

Абдурайим Арзикулов  
Кахрамон Юсупов  
Дилноза Арзикулова

# Психосоматика в педиатрии

Личностно-характерологические  
особенности детей и подростков при  
некоторых соматических заболеваниях

 **LAMBERT**  
Academic Publishing

**МИНИСТЕРСТВА ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО  
ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ  
УЗБЕКИСТАН**

**АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
ИНСТИТУТ**

**А. Ш. Арзикулов, К.М.Юсупов, Д.А.Арзикулова**

**ПСИХОСОМАТИКА  
В ПЕДИАТРИИ**

**Монография**

**Андижан – 2019**

**Авторы:**

1. **АБДУРАЙИМ ШАМШИЕВИЧ АРЗИКУЛОВ** – доктор медицинских наук, профессор кафедры педиатрии факультета усовершенствования и переподготовки врачей Андижанского государственного медицинского института
2. **Юсупов Кахрамон Мухиддинович**– старший преподаватель кафедры общей гигиены Андижанского государственного медицинского института .
3. **Арзикулова Дилноза Абдурайимовна** – ассистент кафедры акушерство и гинекологии Андижанского государственного медицинского института

**Рецензенты:**

1. **ХОДЖАЕВА НАЗИРА ИСЛАМОВНА** – профессор кафедры психиатрии и наркологии Ташкентской Медицинской Академии.
2. **ФАЗЛИДДИН ШАМСИЕВИЧ ШАМСИЕВ** - доктор медицинских наук, профессор. Зав. кафедры педиатрии Ташкентского института усовершенствования врачей.

В монографии в систематизированном виде представлены современные сведения о психосоматических взаимоотношениях, отражены данные об особенностях формирования индивидуальности детей и подростков, проанализированы особенности эмоционально - поведенческих и эмоционально - динамических реакции, оценивается влияние микросоциальной среды на формирование личности.

## **О Г Л А В Л Е Н И Е**

### **ГЛАВА 1. ПСИХОСОМАТИКА В ПЕДИАТРИИ**

1.1 Современные взгляды на изучение психосоматических соотношений у детей и подростков

1.2. Психологическая диагностика соматических заболеваний в педиатрии

### **ГЛАВА 2. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФОРМИРОВАНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНО – ЛИЧНОСТНЫХ КАЧЕСТВ ЗДОРОВОЙ ПОПУЛЯЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ШКОЛЬНИКОВ**

2. 1. Возрастные особенности индивидуальности детей и подростков.

2. 2. Проективный подход к исследованию формирования структуры личности.

2. 3. Динамика развития эмоционально – поведенческих реакций детей и подростков

2. 4. Результаты изучения эмоционально – динамических особенностей личности детей и подростков.

2. 5. Влияние микросоциальной среды на формирование личности.

### **ГЛАВА 3. КЛИНИКО – ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛИЧНОСТНО-АНОМАЛЬНЫХ СИМПТОМОКОМПЛЕКСОВ.**

3. 1. Акцентуации характера у детей и подростков.

3. 2. Нарушение адаптации как фактор соматических заболеваний у детей и подростков.

### **ГЛАВА 4. ЛИЧНОСТНО - ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРИ НЕКОТОРЫХ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

4. 1. Личностно - характерологические особенности детей и подростков с острым лейкозом.

4. 2. Личностно - характерологические особенности детей и подростков с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

4. 3. Личностно - характерологические особенности детей и подростков с нейроциркуляторной дистонией.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

## **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

## **УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ:**

- ВНС – Вегетативная нервная система
- ВПП – Вегетативный показатель ритма
- ВКБ – Внутренняя картина болезни
- ВСД – Вегето-сосудистая дистония
- ГЦ - Гипертимно-циклоидный
- ГН - Гипертимно-неустойчивый
- КИГ - Кардиоинтервалография
- КОП - Клиноортостатическая проба
- ИВТ - Исходный вегетативный тонус
- ИН - Индекс напряжения
- ЦНС - Центральная нервная система
- ЭКГ - Электрокардиография
- САД - Систолическое артериальное давление
- ДАД - Диастолическое артериальное давление
- ЧСС - Частота сердечных сокращений
- ПДО - Патохарактерологический диагностический опросник
- ШН - Шизоидно-неустойчивый
- ШИ - Шизоидно-эпилептоидный
- ШИ - Шизоидно-истероидный

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Идея о тесном взаимодействии соматических и психических 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 нервно-психических расстройств и тех соматических заболеваний, в механизме возникновения которых большую роль играют эмоциональные факторы, то есть психосоматических болезней.

