

# PERSONAL FEATURES OF CHILDREN AND TEENAGERS OF THE UZBEK POPULATION IN SOME SOMATIC DISEASES

A.Sh.Arzikulov 

1. Andijan State Medical Institute, Andijan, Uzbekistan.

OPEN ACCESS  
IJSP**Correspondence**Arzikulov Abduraim  
Shamshievich, Andijan State  
Medical Institute, Andijan,  
Uzbekistan.e-mail: [pediatr60@mail.ru](mailto:pediatr60@mail.ru)

Received: 08 January 2025

Revised: 16 January 2025

Accepted: 24 January 2025

Published: 28 January 2025

Funding source for publication:  
Andijan state medical institute and  
I-EDU GROUP LLC.**Publisher's Note:** IJSP stays  
neutral with regard to jurisdictional  
claims in published maps and  
institutional affiliations.**Copyright:** © 2022 by the  
authors. Licensee IJSP, Andijan,  
Uzbekistan. This article is an open  
access article distributed under  
the terms and conditions of the  
Creative Commons Attribution  
(CC BY-NC-ND) license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).**Abstract.**

The article is devoted to the study of personality characteristics of children and adolescents of the Uzbek population in some somatic diseases. **Objects of study:** An in-depth clinical and psychological examination of the contingent of children with some somatic diseases (peptic ulcer of the stomach and duodenum, acute leukemia, neurocirculatory dystonia) who were hospitalized in children's clinics of the ASMI. In individuals included in this group, neurocirculatory dystonia was verified for hyper hypotonic and cardiac type (NCD) (41 children), acute leukemia (OL) (43 children), gastric and duodenal ulcer (UB) (32 children). **Objective:** To identify personality characteristics in children and adolescents of the Uzbek population and their role in the development and stabilization of certain somatic diseases. **Research method:** Experimental, medical and psychological examination of the emotional personality sphere of children and adolescents. **Results obtained:** Data on personality-characterological features in children with neurocirculatory dystonia, acute leukemia and peptic ulcer of the stomach and duodenum are obtained. The revealed features of temperament and psychoemotional excitability in children and adolescents against unfavorable family and other social factors are premorbid factors in the development and manifestation of gastric and duodenal ulcer, leukemia, and neurocirculatory dystonia. Children with peptic ulcer of the stomach and duodenum, leukemia and neurocirculatory dystonia differ from healthy peers in general high accentuation.

**Key words:** personality, temperament, impaired adaptation, character accentuation, somatic diseases.

**Актуальность.** Идея о тесном взаимодействии соматических и психогенных факторов в определении состояния здоровья и болезни является одной из самых актуальных в современной медицине. Ухудшение окружающей среды, в которой существует человечество, и резко возросшее число вредных психологических воздействий привело к увеличению распространенности тех соматических заболеваний, в механизме возникновения которых большую роль играют эмоциональные факторы. [1].

Из-за уменьшения частоты инфекционных болезней увеличился удельный вес заболеваний, которые возникают в связи с трудностями приспособления к резко ухудшившимся условиям существования. Их называют болезнями адаптации, а так как они в значительной степени связаны с прогрессом, то приобрели еще и другое название (по существу являясь психосоматическими расстройствами) – «болезни цивилизации» [2,3].

По литературным данным, среди обращающихся за помощью в поликлинику, 40-68% детей страдают именно этими расстройствами. Из всех наблюдающихся педиатрами больных детей 2/5 относятся именно к этой категории.

Тесная связь эмоциональных факторов с определенными соматическими болезнями первоначально привела к выделению последних из общего ряда. Были описаны типичные «психосоматические расстройства»- гипертоническая болезнь, артриты, мигрень, диабет, гипертиреоз, астма, язвенная болезнь, язвенный колит, нейродерматит [4].

В настоящее время в этой группе насчитывается более 230 нозологий. Они рассматриваются как результат стойкого эмоционального напряжения, связанного со специфическим для каждого из них личностным конфликтом. При этом, как полагают, из-за глубокого вытеснения его, особенно страдает вегетативная нервная система, а тип возникшего заболевания объясняется эмоциональной реактивностью. Подавляемая агрессия активируя симпатическую систему, приводит например, к мигрени, гипертиреозу, гипертонической болезни, а нереализованное стремление

к признанию - к астме, язвенной болезни, благодаря включению холинэргических систем. Дальнейшее изучение показало, что эмоциональная и физиологическая реакция на значимый средовой стимул не может быть выведена из имеющихся качественных и количественных характеристик реагирующей личности и организма. Возникающая в ответ на стимул активация – психофизиологическая переменная по отношению к интенсивности и характеру этого стимула, зависит также от состояния субъекта в момент его действия. Распространенность «психосоматических» заболеваний колеблется в зависимости от культурного уровня и структуры семьи, от национальных и местных особенностей воспитания. В некоторых семьях можно обнаружить такие заболевания в нескольких поколениях. Личностные конфликты детей, лежащие в основе психосоматических расстройств, связывают с нарушением отношений между родителями и детьми, которые определяются персональными особенностями родителей или обстоятельствами жизни. Особую трудность для ребенка представляет семейная ситуация, при которой родители оказывают на него постоянное ригидное давление - гиперопека [4].

