) є достовірною ( $p \leq 0,05$ ).

Достовірну різницю також відзначено між групами осіб із різним ступенем сколіозу без проявів депресії. Так, дівчат, в яких не було визначено ознак депресії, в Г1(д) на 11,76% більше порівняно з Г2(д). Схожі тенденції спостерігалися й у групах юнаків: у Г1(ю) осіб без проявів депресії було на 13,88% більше порівняно з Г2(ю) ( $p \leq 0,05$ ).

Таблиця 7  
Розподіл досліджених за показниками самооцінки за опитувальником ОД (середній бал)

| Рівень                     | Г1(д)<br>n=47 |       | Г1(ю)<br>n=49 |       | Г2(д)<br>n=38 |       | Г2(ю)<br>n=35 |       |
|----------------------------|---------------|-------|---------------|-------|---------------|-------|---------------|-------|
|                            | п             | %     | п             | %     | п             | %     | п             | %     |
| <b>Фактор «Оцінка»</b>     |               |       |               |       |               |       |               |       |
| Високий                    | 2             | 4,26  | 5             | 10,20 | 0             | 0,00  | 1             | 2,86  |
| Середній                   | 19            | 40,43 | 21            | 42,86 | 6             | 15,79 | 7             | 20,00 |
| Низький                    | 26            | 55,31 | 23            | 46,94 | 32            | 84,21 | 27            | 77,14 |
| <b>Фактор «Сила»</b>       |               |       |               |       |               |       |               |       |
| Високий                    | 4             | 8,51  | 8             | 16,33 | 0             | 0,00  | 2             | 5,71  |
| Середній                   | 23            | 48,94 | 25            | 51,02 | 10            | 26,32 | 11            | 31,43 |
| Низький                    | 20            | 42,55 | 16            | 32,65 | 28            | 73,68 | 22            | 62,86 |
| <b>Фактор «Активність»</b> |               |       |               |       |               |       |               |       |
| Високий                    | 7             | 14,89 | 10            | 20,41 | 3             | 7,89  | 5             | 14,29 |
| Середній                   | 27            | 57,45 | 28            | 57,14 | 19            | 50,00 | 18            | 51,43 |
| Низький                    | 13            | 27,66 | 11            | 22,45 | 16            | 42,11 | 12            | 34,28 |

У результаті дослідження виявлено, що майже всі підлітки з III та IV ступенем сколіозу мали низькі показники за фактором «Оцінка», що свідчить про критичне ставлення до себе та низький рівень самоповаги, демонструє наявність труднощів із прийняттям себе як особистості та невизнання власних соціально схвалюваних якостей. Отже, таких пацієнтів можна характеризувати як осіб, які незадоволені власними досягненнями та поведінкою і мають недостатній рівень прийняття себе.

Тенденція до зниження самооцінки спостерігалася і у підлітків з I та II ступенем сколіозу, проте в цих групах показники були достовірно кращими порівняно з Г2(д) та Г2(ю); низькі показники за фактором «Оцінка» мали 55,31% дівчат, що на 28,90% менше, ніж у Г2(д), та 46,94% юнаків – це на 30,20% менше порівняно з Г2(ю).

Надалі оцінювали фактор «Сила» в самооцінці, який свідчить про розвиток вольових якостей особистості та демонструє, як вони усвідомлюються досліджуваним. Його високі значення говорять про впевненість у собі, незалежність, схильність розраховувати на власні сили у важких ситуаціях.

При аналізі отриманих даних встановлено, що достовірно більша кількість дівчат та юнаків з III та IV ступенями сколіозу ( $p \leq 0,05$ ) мали нижчі показники за фактором «Сила», ніж особи із I та II ступенями сколіозу. Тобто дослідже-

ні групи Г2 сприймають себе як осіб, залежних від зовнішніх обставин, нездатних домагатися бажаного, контролювати ситуацію, наполягати на своєму. У цілому, це вказує на недостатній самоконтроль та на неможливість даної категорії осіб дотримуватися обраної лінії поведінки не зважаючи на зовнішні обставини.

