

## **Социально-психологические факторы, обеспечивающие подросткам с дисплазией соединительной ткани высокий уровень адаптированности**

**Федотова С.А.**

*Федотова Светлана Алексеевна*

*кандидат психологических наук, начальник психолого-социальной службы, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ярославской области «Областной Перинатальный Центр», Тутаевское ш., 31в, Ярославль, 150042, Российская Федерация. Тел.: (4852) 78-81-03.*

*E-mail: Sv.fedotova@rambler.ru*

### **Аннотация**

Статья посвящена исследованию психологических механизмов, обеспечивающих высокий уровень социально-психологической адаптированности подростков с диагнозом «Дисплазия соединительной ткани» в сравнении со здоровыми подростками и подростками с бронхиальной астмой. В качестве показателей адаптированности используются личностные характеристики, копинг-стратегии, показатели психологических защит и самоотношения.

Целью нашего исследования является выявление социально-психологических факторов и механизмов, обеспечивающих высокий уровень адаптированности у подростков с диагнозом ДСТ. Проведен сравнительный анализ факторов в трех группах подростков: с ДСТ, с бронхиальной астмой и здоровых. Все подростки имеют высокий уровень адаптированности, но существуют значимые различия в показателях психологических факторов, за счет которых происходит адаптация, т.е. в способах адаптации. Оценка исследуемых факторов проводилась по следующим методикам: 16-факторный опросник Р. Кеттела, опросник способов совладающего поведения Р. Лазаруса — Т. Крюковой, опросник Плутчика — Келлермана — Конте, тест-опросник самоотношения В.В. Столина и С.Р. Пантिलеева.

Полученные данные эмпирически показывают различие способов адаптации здоровых подростков и подростков с ДСТ и бронхиальной астмой. При наличии хронического соматического заболевания, которое имеет стигмы внешних проявлений, достижение высокого уровня адаптированности для подростка с ДСТ становится сложной, но выполнимой задачей. Основные результаты исследования заключаются в следующем:

1. Существует сходство и различие в механизмах адаптированности подростков с ДСТ, здоровых подростков и подростков с БА.
2. Для высокоадаптированных подростков с ДСТ и здоровых подростков общими факторами формирования высокого уровня адаптированности являются эмоциональная устойчивость, спокойная самоуверенность, уровень контроля, а также копинг-стратегия «Бегство—избегание».
3. Для достижения высокого уровня адаптированности подросткам с ДСТ необходимо наличие большего числа сильных личностных качеств, нежели здоровым подросткам, что является гиперкомпенсацией заболевания.
4. Личностный профиль высокоадаптированных здоровых подростков обнаруживает большее сходство с высокоадаптированными подростками с ДСТ, чем с бронхиальной астмой, т.е. способ адаптации подростков с ДСТ более схож со способом адаптации здоровых подростков, чем подростков с бронхиальной астмой.

**Ключевые слова:** дисплазия соединительной ткани; социально-психологическая адаптированность; психологический механизм.

УДК 159.9:616.12.-018.2-053.6

### **Библиографическая ссылка по ГОСТ Р 7.0.5-2008**

Федотова С.А. Социально-психологические факторы, обеспечивающие подросткам с дисплазией соединительной ткани высокий уровень адаптированности // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2015. – N 2(31). – С. 10 [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).

*Поступила в редакцию: 25.03.2015    Прошла рецензирование: 08.04.2015    Опубликована: 22.04.2015*

В настоящее время во всем мире наблюдается увеличение числа людей, страдающих наследственными и врожденными заболеваниями. Одним из таких заболеваний является дисплазия соединительной ткани (ДСТ), которая представляет собой аномалию структуры соединительной ткани, проявляющуюся в снижении содержания коллагена, что обуславливает дисфункции различных органов и систем [3; 6; 9; 17]. У лиц с ДСТ существует многообразие психологических проблем, связанных с системными клиническими нарушениями. При этом уровень социально-психологической адаптированности людей с ДСТ может быть различным, так же как и у условно здоровых людей, — высоким, средним или низким [1; 11; 14; 16].

**Целью** нашего исследования является выявление социально-психологических факторов и механизмов, обеспечивающих высокий уровень адаптированности у людей с диагнозом ДСТ. Проведен сравнительный анализ факторов, связанных с высоким уровнем адаптированности, в трех группах подростков: с ДСТ (15 человек), с бронхиальной астмой (18 человек) и здоровых (16 человек). Все подростки имеют высокий уровень адаптированности, но существуют значимые различия в показателях психологических факторов, за счет которых происходит адаптация, т.е. в способах адаптации. Оценка исследуемых факторов проводилась по следующим методикам: 16-факторный опросник Р. Кеттела, опросник способов совладающего поведения Р. Лазаруса — Т. Крюковой, опросник Плутчика — Келлермана — Конте, тест-опросник самоотношения В.В. Столина и С.Р. Пантилеева. Применение данных опросников позволяет нам рассмотреть максимальное количество показателей.

В результате проведенного анализа данных установлено, что по показателям, выражающим копинг-стратегии «Конфронтация», «Дистанцирование», «Принятие ответственности», группы НОРМА и ДСТ имеют достоверные различия на уровне значимости 0,04—0,06.

Все эти копинги относятся к эмоционально-ориентированным, т.е. направленным на регуляцию переживаемых эмоций, преодоление эмоционального возбуждения, вызванного стрессором [5]. Возможно, развитие таких способов совладающего поведения у подростков с ДСТ связано прежде всего с попытками справиться с внутренней тревожностью.

В группе ДСТ выраженность конфронтации выше, чем в группе НОРМА. При использовании копинга «Конфронтация» разрешение проблемы происходит за счет не всегда целенаправленной поведенческой активности и осуществления конкретных действий. Часто стратегия конфронтации рассматривается как неадаптивная, однако при умеренном использовании она обеспечивает способность личности к сопротивлению трудностям, энергичность и предприимчивость при разрешении проблемных ситуаций, умение отстаивать собственные интересы [10]. Очевидно, в данном случае так и происходит: количество активности, действий, пусть и не всегда достигающих цели, помогает определенным образом справиться с ситуацией, а главное, с эмоциональным напряжением и способствует повышению уровня адаптированности. Абсолютный показатель копинга «Конфронтация» в группе ДСТ — 61%, в группе НОРМА — 50%.