На основании литературных данных можно предположить следующий механизм психосоматических взаимоотношений при развитии соматических заболеваний в детском возрасте: первым его звеном является эмоциональный стресс, действие которого определяется эмоциональным знаком силы, продолжительностью, повторяемостью стимула. Однако, часто наиболее существенны его психологическая значимость и тип личности [5]. Благодаря адаптационному барьеру далеко не каждая трудная ситуация приводит к патологическому реагированию – личность создает психологическую защиту от вредного действия стресса. Только в том случае, если последняя не выполняет своей роли, может развиваться заболевание.

#### **Цель исследования.**

Выявить личностные особенности у детей и подростков узбекской популяции и их роль в развитии и стабилизации некоторых соматических заболеваний.

#### **Материал и методы исследования**

Углубленное клинико-психологическое обследование контингента детей с некоторыми соматическими заболеваниями (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, острый лейкоз, нейроциркуляторная дистония) находившихся на стационарном лечении в детских клиниках АГМИ. У лиц, вошедших в эту группу, были верифицированы нейроциркуляторная дистония по гипер- гипотоническому и сердечному типу (НЦД) (41 детей), острый лейкоз (ОЛ) (43 детей), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБ) (32 детей). В программу обследования включало:

Экспериментальное, медико-психологическое обследование эмоциональной личностной сферы, проводился по следующей программе:

1. Обследование и наблюдение за поведением детей в ситуации эксперимента на предмет выявления особенностей эмоционально-волевой сферы, внимания, поведения, характера: оживленность, поспешность, импульсивность, неусидчивость, истощаемость, тревожность, нервозность, скованность, робость, неуверенность, вялость, пассивность, медлительность, негативизм.
2. Частично стандартизированное диагностическое интервью Шванцера – беседа.
3. Патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) – для детей и подростков с 10 до 18 лет.
4. Исследование самооценки по методу Дембо-Рубинштейн.
5. Детский вариант личностного опросника Кеттелля для детей с 8 до 12 лет.
6. Детский вариант личностного опросника Айзенк для детей.
7. Проективные методы исследования личности:
  - а) картиночный фрустрационный (стрессогенный) тест Розенцвейга для детей и подростков, б) тесты Роршаха.
8. Стандартная анкета-характеристика на ребенка (заполнялась педагогом и родителями).
9. Выявление особенностей микросоциальной среды - семьи и школы.
10. Проведение ЭКГ исследования (в 12 стандартных отведениях), эхоэнцефалография, реоэнцефалография и др.
11. Измерение АД, ДАД, подсчет частоты пульса.
12. Исследование вегетативного гомеостаза (вегетативный тонус, реактивность, обеспеченность).

Кроме этих исследований применялись общепринятые клинические (общий анализ крови, мочи, кала, рентгенография грудной клетки, черепа), биохимические (общий белок, остаточный азот, мочевины, калий и кальций в сыворотке крови, ревмопробы), проводились консультации специалистов (психиатра, психоневролога, эндокринолога, кардиоревматолога, травматолога). Объективное исследование детей проводилось в условиях детских поликлиник и стационаров с применением общепринятых методов - осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация.

**Результаты исследования** подвергнуты вариационно-статистической обработке: средние значения ( $X$ ), среднее квадратическое отклонение ( $T$ ) и ее ошибки ( $+m$ ), проверка гипотез от нормального распределения проверялись  $t$  критерием Стьюдента. Корреляционный и дисперсионный анализ проводился на компьютере Pentium IV согласно программе. Центильное распределение показателей личностных факторов рассчитывалось с использованием математического алгоритма