На відміну від групи Г2, досліджені групи Г1 демонструють максимальні показники за шкалою «Сила» у середньому рівні: серед дівчат показник склав 48,94%, а серед юнаків – 51,02%, при цьому відзначається і достовірна різниця  $p \leq 0,05$ . Це свідчить про достатню впевненість у собі та схильність розраховувати на власні сили у важких ситуаціях.

За фактором «Активність» більшість осіб усіх груп досліджуваних мали високий та середній показники: Г1(д) – 72,34%, Г1(ю) – 77,55%; Г2(д) – 57,89%, Г2(ю) – 65,72%. Кількість пацієнтів із низькими показниками за цим фактором була достовірно більшою у групах підлітків з III та IV ступенями сколіозу – різниця між Г1(д) та Г2(д) складає 4,45 балів, ( $p \leq 0,05$ ), а різниця між Г1(ю) та Г2(ю) – 11,83 бали ( $p \leq 0,05$ ). Досліджені з низьким рівнем активності характеризували себе як нетовариських, неактивних, відчували зниження енергійності, замкненість, стриманість.

Розподіл щодо типу ставлення до захворюваності наведений у **табл. 8**. Найчастіше у групах обстежених зустрічались особи з сенситивним, неврастенічним, тривожним та меланхолічним типами ставлення до хвороби.

**Сенситивний тип** спостерігався у Г1(д) у 21,28%; Г1(ю) – у 8,16%; а у Г2(д) – у 13,16%; Г2(ю) – у 8,57%. Схильність до цього типу проявлялася у надмірному хвилюванні щодо несприятливого враження, яке можуть справити на оточуючих відомості про хворобу, також у побоюваннях, що оточуючі стануть унікати хворого, вважати його неповноцін-

ним, зневажливо або з побоюванням ставитися, розпускати несприятливі чутки про причину і природу захворювання.

**Неврастенічний тип** ставлення до хвороби було виявлено у Г1(д) – у 10,64%; Г1(ю) – у 16,33%; у Г2(д) – у 10,52%; у Г2(ю) – у 20%. У них спостерігалися спалахи роздратування, агресії, особливо за наявності неприємних відчуттів або у випадках неефективності лікування. Хворі з таким типом ставлення до хвороби схильні звинувачувати інших у виникненні захворювання, а також приписувати їм байдуже ставлення до себе.

**Тривожний тип** відзначено у Г1(д) – у 19,15%; у Г1(ю) – у 12,25%; у Г2(д) – у 18,42%; Г2(ю) – у 14,29%. Характерними у даному випадку були впевненість у несприятливому перебігу хвороби, занепокоєння щодо можливих ускладнень, віра в неефективність лікування, постійний пошук нових способів терапії, загальний тривожний стан.

**Меланхолічний тип** виявлено у Г1(д) – у 17,02%; у Г1(ю) – 10,20%; у Г2(д) – 13,16%; у Г2(ю) – 8,57%. У таких пацієнтів спостерігалися пригніченість хворобою, невіра в одужання та в ефективність лікування навіть за наявності об'єктивних ознак покращення.

На другому місці за частотою в досліджених групах – іпохондричний, апатичний, егоцентричний та дисфоричний типи ставлення до хвороби.

**Іпохондричний тип** зустрічався в Г1(д) – 12,76%; у Г1(ю) – у 8,16%; у Г2(д) – у 13,16%; у Г2(ю) – у 8,57% та проявлявся у надмірному зосередженні на суб'єктивних відчуттях і перебільшенні їх значення. Ці пацієнти вважали себе невиліковно хворими, не здатними до праці; виявлялися також острах побічної дії процедур та бажання постійно розповідати оточуючим про симптоми хвороби.