В группе ДСТ выраженность дистанцирования выше, чем в группе НОРМА. При дистанцировании преодоление негативных переживаний в связи с проблемой происходит за счет субъективного снижения ее значимости и степени эмоциональной вовлеченности в нее. Характерно использование интеллектуальных приемов рационализации, переключения внимания, отстранения, юмора, обесценивания. Подростки с ДСТ чаще используют такой способ совладания со стрессом. В наших исследованиях мы эмпирически доказывали, что люди с ДСТ имеют более высокий уровень тревожности и нейротизма, порог восприятия негативных переживаний у них ниже [11]. Очевидно, для сохранения эмоциональной стабильности подросткам с ДСТ необходима более «толстая кожа», более развитое умение «не включаться» в переживания по сравнению со здоровыми подростками [18]. Такой вид совладающего поведения связан с интеллектуальным развитием, включает приемы рационализации,

анализа ситуации и требует осознанного подхода к его использованию [7; 8]. Абсолютный показатель копинга «Дистанцирование» в группе ДСТ — 63%, в группе НОРМА — 51%.

В группе ДСТ выраженность копинга «Принятие ответственности» выше, чем в группе НОРМА. Выраженность данной стратегии в поведении может приводить к неоправданной самокритике и самобичеванию, переживанию чувства вины и хронической неудовлетворенности собой [13]. В данном случае, на наш взгляд, вред для субъекта может быть при распространении им собственной ответственности на «чужую территорию», субъект испытывает эмоциональный стресс там, где реально ничего не может сделать. При развитом копинге «Принятие ответственности» повышение адаптированности может происходить за счет установления эмоционально близких отношений и повышенной заботы о тех, кому это подходит и кто взамен готов давать что-то иное. Абсолютный показатель копинга «Принятие ответственности» в группе ДСТ — 44%, в группе НОРМА — 36%.

Между группами НОРМА и ДСТ существуют достоверные различия в выраженности двух механизмов психологической защиты: отрицания на уровне значимости 0,04 и гиперкомпенсации на уровне значимости 0,03. В группе ДСТ уровень отрицания ниже, чем в группе НОРМА, а уровень гиперкомпенсации выше. Абсолютный показатель отрицания в группе ДСТ — 35, в группе НОРМА — 51. Абсолютный показатель гиперкомпенсации в группе ДСТ — 40, в группе НОРМА — 30. Отрицание и гиперкомпенсация — это два важных фактора, позволяющих подростку с дисплазией достигнуть высокого уровня адаптированности.

Последний блок анализируемых личностных переменных — самоотношение. Разницы в интегральном показателе между высокоадаптированными здоровыми подростками и высокоадаптированными подростками с ДСТ нет. Однако наблюдаются различия по четырем частным составляющим: одни из них выше, а другие — ниже у подростков с ДСТ, что и объясняет отсутствие различий в целом.

В группах ДСТ и НОРМА существуют достоверные различия в выраженности показателей «Самоуважение» и «Самоуверенность» на уровне 0,02, «Самопринятие» на уровне 0,03, «Самопонимание» на уровне 0,0001. Все данные показатели в группе ДСТ ниже, чем в группе НОРМА. Подростки с ДСТ отличаются несколько большим самоуважением, но меньшей самоуверенностью, самопринятием и самопониманием.

Согласно содержанию конструкта «Самоуважение» этот фактор предполагает оценивание себя по результатам деятельности, по объективным достижениям. Активность и успешность деятельности формирует у подростков самоуважение, но они не могут принимать себя «безусловно», им нужен объективно зафиксированный показатель (оценка за контрольную работу, похвала преподавателем их результатов и т.п.).

При наличии заболевания, которое имеет стигмы внешних проявлений, уверенность в себе для подростка с ДСТ становится сложной задачей. Опора на себя, на свои ресурсы является важным фактором, влияющим на адаптированность [2; 15].

В отличие от самоуважения, имеющего под собой объективные результаты, самопринятие — это аффективный компонент самоотношения, определенное «безусловное» позитивное отношение к себе, любовь к себе. Высокоадаптированные подростки с ДСТ, в отличие от здоровых подростков, критично относятся к себе, предъявляют завышенные требования, недовольны собой даже при достижении высоких результатов.

Наличие заболевания отрицательно влияет на понимание себя, тем более если подростку диагноз не поставлен, что бывает довольно часто. Подростку сложно объяснить причины своих эмоциональных состояний, неожиданное поведение, особенности внешности.

Далее рассмотрим отдельно каждую переменную, отличающуюся по уровню выраженности у подростков с ДСТ и подростков с бронхиальной астмой. Существуют значимые различия по следующим показателям: общий уровень интеллекта (В), сила суперэго (G), степень радикализма (Q1), уровень контроля (Q4). При сравнительном анализе аналогичных данных в группах ДСТ и НОРМА различий обнаружено не было. Это позволяет нам предположить, что личностный профиль высокоадаптированных здоровых подростков обнаруживает большее сходство с высокоадаптированными подростками с ДСТ, чем с бронхиальной астмой, т.е. способ адаптации подростков с ДСТ более схож со способом адаптации здоровых подростков, чем подростков с бронхиальной астмой.

По показателю «Общий уровень интеллекта» (В) группы ДСТ и БА имеют достоверные различия на уровне значимости 0,001. В группе ДСТ общий уровень интеллекта значимо выше, чем в группе БА. Формально подростки из обеих групп обучаются в учебных заведениях одного уровня и не страдают интеллектуальными проблемами. Возможно, различия связаны со спецификой заболеваний. Объективно бронхиальная астма является соматически более тяжелым заболеванием, представляющим угрозу жизни, и у подростка, страдающего им, происходит изменение системы ценностей [1]. Возникает смещение системы ценностей, которое идет в ущерб интеллектуальному и личностному развитию.