**Результаты.** Установлено, что дети с лейкозом отличались низкими показателями общительности – «экстраверсия – интраверсия» ( $13,5 \pm 0,4\%$  и  $13,1 \pm 0,35\%$ ;  $P < 0,05$ , - у мальчиков и девочек). Фактор «нейротизма» или психоэмоциональной стабильности достоверно чаще наблюдается у мальчиков ( $14,6 \pm 0,7\%$  и  $13,7 \pm 0,4\%$ ;  $P < 0,05$ ). Отмеченные особенности больных детей в реагировании на болезнь делают их эмоционально лабильными и раздражительными. У мальчиков состояние повышенной тревожности выражено сильнее. У больных с ОЛ выявлена достоверная тенденция к снижению оценок по факторам, отражающим уровень общительности и эмоциональной стабильности - факторы «А» и «С» ( $3,8 \pm 0,1$  и  $4,3 \pm 0,2$ ;  $P < 0,001$  - у мальчиков и девочек). Это подтверждается высокой корреляционной связью показателей личностного фактора «А» по Кеттеллу и общительности «экстраверсия - интраверсия» по Айзенку ( $r = + 1,0$ ), фактора «С» и нейротизма ( $r = + 1,0$ ). У больных мальчиков отмечаются низкие оценки по фактору «Е» ( $2,3 \pm 0,1$ ;  $P < 0,001$ ), отражающему общительность, послушность, повышенную зависимость от взрослых и детей, пассивность[5]. Высокая оценка по фактору «Д» ( $6,2 \pm 0,4$  и  $6,0 \pm 0,5$ ,  $P < 0,001$ ) делает их эмоционально несдержанными, неуравновешенными и позволяет заключить о повышенной возбудимости или сверх активности на слабые провоцирующие стимулы. Для них характерны отвлекаемость, недостаточная концентрация внимания. Тенденция к снижению оценок по фактору «Н» ( $3,4 \pm 0,3$  и  $4,0 \pm 0,3$ ;  $P < 0,05$ ) у больных детей подчеркивает их большую застенчивость, повышенную чувствительность. Фактор «Q» и «Q4» отражают степень внутреннего конфликта, связанного с жизненными неудачами ребенка ( $P < 0,05$  и  $P < 0,001$ ).

Резко повышенные оценки у больных ОЛ по фактору «Q3» ( $P < 0,001$ ), позволяют говорить о склонности их к ипохондрии, фобиям, повышенной тревожности, что является основой возникновения невротичности. Повышенные оценки по фактору «Q4» ( $7,2 \pm 0,1$  и  $7,0 \pm 0,5$ ,  $P < 0,001$ ), свидетельствуют о преобладании в поведении больных нервного напряжения. Кривая усредненного профиля личности (рисунок), характеризуется выраженными «шкалами» и «провалами». Выраженный «пик» по шкале фактора «Q» и не менее выраженные «пики» по факторам «Q3», «Q4», «Д» и «G» отражают степень невротизации больного ребенка. «Провалы» по шкале факторов «А», «С» и «Д» указывают на тенденцию аутизации личности. В целом, полученные данные методом Айзенка и Кеттеля указывают на достаточно высокий уровень невротизации личности при ОЛ.

С целью прогноза поведения больных в фрустрационных ситуациях мы исследовали устойчивые характеристики их фрустрационных реакций. Обнаружено, что у больных ОЛ количество безобвинительных реакций было снижено ( $9,6 \pm 0,6$  и  $9,5 \pm 0,9$  у мальчиков и девочек,  $P < 0,05$ ), а количество самообвинительных реакций достоверно увеличенным ( $5,21 \pm 0,28$  и  $5,5 \pm 0,29$ ,  $P < 0,001$ ). При анализе типов реагирования выявлено, что у детей, больных ОЛ, наблюдается достоверное снижение количества препятственно-доминантных ( $6,8 \pm 0,5$  и  $4,9 \pm 0,6$ ) и самозащитных реакций ( $9,5 \pm 0,4$  и  $9,4 \pm 0,9$   $P < 0,05$ ), что является показателем слабости личности по Розенцвейгу и свидетельствует о недостаточно адекватном реагировании на фрустрацию. Низкий процент этих реакций характеризует внутреннюю беспомощность ребенка, неспособность справиться с жизненными трудностями. У больных детей ОЛ отчетливо повышается разрешающий тип реагирования ( $7,7 \pm 0,5$  и  $9,8 \pm 0,3$ ,  $P < 0,001$ ). Анализируя результаты, полученные с помощью метода Роршах у больных детей ОЛ, можно отметить общее повышение продуктивности («R» больше целостных «W»,  $P < 0,05$ ). В группе больных ОЛ выявлены некоторые особенности

формообразования или «четкости перцепции». В этой группе отмечается отчетливое снижение положительных «F+%», с повышением отрицательных форм «F-%» ( $P < 0,001$ ). Для больных характерна частая интерпретация больших деталей стимульного материала «Д» ( $P < 0,05$ ), а затем на ее основе давать обобщающее толкование. Наблюдается снижение количества популярных («Pop») интерпретаций и отсутствие оригинальных («Orig») ответов, что укладывается в синдром «нестандартности» актуализируемых свойств и признаков при исследовании мышления. Результаты анализа показывают, что у больных ОЛ отмечается тенденция к увеличению интерпретации растительного содержания ( $p = 6,5\%$ ,  $P > 0,05$ ), «неодушевленных предметов» (Овq =  $14,5\%$ ,  $P > 0,01$ ) и ответы анатомического содержания (анат =  $8,0\%$   $P > 0,05$ ). По нашему мнению, эти результаты наряду со снижением количества популярных интерпретаций, отсутствием оригинальных с большим количеством «W» - ответов и деталей («Д») стимульного материала, очевидно отражают внутреннее состояние личности больного ОЛ и, по всей вероятности, являются специфическими признаками. Судя по соотношению кинестических (двинецических (двии цветовых интерпретаций  $1,12 < (5,1 + 0,6)$ ), аффективность оценивается как неустойчивая, а адаптация к окружающей среде, возможно и к физическим, психологическим изменениям, возникшим вследствие ОЛ - низкой.