Таблиця 8

Розподіл досліджених за типами ставлення до хвороби (середній бал)\*

| Тип            | Г1(д) n=47 |       | Г1(ю) n=49 |       | Г2(д) n=38 |       | Г2(ю) n=35 |       |
|----------------|------------|-------|------------|-------|------------|-------|------------|-------|
|                | n          | %     | n          | %     | n          | %     | n          | %     |
| Гармонійний    | 0          | 0,00  | 0          | 0,00  | 0          | 0,00  | 0          | 0,00  |
| Ергопатичний   | 0          | 0,00  | 0          | 0,00  | 0          | 0,00  | 0          | 0,00  |
| Анозогнозичний | 0          | 0,00  | 3          | 6,12  | 0          | 0,00  | 0          | 0,00  |
| Тривожний      | 9          | 19,15 | 6          | 12,25 | 7          | 18,42 | 5          | 14,29 |
| Іпохондричний  | 6          | 12,76 | 4          | 8,16  | 5          | 13,16 | 3          | 8,57  |
| Неврастенічний | 5          | 10,64 | 8          | 16,33 | 4          | 10,52 | 7          | 20,00 |
| Меланхолічний  | 8          | 17,02 | 5          | 10,20 | 5          | 13,16 | 3          | 8,57  |
| Апатичний      | 4          | 8,51  | 7          | 14,29 | 5          | 13,16 | 4          | 11,43 |
| Сенситивний    | 10         | 21,28 | 4          | 8,16  | 5          | 13,16 | 3          | 8,57  |
| Егоцентричний  | 2          | 4,26  | 5          | 10,20 | 4          | 10,52 | 3          | 8,57  |
| Паранояльний   | 0          | 0,00  | 2          | 4,09  | 1          | 2,63  | 3          | 8,57  |
| Дисфоричний    | 3          | 6,38  | 5          | 10,20 | 2          | 5,27  | 4          | 11,43 |

Примітка: \* – різниця достовірна ( $p < 0,05$ ).

Досить часто серед підлітків зустрічався **апатичний тип** ставлення до хвороби, так у Г1(д) його було виявлено – 8,51 %; у Г1(ю) – у 14,29 %, у Г2(д) – у 13,16 %, а у Г2(ю) – у 11,43 %. Пацієнтів цього типу характеризували повна байдужість до власної долі, до ускладнень у перебігу захворювання, до результатів лікування. Наявною була тенденція до пасивного підпорядкування процедурам і лікуванню при наполегливому спонуканні зі сторони, втрата інтересів, апатія.

У значній кількості випадків у досліджених групах виявлено **дисфоричний тип** ставлення до власного захворювання: в Г1(д) – у 6,38 %; в Г1(ю) – у 10,20 %; Г2(д) – у 5,27 %; у Г2(ю) – у 11,43 %. У даному випадку домінували похмуро-агресивний настрій, негативне ставлення до здорових оточуючих, спалахи крайньої розлюченості зі схильністю звинувачувати у своїй хворобі інших, вимоги особливої уваги до себе, підозрілість до процедур і лікування, деспотичне ставлення до близьких із вимаганнями у всьому догоджати хворому.

Випадки **з паранояльним типом** ставлення до хвороби були поодинокими: у Г1(ю) – 4,09 %, у Г2(д) – 2,63 % та у Г2(ю) – 8,57 %. Для пацієнтів із паранояльним типом типовою була впевненість у тому, що їхня хвороба – це результат втілення чийогось наміру. Також спостерігалися надзвичайна підозрілість до ліків і процедур, прагнення приписувати можливі ускладнення та побічні ефекти ліків недбалості або злому наміру лікарів і персоналу, звинувачення і вимагання покарання у зв'язку з цим.

**Анозогностичний тип** ставлення до хвороби було виявлено лише серед підлітків Г1(ю) у 6,12 % випадків. Такі пацієнти активно відкидали думки про хворобу та її можливі наслідки. У зв'язку з цим нерідко характерними були відмова від обстеження та лікування, бажання «розібратися самому» і

«обійтися власними силами», надія на те, що «саме все минеться».

Гармонійного та ергопатичного типів у даній виборці не спостерігалося.

Таким чином, в результаті проведеного аналізу отриманих під час дослідження даних виявлено гендерну різницю щодо рівня загальної тривожності: у групах дівчат з різним ступенем сколіозу рівень загальної тривожності був достовірно вищим порівняно з групами юнаків ( $p \leq 0,05$ ). Тривожні прояви збільшувались відповідно до зростання важкості фізичних порушень при сколіозі ( $p \leq 0,05$ ).

Високі показники майже за всіма шкалами агресивності мали здебільшого юнаки порівняно з групами дівчат ( $p \leq 0,05$ ). Також відзначено, що рівень агресивності за всіма шкалами збільшувався одночасно зі збільшенням ступеня порушень при сколіозі (різниця між Г1(д) та Г2(д), як і між Г2(ю) та Г2(ю) є достовірною;  $p \leq 0,05$ ).