По показателю «Сила суперэго» (G) группы ДСТ и БА имеют достоверные различия на уровне значимости 0,001. В группе ДСТ сила суперэго значимо ниже, чем в группе БА. По абсолютным показателям качества подростки с ДСТ имеют средний уровень значений, а подростки с астмой — выше среднего. Подростки с астмой имеют высокий уровень обращенности к социальным нормам, склонны действовать исходя из принципов и правил, у них высокий уровень сдерживания своих чувств. Тем не менее, как можно утверждать исходя из специфики заболевания, подростки с астмой живут в условиях большей определенности, чем подростки с ДСТ.

По показателю Q1, выражающему степень радикализма, зависимости от влияния общественных норм, группы ДСТ и БА имеют достоверные различия на уровне значимости 0,001. В группе ДСТ восприимчивость к радикализму значимо ниже, чем в группе БА. Здесь также важно отметить, что значения величин показателей группы ДСТ лежат в области средних значений, а группы БА имеют завышенный уровень, доходят до крайних значений. Высокая выраженность фактора показывает, скорее всего, невротический уровень его развития, т.е. наблюдается некая демонстрация радикализма.

По показателю Q4 («Уровень контроля») группы ДСТ и БА имеют достоверные различия на уровне значимости 0,001. В группе ДСТ уровень развития контроля значимо ниже, чем в группе БА. На наш взгляд, это можно объяснить спецификой заболеваний: подростки с бронхиальной астмой вынуждены иметь повышенный контроль, поскольку от этого зависит их жизнь.

По показателю, выражающему копинг-стратегию «Дистанцирование» (Д), группы ДСТ и БА имеют достоверные различия на уровне значимости 0,001.

В группе ДСТ уровень развития дистанцирования (Д) значимо ниже, чем в группе БА. В группе БА самый высокий уровень показателя этой копинг-стратегии по сравнению со здоровыми подростками и подростками с ДСТ. Дистанцирование (Д) означает сознательное совершение когнитивных усилий для снижения эмоциональной значимости ситуации [4]. Подростки с бронхиальной астмой чаще отстраняются от эмоционально значимых для них ситуаций, что можно объяснить, на наш взгляд, высокой эмоционально-негативной нагрузкой, которую они несут в связи с заболеванием. Дополнительную нагрузку им выдержать становится очень сложно.

Выявленные различия достаточны для того, чтобы предположить, что между отдельными социально-психологическими особенностями личности подростков с ДСТ и уровнем их адаптированности могут существовать причинно-следственные связи как в одном, так и в другом направлении. Для анализа механизмов формирования адаптированности у здоровых подростков и подростков с ДСТ мы использовали однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA). Необходимо выяснить, какие факторы в группах могут выступать предикторами уровня адаптированности и, в свою очередь, какие качества личности изменяются в результате того или иного уровня адаптированности. Такой метод изучения взаимодействия факторов позволяет получать наиболее важные и глубокие результаты исследования.

Выявлено, что в группах здоровых подростков и подростков с ДСТ есть общие и различные для этих групп личностные факторы, которые в некоторой степени определяют уровень адаптированности.

В табл. 1, 2 представлены результаты дисперсионного анализа. В группах здоровых подростков и подростков с ДСТ есть общие и различные для этих групп личностные факторы, которые в некоторой степени определяют уровень адаптированности.

Таблица 1

Факторы, обуславливающие высокий уровень адаптированности у здоровых подростков и подростков с ДСТ

Предикторы	ДСТ		НОРМА	
	F Фишера	p уровень	F Фишера	p уровень
А	6,9786	0,000009	—	—
<b>С</b>	<b>2,7217</b>	<b>0,013800</b>	<b>2,8171</b>	<b>0,013525</b>
Н	—	—	2,6476	0,019014
<b>О</b>	<b>3,2533</b>	<b>0,005441</b>	<b>2,2322</b>	<b>0,039201</b>
Q <sub>1</sub>	2,8924	0,015914	—	—
<b>Q<sub>4</sub></b>	<b>3,7830</b>	<b>0,001601</b>	<b>2,3287</b>	<b>0,041631</b>
ПО	2,7454	0,014965	—	—
<b>БИ</b>	<b>3,7318</b>	<b>0,001185</b>	<b>1,9599</b>	<b>0,060729</b>
О	2,6132	0,013421	—	—

*Примечание:* А — степень открытости, С — эмоциональная устойчивость, Н — смелость, О — степень тревожности, Q<sub>1</sub> — степень радикализма, Q<sub>4</sub> — уровень контроля, ПО — принятие ответственности, БИ — бегство-избегание, О — отрицание.

Для подростков с ДСТ такими факторами будут общительность, способность к установлению контактов (А), эмоциональная устойчивость (С), спокойная самоуверенность (О), степень радикализма (Q<sub>1</sub>), уровень контроля (Q<sub>4</sub>), а также копинг-стратегии «Принятие ответственности» (ПО), «Бегство-избегание» (БИ) и «Психологическая защита — отрицание» (О).

В то же время формирование высокого уровня адаптированности у здоровых подростков опирается на такие личностные качества, как эмоциональная устойчивость (С), степень активности в социальных контактах (Н), спокойная самоуверенность (О), уровень контроля (Q<sub>4</sub>), а также копинг-стратегия «Бегство-избегание» (БИ).

Таблица 2

Факторы, являющиеся следствием высокого уровня адаптированности у здоровых подростков и подростков с ДСТ

Зависимые переменные	ДСТ		НОРМА	
	F Фишера	p уровень	F Фишера	p уровень
С	—	—	3,117	0,009134
F	5,0659	0,002323	—	—
О	3,6926	0,009754	—	—
<b>Q<sub>3</sub></b>	<b>3,284</b>	<b>0,016030</b>	<b>1,8848</b>	<b>0,088729</b>
ПО	—	—	4,275	0,001595
ПП	—	—	2,192	0,048303
II	2,4611	0,049315	—	—

*Примечание:* С — эмоциональная устойчивость, F — степень сдержанности, О — степень тревожности, Q<sub>3</sub> — наличие внутренних напряжений, ПО — принятие ответственности, ПП — положительная переоценка, II — аутосимпатия.