Изучение типов переживания по методу Роршах показало, что больные дети ОЛ относятся к расширенному типу. Наибольший удельный вес принадлежит экстрастенсивно-эгоцентрическому типу ( $73,1\%$ ), активность которого полностью определяется внешними побуждениями. Кинестические интерпретации отмечались у  $12,4\%$  обследованных больных и только у  $2,4\%$  детей количественно превосходили цветовые ответы. У обследованных нами больных интроверсивная направленность заметно не выражена. Лишь  $12,1\%$  обследованных больных с тенденцией к коартаивности (суженный), были социально более адаптированы.

Обследованная нами группа больных детей ОЛ заметно отличалась по частоте ряда акцентуаций от здоровой популяции школьников. Обращает на себя внимание достоверно высокий процент подростков с гипертимными ( $34,8\%$  и  $30,8\%$   $P < 0,05$  - у мальчиков и девочек), эпилептоидными чертами характера ( $21,8\%$  и  $38,4\%$ , - у мальчиков и девочек). Следует указать на более высокий процент ( $15,4\%$ ,  $P < 0,05$ ) замкнутых акцентуаций у больных подростков девочек по сравнению с мальчиками. Среди обследованных нами больных подростков ОЛ  $26,0\%$  мальчиков и  $15,4\%$  девочек были отнесены к неакцентуированным ( $P < 0,001$ ). Доминирующей явилась эпилептоидная акцентуация характера, у девочек с ОЛ она регистрировалась почти в  $6,4$  раза чаще, чем у здоровых. Отмечается значительное преобладание акцентуированных личностей среди детей ОЛ, и в частности, сравнительно большая частота у больных таких типов личности, для которых особенно характерна психологическая конфликтность (эпилептоидного, замкнутого). Стресс наиболее часто возникает в условиях психологического конфликта, столь характерного для акцентуированных личностей. Это хорошо объясняет склонность больных детей с ОЛ к эксплозивности (взрывчатости), неспособность корригировать свои эмоциональные и поведенческие реакции. Личность больного ЯБ характеризуется высоким уровнем фактора эмоциональной нестабильности (нейротизма) как у мальчиков ( $15,4 \pm 1,0$ ;  $P < 0,001$ ), так и у девочек ( $15, \pm 0,6$ ;  $P < 0,001$ ). Характерным явился также низкий показатель общительности «экстраверсия - интраверсия» ( $12,5 \pm 0,6$  и  $12,05 \pm 0,4$  - у мальчиков и девочек,  $P < 0,001$ ), что характеризует их как менее общительных. В поведении больных ЯБ часто наблюдаются негативизм, упрямство и тревожная обязательность, что подтверждается низкими оценками по фактору «А» ( $3,3 \pm 0,2$  и  $3,2 \pm 0,2$ ;  $P < 0,001$ - у мальчиков и девочек). Отмечается тенденция к снижению оценок по факторам «В» и «С», отражающих уровень развития вербального интеллекта ( $4,4 \pm 0,3$  и  $3,7 \pm 0,3$ ;  $2,9 \pm 0,25$  и  $2,9 \pm 0,2$ - соответственно у мальчиков и девочек,  $P < 0,001$ ). У больных детей часто отмечается невнимательность, утомляемость. У них обнаруживали неустойчивость настроения, раздражительность, они слабо контролировали свои эмоции. В большинстве случаев испытывали трудности в приспособлении к новым условиям (низкие «С» -  $2,9 \pm 0,25$  и  $2,9 \pm 0,2$ ;  $P < 0,001$ ). Высокая оценка по фактору «G» ( $8,0 \pm 0,25$  и  $6,8 \pm 0,2$ ;  $P < 0,001$ ) позволяет говорить о развитии у больных детей таких черт личности, как целеустремленность, добросовестность, исполнительность, ответственность. Для них характерны тревожная обязательность, гиперсоциальная направленность поступков и суждений. Высокие оценки по фактору «I» ( $7,8 \pm 0,4$  и  $7,45 \pm 0,3$ ;  $P < 0,001$ ) отражают эмоциональную сен-

сивность и сентиментальность. Больные в большой степени подвержены влияниям внешней среды.