### Висновки

Дані, отримані в результаті дослідження, свідчать про переважання в групах досліджених осіб з проявами депресії різного ступеня важкості. При цьому в Г2(д) та Г2(ю) переважну більшість складали особи з помірним та важким рівнем депресивних проявів, різниця між Г2(д) та Г2(ю) є достовірною ( $p \leq 0,05$ ).

Під час дослідження виявлено, що майже всі підлітки з III та IV ступенем сколіозу мали низькі показники за факторами «Оцінка», «Сила» та «Активність», при цьому кількість опитаних із низькими показниками за зазначеними факторами була достовірно більшою у групах підлітків з III та IV ступенем сколіозу (різниця між Г1(д) та Г2(д) є достовірною, ( $p \leq 0,05$ ; різниця між Г1(ю) та Г2(ю) є достовірною ( $p \leq 0,05$ ).

Стосовно ставлення до хвороби переважали дезадаптивні типи: сенситивний, неврастенічний, тривожний та меланхолічний.

### Література

1. Гитт В. Д. Здоровый позвоночник. Лечение нарушений осанки и телосложения, сколиозов, остеохондрозов / В. Д. Гитт. – М. : ЦПФС «Единение», 2010. – 128 с.
2. Садовая Т. Н. Скрининг деформаций позвоночника у детей как компонент охраны здоровья населения / Т. Н. Садовая, И. А. Цыцорина // Политравма. – 2011. – № 3. – С. 23–28.
3. Михайленко Г. В. Огляд сучасних підходів до застосування засобів фізичної реабілітації при сколіотичній хворобі / Г. В. Михайленко, В. Т. Рубан, Т. Г. Рубан // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2013. – № 3. – С. 154–157.
4. Саломова Ф. И. Особенности физического развития школьников с нарушениями осанки / Ф. И. Саломова // Профилактическая и клиническая медицина. 2008. – № 4. – С. 48–50.
5. Dewald R. Spinal Deformities / R. Dewald. – Publication : Thieme, 2011. – 861 p.
6. Сутула А. В. Ставлення батьків щодо розвитку порушень постави дітей / А. В. Сутула // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2012. – № 5 (2). – С. 131–135.
7. Хватова М. В. Лабильность нервной системы подростков и ее психологические и физиологические корреляты / М. В. Хватова, А. Д. Ноздрачев // Вестник Санкт-Петербургского ун-та. Сер. 3, Биология. – 2007. – № 3. – С. 54–64.
8. Weinstein S.L. Adolescent idiopathic scoliosis / S.L. Weinstein // The Lancet. – 2008. – Vol. 371(9623). – P. 1527.
9. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика / Д. Я. Райгородский. – М. : Бахрах-М, 2011. – 672 с.

## References

1. Gitt V. D. Zdorovyj pozvonochnik. Lechenie narushenij osanki i teloslozheniya, skoliozov, osteokhondrozov [Healthy spine. Treatment of disorders of posture and physique, scoliosis, osteochondrosis]. Moscow, Publ. House of CPFU «Unity», 2010, 128 p. (In Russ.)
2. Sadovaya T. N., Tsytsorina I. A. Skrinig deformatsiy pozvonochnika u detey kak komponent okhrany zdorov'ya naseleniya [Screening of spinal deformities in children as a component of public health protection]. Politravma [Polytrauma], 2011, no. 3, pp. 23-28. (In Russ.)
3. Myhajlenko G. V., Ruban V. T., Ruban T. G. Ogljad suchasnyh pidhodiv do zastosuvannja zasobiv fizychnoi' reabilitacii' pry skoliotychnij hvorobi [Review of current approaches to the use of physical rehabilitation in scoliotic disease]. Slobozhans'kyj naukoivo-sportyvnyj visnyk [Slobozhansky scientific and Sports Bulletin], 2013, no. 3, pp. 154-157. (In Ukr.)
4. Salomova F. I. Osobennosti fizicheskogo razvitiya shkol'nikov s narusheniyami osanki [Peculiarities of physical development of schoolchildren with impaired posture]. Profilakticheskaya i klinicheskaya meditsina [Preventative and Clinical Medicine], 2008, no. 4, pp. 48-50. (In Russ.)
5. Dewald R. Spinal Deformities. Publication, Thieme, 2011, 861 p.
6. Sutula A. V. Stavlenija bat'kiv shhodo rozvytku porushen' postavy ditej [Parental attitudes regarding violations of bearing children]. Slobozhans'kyj naukoivo-sportyvnyj visnyk [Slobozhansky scientific and Sports Journal], 2012, no. 5(2), pp. 131-135. (In Ukr.)
7. Khvatova M. V., Nozdrachev A. D. Labil'nost' nervnoy sistemy podrostkov i ee psikhologicheskie i fiziologicheskie korrelyaty [Lability of the nervous system of adolescents and their psychological and physiological correlates]. Vestnik Sankt-Peterburgskogo un-ta. Ser. 3. Biologiya [Bulletin of St. Petersburg University. Ser. 3. Biology], 2007, no. 3, pp. 54-64. (In Russ.)
8. Weinstein S. L. Adolescent idiopathic scoliosis. The Lancet, 2008, vol. 371(9623), pp. 1527.
9. Raygorodskiy D. Ya. Prakticheskaya psikhodiagnostika [Practical psychodiagnostics]. Moscow, Bakhrahk-M Publ., 2011, 672 p. (In Russ.)

## ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ И ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ СО СКОЛИОЗОМ

С. И. Коломиец

Национальный медицинский университет  
имени А. А. Богомольца

**Аннотация.** Целью исследования было определение характерных особенностей психоэмоциональной и личностной сферы подростков, имеющих сколиотические проявления различной степени выраженности. Для реализации поставленной задачи были использованы теоретико-методологический анализ проблемы, а также социально-демографический, статистический и клиничко-психологический методы. Выборка исследования включала 169 человек (85 девушек и 84 юноши) в возрасте 14–16 лет, у которых был диагностирован сколиоз различной степени. Анализ полученных данных позволил выявить преобладание в группах обследованных депрессии различной степени тяжести. При этом установлено, что у подавляющего большинства подростков с III и IV степенью сколиоза наблюдались депрессивные проявления умеренного и тяжелого уровня. Установлено также, что почти все пациенты этой категории имели низкие показатели по факторам «Оценка», «Сила» и «Активность». Что касается отношения к болезни, то у обследованных преобладали дезадаптивные типы: сенситивный, неврастенический, тревожный и меланхолический.

**Ключевые слова:** подростки, сколиоз, психоэмоциональные особенности, личностные особенности.

## PSYCHOEMOTIONAL AND PERSONAL PECULIARITIES OF ADOLESCENTS WITH SCOLIOSIS

S. I. Kolomiets

O. O. Bogomolets National Medical University

**Summary.** The purpose of this study was to determine the characteristic features of the psychoemotional and personal sphere of adolescents with scoliosis manifestations of varying severity. To reach the goal, the following methods were used: the theoretical and methodological analysis of the problem, as well as socio-demographic, statistical and clinical-psychological methods. The sample included 169 people (including 85 girls and 84 boys) aged 14-16 who had scoliosis of varying degrees. Analysis of the obtained data revealed the prevalence in the groups of the investigated persons of depression of varying severity. It was established that almost all adolescents with grade III and IV scoliosis had low indicators for the factors "Evaluation", "Strength" and "Activity", while the number of respondents with low indicators for these factors was significantly higher in the groups of adolescents from the III and IV degree Scoliosis. As for the attitude towards the disease, disadaptive types: sensitive, neurasthenic, anxious and melancholic were predominant among patients.

**Key words:** adolescents, scoliosis, psycho-emotional features, personality traits.

**Коломієць Соломія Ігорівна** – аспірантка кафедри загальної і медичної психології та педагогіки, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна; e-mail: dgylia-as@rambler.ru.

**Коломиец Соломия Игоревна** – аспирантка кафедры общей и медицинской психологии и педагогике, Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, г. Киев, Украина; e-mail: dgylia-as@rambler.ru.

**Solomia Kolomiets** – Postgraduate Student of the Department of General and Medical Psychology and Pedagogy, O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine; e-mail: dgylia-as@rambler.ru.