Общими для обеих групп являются четыре фактора: С, О, Q<sub>4</sub> и БИ. Для достижения высокого уровня адаптированности подросткам с ДСТ необходимо наличие большего числа сильных личностных качеств, нежели здоровым подросткам, что, конечно, является гиперкомпенсацией заболевания. Такие подростки должны обладать повышенными способностями к установлению контактов, иметь внутреннюю независимость от общественных норм (что является генетически обусловленным фактором), высокий уровень ответственности и выраженный уровень психологической защиты — отрицание. Подростки с ДСТ должны быть не просто общительными, но и должны проявлять инициативу в контактах.

Высокий уровень адаптированности у подростков с ДСТ является причиной формирования таких личностных качеств, как степень сдержанности (F), спокойная самоуверенность (О), внутренний контроль (Q<sub>3</sub>), аутосимпатия (II).

Высокая адаптированность в группе НОРМА является причиной развития таких личностных качеств, как эмоциональная устойчивость (С), внутренний контроль, выраженность волевых характеристик (Q<sub>3</sub>), копинг-стратегий «Принятие ответственности» (ПО), «Положительная переоценка» (ПП). Общим личностным качеством для обеих групп является внутренний контроль и выраженность волевых характеристик (Q<sub>3</sub>).

Среди подростков с ДСТ фактор психологической устойчивости (О) является и причиной, и следствием высокой адаптированности. Спокойная уверенность в себе, нечувствительность к мнению о себе способствуют адаптации, а при высоком уровне адаптированности возрастает уверенность в себе.

При высокой адаптированности у подростков с ДСТ появляется аутосимпатия, т.е. дружелюбность к собственному «Я», самопринятие. Это одобрение себя в целом и в существенных частностях, доверие к себе и позитивная самооценка. В группе НОРМА такой закономерности не выявлено. Скорее всего, это связано с тем, что в данной группе симпатия к себе существует изначально.

Копинг-стратегия «Принятие ответственности» (ПО) в группе ДСТ является фактором формирования высокой адаптированности, а в группе НОРМА это ее следствие. Как мы выяснили ранее, ответственность в группе с ДСТ — переразвитое качество, это гиперответственность. В данном случае она становится причиной

критичности к себе и неудовлетворенности собой, что стимулирует (не всегда) личностный рост и повышение адаптированности. У здоровых подростков высокий уровень адаптированности способствует повышению ответственности.

В группе НОРМА фактор эмоциональной устойчивости (С) является и причиной, и следствием высокой адаптированности. Он способствует ее росту, и в то же время при повышении адаптированности происходит его дальнейшее развитие.

Полученные данные имеют практический интерес. Они эмпирически показывают различие адаптированности здоровых подростков и подростков с различными соматическими заболеваниями (на примере ДСТ и БА). По результатам исследований сделаны следующие выводы:

1. Существует сходство и различие в механизмах адаптированности подростков с ДСТ, здоровых подростков и подростков с БА.
2. Для высокоадаптированных подростков с ДСТ и здоровых подростков общими факторами формирования высокого уровня адаптированности являются эмоциональная устойчивость, спокойная самоуверенность, уровень контроля, а также копинг-стратегия «Бегство—избегание».
3. Для достижения высокого уровня адаптированности подросткам с ДСТ необходимо наличие большего числа сильных личностных качеств, нежели здоровым подросткам, что является гиперкомпенсацией заболевания.
4. Личностный профиль высокоадаптированных здоровых подростков обнаруживает большее сходство с высокоадаптированными подростками с ДСТ, чем с бронхиальной астмой, т.е. способ адаптации подростков с ДСТ более схож со способом адаптации здоровых подростков, чем подростков с бронхиальной астмой.

### Литература

1. Друк И.В. Бронхиальная астма, ассоциированная с дисплазией соединительной ткани: особенности течения заболевания: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Омск, 2004.
2. Казначеева А.А., Мельник Ю.И., Фомина Л.Н. Особенности психологической адаптации к средней школе у детей с признаками дисплазии соединительной ткани // Журнал прикладной психологии. – 2000. – № 6.
3. Мартынов А.И., Степура О.Б. Врожденные дисплазии соединительной ткани // Вести Российской АМН. – 1998. – № 2. – С. 47–54.
4. Михайлов А.Н., Ротенберг В.С. Особенности психологической защиты в норме и при соматических заболеваниях // Вопросы психологии. – 1990. – № 5. – С. 106–111.
5. Нартова-Бочавер С.К. «Coping-behavior» в системе понятий психологии личности // Психологический журнал. – 1997. – Т. 18, № 5. – С. 20–31.
6. Ролик И.Л. Особенности клинической картины, вегетативного и эмоционально-личностного статуса у больных с синдромом дисплазии соединительной ткани сердца: дис. ... канд. мед. наук. – М., 1995.
7. Романова Е.С., Гребенников Л.Р. Механизмы психологической защиты. Генезис. Функционирование. Диагностика. – Мытищи: Талант, 1996. – 144 с.
8. Самосознание и защитные механизмы личности: хрестоматия / под ред. Д.Я. Райгородского. – Самара: БАХРАХ, 2003. – 656 с.
9. Сидоров Г.А. Особенности состояния здоровья детей с признаками недифференцированной дисплазии соединительной ткани (комплексное клиничко-социальное исследование): дис. ... канд. мед. наук. – Смоленск, 2011. – 150 с.
10. Субботина Л.Ю. Психология защитного поведения. – Ярославль: Изд-во ЯрГУ, 2006. – 220 с.