Высокие оценки по факторам «Q3» и «Q4» ( $7,9\pm 0,4$  и  $7,35\pm 0,2$ ;  $8,8\pm 0,4$  и  $7,05\pm 0,3$ ;  $P<0,001$ ) свидетельствуют о невротическом развитии личности - показателе тревоги и депрессии в зависимости от ситуации. Больные дети отличаются избытком побуждений, которые не находят практической разрядки в процессе деятельности. В их поведении превалирует нервное напряжение. Больных ЯБ можно отнести к чрезмерно реагирующим личностям, у них отмечаются преобладание шкал невротической триады (Д, Q3, Q4), а также неспособность этих больных преодолеть внутренний конфликт, который у них заложен с детского возраста. Изучение взаимоотношений больных в социальных микрогруппах показало преобладание у них интрапунитивных (агрессия на себя) реакций ( $12,0\pm 0,6$  и  $11,05\pm 0,6$  - у мальчиков и девочек,  $P<0,001$ ). Внешне обвинительные ( $8,5\pm 0,5$  и  $8,15\pm 0,6$ ) и безобвинительные ( $3,5\pm 0,6$  и  $4,1\pm 0,4$ ) реакции ниже, чем в контрольной группе ( $P<0,001$ ). У больных ЯБ количество внешнеобвинительных реакций было снижено, что свидетельствует о недостаточно адекватном реагировании на фрустрацию. Неспособность защитить свое «Я» выражается достоверным снижением самозащитных реакций «ЕД» ( $6,7\pm 0,5$  и  $7,35\pm 0,7$ ;  $P<0,05$  - у мальчиков и девочек) и повышением разрешающих «IP» ( $10,4\pm 0,7$  и  $10,5\pm 0,8$ ;  $P<0,001$ - у мальчиков и девочек).

При анализе результатов исследований с использованием метода Роршаха установили, что у 78,1% обследованных больных ответ, содержащий «движения человека», отсутствует. Лишь у 21,9% встречается не более одной кинестетической интерпретации. В части случаев отмечается отказ от интерпретации на отдельные (IV, VI, VII, IX) таблицы Роршаха (71,8% больных отказались давать ответы от 1 до 4 отказов в протоколе). Как известно, у здоровых обследованных нами детей, случаев отказа не наблюдалось. Уменьшение количества ответов на IV, VI, VII, IX и X таблицы у наших обследованных больных – признак цветового шока, что свидетельствует о желании избежать трудности, беспокойство, фрустрацию. В понимании происхождения этих ответов Роршах исходил из того, что они также отражают аффективность, но сдерживаемую субъектом, и указывают на то, что он с трудом адаптируется к окружению из-за нерешительности и боязливости.

У больных ЯБ наблюдается относительно высокий процент ответов по содержанию: Obj, Anat, PI ( $P>0,05$ ). Популярных и оригинальных ответов больше, чем у здоровой популяции. Изучением взаимосвязи кинестетических и цветовых интерпретаций (тип переживания) установлено, что наибольший удельный вес принадлежит экстратенсивно-эгоцентрическому типу ( $78,1\pm 7,31$ ), активность которого полностью определяется внешними побуждениями. У обследованных нами больных интроверсивная направленность достоверно снижена ( $4,7\%$ ,  $P<0,001$ ).

Для личности больных ЯБ в целом характерны акцентуированные черты личности. В отличие от здоровых подростков у больных ЯБ достоверно чаще встречались следующие типы акцентуации характера: сенситивный (сверхчувствительный) ( $41,7\pm 14,2$  и  $30,0\pm 10,2$ ,  $P<0,001$  у мальчиков и девочек), циклоидный ( $P>0,05$ ), эмоционально-лабильный ( $P>0,001$ ). Психоастеничный и истероидный типы акцентуации также чаще отмечались у подростков с ЯБ. У 2/3 обследованных детей ЯБ акцентуация характера установлена по типу моноакцентуации. У остальных больных (21,9%) установлен сочетанный тип по нескольким признакам.

Подростки, больные ЯБ, отличаются от здоровых сверстников акцентуированностью и большей частотой сенситивного, эмоционально-лабильного, циклоидного и лабильно-истероидного типов акцентуации.

Это свидетельствует о повышенной вероятности возникновения в их жизни стрессовых ситуаций, чрезмерной впечатлительности и повышенной чувствительности к отношению и оценкам окружающих. Изучением микросоциальных условий жизни (семьи и школы) детей с ЯБ установлено, что у 48% семей происходят частые скандалы, или между родителями нередко возникают длительные ссоры по разным причинам (28%). Частые конфликты между супругами были в основном из-за воспитания детей (47,2%) и из-за разных оценок событий (16,6%). Частым явлением являются конфликты между родителями и детьми. Среди причин конфликтности между родителями в 32,6% случаев указываются низкая успеваемость детей в школе, плохое поведение (18,3%), стремление к самостоятельности (20,4%), грубость и неряшливость (8,2%).