11. Федотова С.А. Психологические особенности больных с дисплазией соединительной ткани // Материалы VI международной научно-практической конференции молодых ученых «Психология XXI века»; Санкт-Петербург, Ленинградский государственный университет имени А.С. Пушкина, 2–3 декабря 2010 г. – СПб.: ЛГУ им. А.С. Пушкина, 2010. – С. 272–277.
12. Coakley R.M., Holmbeck G.N., Bryant F.B. Constructing a Prospective Model of Psychosocial Adaptation in Young Adolescents with Spina Bifida: An Application of Optimal Data Analysis // J. Pediatr. Psychol. – 2006. – Vol. 31(10). – P. 1084–1099. – <http://jpepsy.oxfordjournals.org/content/31/10/1084.full>
13. Gargiulo M., Salvador M. Vivre avec une maladie genetique. – Paris: Albin Michel. – 2009. – 186 p.
14. George S. What Is Psychosocial Adaptation? // eHow, Contributor updated: August 10. – 2010. – [http://www.ehow.com/facts\\_6827752\\_psychosocial-adaptation\\_.html](http://www.ehow.com/facts_6827752_psychosocial-adaptation_.html)
15. Hale C.J., Hannum J.W., Espelage D.L. Social support and physical health // The importance of belonging: Journal of American College Health. – 2005. – № 53. – P. 276–284.
16. Livneh H., Antonak F.R. Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: A Primer for Counselors // Journal of Counseling and Development: JCD. – Vol. 83. – № 1.
17. Philippon P. Le syndrom de Marfan // Une publication de l'Association francaise du syndrome de Marfan. – Mars, 2010. – P. 64.
18. The nature of fibrous dysplasia / L. Feller, N.H. Wood, R.A.G. Khammissa [et al.] // Head Face Med. – 2009. – Vol. 5. – P. 22.

## **Social-psychological factors providing a high level of adaptation of teenagers with connective tissue dysplasia**

**Fedotova S.A.**

*Fedotova Svetlana Alekseevna*

*candidate of psychological sciences; Gosudarstvennoe byudzhethnoe uchrezhdenie zdravookhraneniya Yaroslavskoi oblasti "Oblastnoi Perinatal'nyi Tsentr", Tutaevskoe sh., 31v, Yaroslavl, 150042, Russian Federation. Phone: (4852) 78-81-03.*

*E-mail: Sv.fedotova@rambler.ru*

### **Abstract**

The article is dedicated to the study of psychological mechanisms providing a high level of social-psychological adaptation of teenagers diagnosed with connective tissue dysplasia in comparison with healthy teenagers and teenagers with bronchial asthma. Personal characteristics, coping strategies and indexes of psychological defenses and self-attitude are used as indexes of adaptation.

The goal of our study is to discover social-psychological factors and mechanisms providing high level of adaptation in teenagers diagnosed with CTD. Comparative analysis of factors in three groups of teenagers: CTD, bronchial asthma and healthy teenagers has been carried out. All the teenagers have a high level of adaptation; however there are significant differences in the indexes of psychological factors that provide adaptation, i.e. in the ways of adaptation. The studied factors have been evaluated according to the following techniques: the R. Cattell 16 Personality Factor Questionnaire, the R. Lazarus — T. Kryukova Ways of Coping Behaviour Questionnaire, the Plutchic — Kellerman — Conte Questionnaire, the V.V. Stolin and S.R. Pantileev Self-Attitude Test-questionnaire.

The obtained data empirically show the difference in the ways of adaptation between healthy teenagers and teenagers with CTD and bronchial asthma. The presence of chronic somatic disease with stigmas of external manifestations makes it difficult (though possible) for a CTD teenager to achieve a high level of adaptation. The main results of the study:

1. There is similarity and difference in the mechanisms of adaptation of CTD teenagers, healthy teenagers and BA teenagers.



2. Emotional stability, quite self-assurance, level of control and run-avoidance coping strategy are common factors of developing a high level of adaptation for highly adapted CTD teenagers and healthy teenagers.
3. CTD teenagers need to have a greater number of strong personal qualities than healthy teenagers to achieve a high level of adaptation, which is a hypercompensation of the disease.
4. Personal profile of highly adapted healthy teenagers shows more similarity with highly adapted teenagers with CTD than with bronchial asthma, i.e. the way of adaptation of teenagers with CTD is more similar to the adaptation of healthy teenagers than to teenagers with bronchial asthma.

**Key words:** connective tissue dysplasia; social-psychological adaptation; psychological mechanism.

### **Bibliographic reference**

Fedotova S.A. Social-psychological factors providing a high level of adaptation of teenagers with connective tissue dysplasia. *Med. psihol. Ross.*, 2015, no. 2(31), p. 10 [in Russian, in English]. Available at: <http://mprj.ru>

*Received: March 25, 2015*

*Accepted: April 8, 2015*

*Publisher: April 22, 2015*

Nowadays the number of persons suffering from hereditary and congenital diseases is increasing all over the world. Connective tissue dysplasia (CTD) is one of such diseases. It is an anomaly of connective tissue structure manifested in reducing collagen, which causes the dysfunction of various organs and systems [3; 6; 9; 17]. CTD persons have a wide range of psychological problems associated with systemic clinical impairments. It should be noted that the level of social-psychological adaptation of CTD persons can be various, just like in conditionally healthy persons — high, average or low [1; 11; 14; 16].

The **goal** of our study is to discover social-psychological factors and mechanisms providing high level of adaptation in persons diagnosed with CTD. Comparative analysis of factors associated with a high level of adaptation in three groups of teenagers — CTD (15 persons), bronchial asthma (18 persons) and healthy (16 persons) — has been carried out. All the teenagers have a high level of adaptation; however there are significant differences in the indexes of psychological factors that provide adaptation, i.e. in the ways of adaptation. The studied factors have been evaluated according to the following techniques: the R. Cattell 16 Personality Factor Questionnaire, the R. Lazarus — T. Kryukova Ways of Coping Behaviour Questionnaire, the Plutchik — Kellerman — Konte Questionnaire, the V.V. Stolin and S.R. Pantileev Self-Attitude Test-Questionnaire. Application of these questionnaires allows us to consider a maximum number of indexes.

The data analysis has shown that NORM and CTD groups have significant differences at the 0.04—0.06 level of significance according to indexes that express coping strategies of confrontation, distancing and taking responsibility.

All these copings are emotion-focused, i.e. they are directed at the regulation of experienced emotions and coping with emotional excitement caused by a stressor. [5] The development of these ways of coping behaviour in CTD teenagers is possibly associated first of all with an attempt to cope with internal anxiety.

"Confrontation" is more frequent in the CTD group than in the NORM group. The confrontation coping allows to solve a problem due to non-targeted behaviour activity and specific actions. Confrontation strategy is often regarded as nonadaptive, however it provides individual's ability to resist difficulties, vigour and initiative in solving problematic situations and ability to defend one's own interests if used moderately [10]. Obviously, this is what we have: the quantity of activities and actions helps both to cope with a situation (most significantly, with an emotional tension) in a certain way and contributes to the increasing adaptation, though these activities and actions do not always achieve goals. The absolute index of confrontation coping in the CTD group is 61%, in the NORM group — 50%.

"Distancing" is more frequent in the CTD group than in the NORM group. Coping with negative experiences related to the problem in case of distancing is caused by subjective reduction of its significance and the degree of emotional involvement in it. The usage of such intellectual techniques as rationalization, attention switching, escaping, humour and devaluation are typical for distancing. CTD teenagers use such way of coping with stress more often. Our studies have empirically proved that CTD persons have a higher level of anxiety and neurotism and a lower threshold of perceiving negative experiences [11]. CTD teenagers obviously need a more "thick skin", more developed ability not to become involved in the experiences for keeping their emotional stability in comparison with healthy teenagers [18]. Such way of coping behaviour is associated with intellectual development, includes the techniques of rationalization and situation analysis and requires a mindful approach to its use [7; 8]. The absolute index of distancing coping in the CTD group is 63%, in the NORM group — 51%.

The "taking responsibility" coping is more frequent in the CTD group than in the NORM group. The frequent use of this strategy in behaviour can lead to unjustified self-criticism and self-accusation, sense of guilt and chronic self-dissatisfaction [13]. We think that in this case a person can be harmed if he spreads his own responsibility over "the territory of another" and experiences emotional stress in the situations where actually he is not able to do anything. The developed "taking responsibility" coping may raise an adaptation due to the establishing of emotionally close relationships and stronger care for those people, whom it fits and who are ready to give something else in return. The absolute index of "taking responsibility" coping in the CTD group is 44%, in the NORM group — 36%.

There are significant differences in the expressiveness of two psychological defense mechanisms between the NORM group and CTD group: negation at the 0.04 level of significance and hypercompensation at the 0.03 level of significance. The level of negation in the CTD group is lower than in the NORM group, while the level of hypercompensation is higher. The absolute index of negation in the CTD group is 35%, in the NORM group — 51%. The absolute index of hypercompensation in the CTD group is 40%, in the NORM group — 30%. Negation and hypercompensation are two important factors that enable a teenager with dysplasia to achieve a high level of adaptation.

Self-attitude is the last unit of analyzed personal variables. There is no difference in the integral index between highly adapted healthy teenagers and highly adapted CTD teenagers. However, there are differences according to four separate components: some of them are higher in CTD teenagers and some are lower, which explains the absence of differences on the whole.

There are significant differences in the expressiveness of "self-respect" and "self-assurance" indexes at the 0.02 level, "self-acceptance" at the 0.03 level and "self-understanding" at the 0.0001 level in the CTD and NORM groups. All these indexes in the CTD group are lower than in the NORM group. CTD teenagers are characterized by some more self-respect, but less self-assurance, self-acceptance and self-understanding.

In accordance with the content of "self-respect" construct, this factor supposes evaluation of oneself according to the results of activities and objective achievements. Activity and successfulness develop self-respect in teenagers, but they are not able to accept themselves "unconditionally" and need an objectively fixed index (a test score, a praise of their results by a teacher etc.)

If a CTD teenager has a disease with stigmas of external manifestations, self-confidence becomes a challenge. Reliance on oneself and one's resources is an important factor that affects an adaptation [2; 15].

Unlike self-respect, which is based on objective results, self-acceptance is an affective component of self-attitude and a specific "unconditionally" positive relation to oneself, love to oneself. Unlike healthy teenagers, highly-adapted CTD teenagers have a critical attitude to themselves, they demand too much on themselves and are not satisfied with themselves even if they achieve good results.

The presence of disease negatively affects self-understanding, especially if a teenager is not diagnosed, which happens quite often. It is difficult for a teenager to explain the reasons of his emotional states, unexpected behaviour and specifics of appearance.

Further, let us consider separately each variable, which differs in CTD teenagers and teenagers with bronchial asthma according to the level of expressiveness. There are significant differences according to the following indexes: general level of intelligence (B), power of "Super-Ego" (G), degree of radicalism (Q1), level of control (Q4). The comparative analysis of similar data in the CTD group and NORM group has not revealed any differences. It allows us to assume that personal profile of highly adapted healthy teenagers turns out to be more similar to highly adapted teenagers with CTD, than with bronchial asthma, i.e. the way of adaptation of CTD teenagers is more similar to the adaptation of healthy teenagers than teenagers with bronchial asthma.

CTD and BA groups have significant differences at the 0.001 level of significance according to the general level of intelligence (B) index. The general level of intelligence in the CTD group is significantly higher than in BA group. Formally, teenagers from both groups study at the educational establishments of the same level and do not suffer from intellectual problems. The differences are possibly connected with the specifics of the disease. Objectively, bronchial asthma is a harder disease from the viewpoint of somatics; it is a life-threatening disease, therefore the system of values of a teenager with bronchial asthma changes. [1] The system of values shifts, which damages intellectual and personal development.

CTD group and BA groups have significant differences at the 0.001 level of significance according to power of "Super-Ego" (G) index. The power of "Super-Ego" in the CTD group is significantly lower than in BA group. CTD teenagers have an average level of values according to the absolute indexes of quality, while teenagers with asthma have the above average level of values. Teenagers with asthma have a high level of orientation for social norms; they are prone to act according to their principles and rules and have a high level of controlling their emotions. Nevertheless, teenagers with asthma live under the conditions of more certainty than CTD teenagers due to the specifics of the disease.