В методах, применяемых родителями в воспитании детей, превалирует при-

казание и требование (57,1 %), а в 1/3 семей практикуется физическое наказание (32,1%). Парадоксально мнение родителей о степени их педагогической подготовленности к воспитанию детей. Лишь 18,1% супругов считают себя неподготовленными, а 81,8 %, наоборот, считают себя вполне достаточно подготовленными. Среди семей, имеющих детей с ЯБ, удельный вес неполных семей был в 2,3 раза выше, чем в контрольной группе. Психотравмирующая ситуация в школе была у 38,9 % больных. Наиболее частыми конфликтами были конфликты с учителями и ровесниками. Данные исследования детей с нейрциркуляторной дистонией по методу Айзенка свидетельствуют, что больные в целом достоверно экстравертированы ( $17,3 \pm 0,6$  и  $16,7 \pm 0,4$ ,  $P < 0,001$ ), что позволяет охарактеризовать их как более общительных, активных и склонных к лидерству. Для гипотонического и кардиального типов увеличение показателя общительности оказалось не достоверным ( $P > 0,05$ ).

Для больных НЦД по гипотоническому типу характерны подавленность настроения или апатия. Большинство детей тревожат навязчивые страхи за здоровье, и они считают себя тяжелобольными. Среди вегетовисцеральных проявлений, кардиалгии и другие неприятные ощущения в области сердца встречались постоянно ( $P < 0,05$ ) и были наиболее значимы для больного. Высокий показатель психо – эмоциональной нестабильности у больных ( $15 \pm 0,8$  и  $16,6 \pm 0,6$ ,  $P < 0,001$  у мальчиков и девочек) свидетельствует о повышении уровня тревоги и нейротизма. В группе больных НЦД наиболее характерными являлись легкое и частое возникновение немотивированной тревоги, колебания настроения, субдепрессивные эпизоды в преморбиде. На легкую ранимость и сенситивность указывает снижение фактора «С» ( $3,2 \pm 0,5$  и  $2,7 \pm 0,4$ ;  $P < 0,001$ ). Отличают этих детей выраженная недоверчивость, обидчивость, агрессивность, настойчивость в достижении цели и честолюбивые устремления (подъем фактора «Е» -  $6,1 \pm 0,3$  и  $6,6 \pm 0,4$ ;  $P < 0,05$ ). Снижение фактора «Н» ( $3,2 \pm 0,3$  и  $1,6 \pm 0,4$ ;  $P < 0,001$  - у мальчиков и девочек) свидетельствует о неуверенности в себе, склонности к постоянным сомнениям при принятии решений, формировании навязчивости, снижении предприимчивости и энергичности. Недовольство ситуацией, своим поведением в ней и высокая напряженность не отреагированных побуждений отражались в подъеме фактора Q и Q4 ( $6,8 \pm 0,3$  и  $7,04 \pm 0,15$ ;  $6,8 \pm 0,4$  и  $6,9 \pm 0,3$ ;  $P < 0,001$  соответственно - у мальчиков и девочек).

Для больных НЦД присуще выраженное повышение эмоционального напряжения, затруднявшее осуществление межличностных контактов и способствующее нарушению психовегетативной регуляции индивида. Преобладание стремления к воспитанным формам поведения в сочетании с сознательным самоконтролем (повышение факторов «I»,  $P < 0,05$  и «Q3»,  $P < 0,001$ ) препятствует проявлению отрицательных эмоций, что способствует длительному сохранению эмоционального напряжения и дальнейшим затруднениям адаптации. У больных НЦД обычно отмечались сочетания дисгармоничных личностных особенностей, что приводило к появлению внутренних конфликтов между доминирующими и взаимоисключающими типами потребностей. Указанные внутренние конфликты лежали в основе нарушений социальной адаптации в школьной и семейной сферах, а также препятствовали психовегетативной адаптации, что проявилось в психопатологических и вегетативно-соматических расстройствах при данном заболевании.

Усредненный тип отличается особенностями, отражающими более высокую тревожность (фактор «Q»-  $6,8 \pm 0,3$  и  $7,04 \pm 0,15$ ;  $P < 0,001$ ), которая сопровождается склонностью к возникновению неприятных соматических ощущений, более пессимистической окраской перспективы и большой ригидностью. По мнению Ф.Б. Березина (1998), в связи с этой ригидностью, однажды возникший аффект тревоги длительно не угасает. По-видимому, это обстоятельство может способствовать повторению тревожных реакций. Вышеописанные особенности профиля сочетались с признаками, свидетельствующими об относительно высоком уровне напряженности, раздражительности и фрустрированности (высокий Q4, -  $6,8 \pm 0,4$  и  $6,9 \pm 0,3$ ;  $P < 0,001$ ). Снижение настроения и тревожный аффект у больных НЦД в значительно большей степени, чем у здоровых могли нарушать адаптацию к непосредственному социальному окружению, что отражается глубокими «провалами» кривой профиля (факторов «Н»  $3,2 \pm 0,3$  и  $1,6 \pm 0,4$ ; и «С» -  $3,2 \pm 0,5$  и  $3,3 \pm 0,4$ ,  $P < 0,05$ ). Повышение активности и готовности к действию в большей степени на кривой профиля отражается «пиками» факторов «Е» и «F». У детей с НЦД достоверно снижена экстрапунитивная реакция «Е» ( $9,05 \pm 0,8$  и  $8,8 \pm 0,5$ ;  $P < 0,001$  - у мальчиков и девочек). Снижение настроения и тревожный аффект у больных детей НЦД в значительно