CTD group and BA group have significant differences at the 0.001 level of significance according to Q1 index, which expresses the degree of radicalism and dependence on the influence of public norm. Susceptibility to radicalism in the CTD group is significantly lower than in BA group. Besides, it is important to note here that the values of variables of CTD group indexes lie within the area of mean values, while in BA group they have an exaggerated level and reach extreme values. A high frequency of the factor is likely to show the neurotic level of its development, i.e. some demonstration of radicalism.

CTD group and BA groups have significant differences at the 0.001 level of significance according to Q4 (level of control) index. The level of control development in the CTD group is significantly lower than in BA group. In our opinion, it can be explained by the specifics of the disease: bronchial asthma teenagers need to have a higher control because their life depends on it.

CTD group and BA groups have significant differences at the 0.001 level of significance according to the index that expresses the coping strategy of distancing (D).

The level of distancing development (D) in the CTD group is significantly lower than in BA group. BA group has the highest level of index of this coping strategy in comparison with healthy teenagers и CTD teenagers. Distancing (D) means a deliberate making of cognitive efforts for reducing emotional significance of the situation [4]. Teenagers with bronchial asthma more often escape from situations that are emotionally significant for them; in our opinion, it can be explained by high emotionally-negative burden that they bear due to their disease. It becomes very difficult for them to endure additional burden.

We have revealed enough differences to suggest that there can be cause-effect relations between some social-psychological specific features of the personality of CTD teenagers and the level of their adaptation in both directions. We have used one-way ANOVA test to analyze the development mechanisms of adaptation in healthy teenagers and CTD teenagers. It is necessary to reveal which factors can appear as the predictors of the level of adaptation in the groups, and, in its turn, what personal qualities change due to a certain level of adaptation. Such method of studying the interaction of factors allows to get the most important and profound results of a research.

It has been revealed that there are common and different personal factors in the group of healthy teenagers and group with CTD teenagers, which to some extent determine the level of adaptation.

The results of analysis of variance are represented in Table 1 and Table 2. There are common and different personal factors in the group of healthy teenagers and group with CTD teenagers, which to some extent determine the level of adaptation.

Table 1

Factors determining high level of adaptation in healthy teenagers and CTD teenagers

Predictors	CTD		NORM	
	F Fisher	p level	F Fisher	p level
A	6.9786	0.000009	—	—
C	<b>2.7217</b>	<b>0.013800</b>	<b>2.8171</b>	<b>0.013525</b>
H	—	—	2.6476	0.019014
O	<b>3.2533</b>	<b>0.005441</b>	<b>2.2322</b>	<b>0.039201</b>
Q <sub>1</sub>	2.8924	0.015914	—	—
Q <sub>4</sub>	<b>3.7830</b>	<b>0.001601</b>	<b>2.3287</b>	<b>0.041631</b>
TR	2.7454	0.014965	—	—
RA	<b>3.7318</b>	<b>0.001185</b>	<b>1.9599</b>	<b>0.060729</b>
O	2.6132	0.013421	—	—

*Comment:* A — degree of openness, C — emotional stability, H — courage, O — degree of anxiety, Q<sub>1</sub> — degree of radicalism, Q<sub>4</sub> — level of control, TR — taking responsibility, RA — run-avoidance, O — negation.

Sociability, ability to establish contacts (A), emotional stability (C), quite self-assurance (O), degree of radicalism (Q<sub>1</sub>), level of control (Q<sub>4</sub>), as well as coping strategies of taking responsibility (TR), run-avoidance (RA) and such psychological defense as negation (O) will be such factors for CTD teenagers.

At the same time the development of high level of adaptation in healthy teenagers is based on such personal qualities as emotional stability (C), degree of activity in social contacts (H), quite self-assurance (O), level of control (Q<sub>4</sub>) and coping strategy of run-avoidance (RA).

Table 2

Factors determined by the high level of adaptation in healthy teenagers and CTD teenagers

Dependent variables	CTD		NORM	
	F Fisher	p level	F Fisher	p level
C	—	—	3.117	0.009134
F	5.0659	0.002323	—	—
O	3.6926	0.009754	—	—
<b>Q<sub>3</sub></b>	<b>3.284</b>	<b>0.016030</b>	<b>1.8848</b>	<b>0.088729</b>
TR	—	—	4.275	0.001595
PR	—	—	2.192	0.048303
II	2.4611	0.049315	—	—

*Comment:* C — emotional stability, F — degree of restraint, O — degree of anxiety, Q<sub>3</sub> — presence of inner tensions, TR — taking responsibility, PR — Positive reevaluation, II — autosympathy.

Four factors are common for both groups: C, O, Q<sub>4</sub> and RA. CTD teenagers need to have a greater number of strong personal qualities than healthy teenagers to achieve a high level of adaptation, which is undoubtedly a hypercompensation of the disease. Such teenagers have to possess higher abilities to establish contacts, internal independence from social convention (which is an inherent factor), high level of responsibility and expressed level of such psychological defense as negation. CTD teenagers have to be both sociable and initiative in establishing contacts.

High level of adaptation in CTD teenagers causes the development of such personal qualities as degree of restraint (F), quite self-assurance (O), internal control (Q<sub>3</sub>), autosympathy (II).

High adaptation in the NORM group causes the development of such personal qualities as emotional stability (C), internal control, intensity of volitional characteristics (Q<sub>3</sub>), coping strategies of taking responsibility (TR) and positive reevaluation (PR). Internal control and intensity of volitional characteristics (Q<sub>3</sub>) is a common personal quality for both groups.

Factor of psychological stability (O) is a cause and effect of high adaptation in CTD teenagers. Quite self-confidence and insensitivity to the opinion of oneself contribute to adaptation, while high level of adaptation raises self-confidence.

The high adaptation in CTD teenagers causes autosympathy, i.e. friendliness to one's "Ego" and self-acceptance. This is a self-approval in general and in significant details, self-trust and positive self-assessment. This regularity has not been revealed in the NORM group. It is likely connected with the fact that sympathy is inherent in this group.