большей степени, чем у здоровых могли нарушать адаптацию к непосредственному социальному окружению, чаще вызывая потребность в помощи ( $13,2 \pm 0,5$  и  $13,0 \pm 0,6$ ;  $P < 0,05$  - у мальчиков и девочек) и в несколько большей степени могли нарушать контроль поведения, однако при этом отсутствовала достаточно типичная для контрольной группы экстрапунитивная (внешненаправленная) реакция. Нарушение контроля поведения сопровождалось ограничением социальных контактов и выраженностью замкнутостью «М» ( $12,1\%$  и  $14,2\%$ ,  $P < 0,05$  - у мальчиков и девочек).

В результате анализа данных по методу Роршах обнаружены резкие различия в качестве формообразования. У больных НЦД преобладали цветовые ответы ( $3,5 \pm 0,5$  и  $2,7 \pm 0,4$  - у мальчиков и девочек,  $P < 0,05$ ) при небольшом снижении количества кинестетических ( $0,2 \pm 0,06$  и  $0,3 \pm 0,05$  у мальчиков и девочек), что свидетельствует о преобладании общей невротической симптоматики. Для них более характерно репродуктивное, чем творческое мышление, эмоционально-лабильная аффективность и поверхностные контакты с другими людьми. У больных НЦД достаточно резко выражен цветовой шок. Снижение интерпретаций ( $5,3 \pm 0,5$  и  $5,7 \pm 0,6$  у мальчиков и девочек) и достоверное увеличение «Д» ( $P < 0,001$ ) ответов указывают на снижение способности к синтезу, что является признаком затухания эмоциональных реакций. Наряду с этим при изучении протоколов больных НЦД обнаружены и другие особенности: частые отказы, особенно на таблицы IV, VIII, IX, X, указание на симметрию, увеличение CF – ответов, повышение A + Ad, интерпретация стимульного материала в форме вопросов, увеличение процента ответов по содержанию PI, уменьшение оригинальных ответов. Тип переживания при НЦД, в целом, экстратенсивный достоверно увеличен смешанный тип экстратенсии. Амбиквальный вариант личности не регистрировался.

У больных НЦД достоверно чаще встречались следующие типы акцентуации характера: циклоидный ( $P < 0,05$ ), эмоционально-лабильный ( $P < 0,001$ ), сенситивный ( $P < 0,001$ ). Психоастеничный, истероидный и эпилептоидный типы акцентуации также чаще отмечались у подростков с НЦД, однако это различие было статистически недостоверным. Нами установлено, что выраженность акцентуации оказалась неодинаковой у подростков с различными типами НЦД. При НЦД гипертонического типа достоверно чаще ( $P < 0,01$ ) диагностировались неустойчивые, эмоционально-лабильные и циклоидные типы акцентуации, а для гипотонического типа НЦД характерными оказались сенситивные, эмоционально-лабильные и циклоидные типы их. Значительное преобладание лиц с акцентуациями характера среди больных НЦД можно рассматривать в аспекте патогенетической роли эмоционального стресса и других психологических факторов в развитии НЦД по гипертоническому типу. Углубленное обследование родителей детей и подростков с НЦД и их семей выявило данные представляющие практический интерес как для врачей педиатров, так и для специалистов смежных дисциплин. У 6,8% супружеских пар возникали кратковременные размолвки. У большей половины семей детей с НЦД (59%) возникали частые и длительные ссоры, переходящие на скандалы (22,7%). В целом, у 88,5% семей диагностированы деструктивные взаимоотношения. Значительный удельный вес в иерархии причин частых конфликтов между супругами занимает вспыльчивость мужа или жены (20,7%). Что касается деструктивных отношений между родителями и детьми, то они в какой – то мере есть следствие конфликтности супружеских отношений. Большинство конфликтов между родителями и детьми возникают из-за раздражительности и усталости родителей (19,2%), низкой успеваемости школьников (19,2%), их нежелания участвовать в домашней работе (11,5%), плохого поведения (30,7%). Первое место в педагогическом арсенале семьи заняли приказание и требование (23,4%), запрещение без особых разъяснений (29,8%), физическое наказание (21,2%).