Coping strategy of taking responsibility (TR) in the CTD group is a factor of developing high adaptation, being its effect in the NORM group. As we have discovered earlier responsibility in the CTD group is an overdeveloped quality, a hyperresponsibility. In this case it causes self-criticism and self-dissatisfaction, which stimulates (though not always) personal growth and raises adaptation. In healthy teenagers, the high level of adaptation contributes to increasing responsibility.

In the NORM group, the factor of emotional stability (C) is both cause and effect of high adaptation. It contributes to its growth, while the increasing adaptation causes its further development.

The obtained data have practical application. They empirically show the difference in the ways of adaptation between healthy teenagers and teenagers with various somatic diseases (on the example of CTD and BA). The following conclusions have been made according to the results of the studies:

1. There is similarity and difference in the mechanisms of adaptation of CTD teenagers, healthy teenagers and BA teenagers.
2. Emotional stability, quite self-assurance, level of control and run-avoidance coping strategy are common factors of developing a high level of adaptation for highly adapted CTD teenagers and healthy teenagers.
3. CTD teenagers need to have a greater number of strong personal qualities than healthy teenagers to achieve a high level of adaptation, which is a hypercompensation of a disease.
4. Personal profile of highly adapted healthy teenagers turns out to be more similar to highly adapted teenagers with CTD, than with bronchial asthma, i.e. the way of adaptation of CTD teenagers is more similar to the adaptation of healthy teenagers than teenagers with bronchial asthma.

### References

1. Druk I.V. *Bronkhial'naya astma, assotsirovannaya s displaziei soedinitel'noi tkani: osobennosti techeniya zabolevaniya. Avtoref. dis. kand. med. nauk.* Omsk, 2004.
2. Kaznacheeva A.A., Mel'nik Yu.I., Fomina L.N. Osobennosti psikhologicheskoi adaptatsii k srednei shkole u detei s priznakami displazii soedinitel'noi tkani. *Zhurnal prikladnoi psikhologii*, 2000, no. 6.
3. Martynov A.I., Stepura O.B. Vrozhdennye displazii soedinitel'noi tkani [Congenital Dysplasias of Connective Tissue]. *Vesti Rossiiskoi AMN*, 1998, no. 2, pp. 47–54.
4. Mikhailov A.N., Rotenberg V.S. Osobennosti psikhologicheskoi zashchity v norme i pri somaticheskikh zabolevaniyakh [Specific Features of Psychological Defense in Norm and in Case of Somatic Disease]. *Voprosy psikhologii*, 1990, no. 5, pp. 106–111.
5. Nartova-Bochaver S.K. "Coping-behavior" v sisteme ponyatii psikhologii lichnosti ["Coping-behaviour" in Concept System of Personality Psychology]. *Psikhologicheskii zhurnal*, 1997, vol. 18, no. 5, pp. 20–31.
6. Rolik I.L. *Osobennosti klinicheskoi kartiny, vegetativnogo i emotsional'no-lichnostnogo statusa u bol'nykh s sindromom displazii soedinitel'noi tkani serdtsa. Dis. kand. med. nauk.* Moscow, 1995.
7. Romanova E.S., Grebennikov L.R. *Mekhanizmy psikhologicheskoi zashchity. Genезis. Funktsionirovanie. Diagnostika* [Mechanisms of psychological protection. Genesis. Functioning. Diagnostics]. Mytishchi, Talant Publ., 1996. 144 p.
8. Raigorodskii D.Ya., eds. *Samosoznanie i zashchitnye mekhanizmy lichnosti.* Samara: BAKhRAKh Publ., 2003. 656 p.
9. Sidorov G.A. *Osobennosti sostoyaniya zdorov'ya detei s priznakami nedifferentsirovannoi displazii soedinitel'noi tkani (kompleksnoe kliniko-sotsial'noe issledovanie). Dis. kand. med. nauk.* Smolensk, 2011. 150 p.
10. Subbotina L.Yu. *Psikhologiya zashchitnogo povedeniya* [Psychology of protective behavior]. Yaroslavl, Izd-vo YarGU Publ., 2006. 220 p.
11. Fedotova S.A. Psikhologicheskie osobennosti bol'nykh s displaziei soedinitel'noi tkani [Psychological Specific Features of Patients with Dysplasia of Connective Tissue]. *Materialy VI mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii molodykh uchenykh "Psikhologiya KhKhI veka"; Sankt-Peterburg, Leningradskii gosudarstvennyi universitet imeni A.S. Pushkina, 2–3 dekabrya 2010 g.* St. Petersburg, LGU im. A.S. Pushkina Publ., 2010, pp. 272–277.

12. Coakley R.M., Holmbeck G.N., Bryant F.B. Constructing a Prospective Model of Psychosocial Adaptation in Young Adolescents with Spina Bifida: An Application of Optimal Data Analysis. *J. Pediatr. Psychol.*, 2006, vol. 31(10), pp. 1084–1099. Available at: <http://jpepsy.oxfordjournals.org/content/31/10/1084.full>
13. Gargiulo M., Salvador M. *Vivre avec une maladie genetique*. Paris, Albin Michel, 2009. 186 p.
14. George S. What Is Psychosocial Adaptation? *eHow*. Contributor updated: August 10, 2010. Available at: [http://www.ehow.com/facts\\_6827752\\_psychosocial-adaptation\\_.html](http://www.ehow.com/facts_6827752_psychosocial-adaptation_.html)
15. Hale C.J., Hannum J.W., Espelage D.L. Social support and physical health. *The importance of belonging: Journal of American College Health*, 2005, no. 53, pp. 276–284.
16. Livneh H., Antonak F.R. Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: A Primer for Counselors. *Journal of Counseling and Development: JCD*, 2005, vol. 83, no. 1, pp. 12–20.
17. Philippon P. Le syndrom de Marfan. *Une publication de l'Association francaise du syndrome de Marfan*, Mars, 2010, pp. 64.
18. Feller L., Wood N.H., Khammissa R.A.G., Lemmer J., Raubenheimer E.J. The nature of fibrous dysplasia. *Head Face Med.*, 2009, vol. 5, pp. 22.