Другая группа патогенных микросоциальных факторов – острые конфликтные ситуации. Наиболее типичными условиями возникновения острых конфликтов явились ссоры с родителями и учителями, ситуации столкновения со сверстниками (при стремлении к лидерству, переживания из-за взаимоотношений между родителями.) У этих детей личностные проявления отличались неустойчивостью. Клинически НЦД не ограничивалась только нарушениями сосудистого тонуса. Часто отмечались жалобы на головные боли, тошноту, боли в грудной клетке и в животе, тяжесть и боли в области сердца и т.д. У большинства обследованных нами детей (93%) с НЦД имели место неблагоприятные факторы микросоциальной среды, которые в той или иной мере участвовали в формировании психосоматических рас-

стройств.

**Обсуждение.** Таким образом, обобщая результаты экспериментально – психологического исследования и клинического наблюдения детей проявлениями нарушения адаптации (акцентуации характера, реакции дезадаптации), можно утверждать, что в школьном возрасте выявляется большая частота детей и подростков с нарушениями адаптации (20,8%), среди которых преобладает III степень – относительная дезадаптация. Нарушения адаптации усиливают психотравматизирующие ситуации в школе и семье, создавая тем самым неблагоприятные условия для развития личности. Среди учащихся подростков отмечается высокая распространенность пограничных расстройств личности (акцентуации характера – 48,2%, дезадаптация – 20,8%), способствующие формированию и развитию нервно-психических или психосоматических заболеваний. В структуре индивидуальности у больных с ОЛ, ЯБ и НЦД выявляются такие особенности проявления личности, которые придают клиническое своеобразие «внутренней картины болезни».

Вместе с тем, повышенная раздражительность, эмоциональная незрелость и тревожность (повышение фактора «I»), склонность к фобиям (повышение фактора «Q»), выраженные явления фрустрированности (повышение фактора «Q4») и сниженная эмоциональная устойчивость (я устойчивость (ютя универсальными в отношении дезадаптирующих расстройств характерных для изученных заболеваний). Исползованные диагностические методы обследования соматических больных позволяют определить изменения эмоционально-личностной сферы больных детей и подростков, что дает возможность проводить дифференцированные профилактические, лечебные и медико-психологические реабилитационные мероприятия.

#### **Выводы:**

1. Выявленные особенности темперамента (высокие степени внешненаправленности динамики темперамента) и психоэмоциональной возбудимости, сниженные показатели внутренненаправленности динамики темперамента, большая интенсивность внешненаправленности реакции (внешнеобвинительные «Е»,  $P < 0,001$ ) и типа реагирования (самозащитный «ЕД»,  $P < 0,001$ ) в стрессовых ситуациях, сниженные возможности адаптации к окружающей среде, акцентуированности личности и дезадаптация у детей и подростков на фоне неблагоприятных семейных и других социальных факторов являются преморбидными факторами развития и манифестации язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, лейкоза и нейроциркуляторной дистонии.

2. Дети с язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, лейкозом и нейроциркуляторной дистонией отличаются от здоровых сверстников общей высокой акцентуированностью ( $P < 0,001$ ): достоверно высок процент подростков сенситивной ( $P > 0,001$ ), циклоидной ( $P > 0,05$ ), эмоционально-лабильной ( $P > 0,05$ ) черт характера у детей с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, с гипертимной ( $P > 0,001$ ), эпилептоидной ( $P > 0,05$ ), замкнутой ( $P > 0,05$  у девочек) черт характера у больных с лейкозом. У больных с нейроциркуляторной дистонией достоверно чаще встречались циклоидный ( $P < 0,05$ ), эмоционально-лабильный ( $P < 0,001$ ) и сенситивный ( $P < 0,001$ ) типы.

3. Для детей с нейроциркуляторной дистонией, лейкозом и язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки характерны множественные психологические и нервно-психические расстройства, оказывающие дезинтегрирующее влияние не только на личность больного, но и неблагоприятное воздействие на течение болезни.

#### **LIST OF REFERENCES**

- [1] Alexander F. Psychosomatic medicine. - M.: KAN N - PLUS, 2018. 352 p.
- [2] Smulevich A.B. Psychosomatic disorders in clinical practice. ed.-MEDpress-inform.: 2016. 776 p.
- [3] Arzikulov A. Sh., Makhsumov M. K. Comparative age factors of clinic and pathogenetic aspects of school disadaption. // European Science Review. 2016. No. 7-8. pp. 101-103.
- [4] Karvasarsky B.D. Clinical psychology: Textbook for universities. 5th ed. - St. Petersburg: Piter, 2019. 896 p.
- [5] Eysenck H.J. Readings in extraversion – introversion II; Fields application.- London: Staples, 1971. 250 p.