Как свидетельствуют литературные данные, психосоматические заболевания у детей и подростков не только значительна, но и имеет тенденцию к увеличению. В то же время далеко не все педиатры хорошо знакомы с психосоматическими заболеваниями у детей. Хотя, по мнению F.Yamashita (1986), тратят на них четверть своего рабочего времени.

Постоянно растущая распространенность «психосоматических расстройств» у детей требует, поиска эффективных методов их диагностики и предупреждения. Профилактика этих расстройств станет возможной лишь при максимально ранней их диагностике или выявлении группы повышенного риска – детей с нарушениями адаптации, акцентуациями характера, подверженных в большей степени к неблагоприятным воздействиям микро социальной среды семьи и школы.

Придерживаясь основных положений Всемирной организации здравоохранения о том, что здоровье является неотъемлемым компонентом целостной личности и повышение качества жизни людей — одна из основных задач всех социальных систем и институтов, авторы сформулировали собственное определение понятия «психосоматическое здоровье». Психосоматическое здоровье — это состояние психического и соматического благополучия и комфорта, характеризуемое отсутствием проявлений психических и соматических расстройств и обеспечивающее

адекватную адаптацию жизнедеятельности людей в ситуациях развития современного общества.

Недостаточность знаний педиатров о широко распространенных психосоматических расстройствах в детском возрасте, недостаточная эффективность традиционных лекарственных средств, отсутствие четких представлений о личности здоровых детей школьного возраста, патогенного влияния психологических факторов и их участие в развитии и стабилизации соматических болезней у детей и подростков резко ограничивают возможности первичной и вторичной профилактики и лечения психосоматических заболеваний.

Данные авторов настоящей монографии, подтверждают, предположение о том, что сопутствующей пограничной патологией для детей и подростков с нарушениями психосоматического здоровья является высокий уровень аффективной напряженности, тревоги, раздражительности, вегетативных проявлений, невротических расстройств и депрессивных состояний.

Полученные результаты авторов, позволяют существенно конкретизировать задачи социально – психологической помощи детскому населению, особенно в подростковом возрасте.

Кроме того, в фокусе внимания процесса сопровождения детей и подростков с психосоматическими расстройствами остаются медицинское вмешательство и медикаментозное лечение. Естественно, в контексте биопсихосоциальной модели болезни эта составляющая должна оставаться ведущей, однако нельзя игнорировать психосоциальный аспект, роль которого в реабилитации отмечается многими исследователями. В связи с этим, авторами подчеркивается важности институциональной преемственности между медицинской, психологической и социальной реабилитацией при оказании помощи психосоматическому больному, находящемуся в центре воздействия «системы множества факторов». Все это

ведет к необходимости интеграции различных подходов при решении практических задач оказания социально-психологической помощи с психосоматическими расстройствами.

Книга не рассчитана на психиатров, хотя, вероятно, она окажется полезной врачам занимающимся «малой» психиатрией – психоневрологам, невропатологам и др. Если больные психозами рано или поздно попадают в поле зрения психиатра, то «трудные» психосоматические больные кочуют от врача одной соматической специальности к врачу другой. Специалистов же в области «малой» психиатрии у нас пока недостаточно, и поэтому играть их роль вынуждены врачи интернисты, хирург или в лучшем случае невропатолог.

Читатель сможет убедиться, что число психосоматических больных достаточно велико, а симптоматика психосоматических расстройств в высшей степени разнообразно. Поэтому время, затраченное на ознакомление с этой симптоматикой и вопросами лечения, не будут потрачено впустую.

Работа доступно по изложению врачам, не являющимся психиатрами, т.е. той категории врачей, на которых в первую очередь и рассчитана книга. Широко используемые авторами цитаты из научной литературы иллюстрируют и оживляют изложение.

# ГЛАВА 1.

## СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ.

Термин «психосоматика» выражает реальную связь психических и соматических процессов.

Психическое – духовно многообразно по своей сущности: это и отраженная в жизни души среда бытия человека; это и воспринятая им информация о невидимом прошлом; настоящем (история и культура); это и выражение его внутреннего состояния; это, наконец, то главное, что выделяет человека из животного мира - рефлексия как приобретенная сознанием способность заглянуть в себя. Сосредоточиться на самом себе и овладеть собой как предметом.

Соматическое представляется совокупностью постоянно взаимодействующих телесных элементов, доступных строгому физическому, химическому и морфологическому анализу [9].

Как писал П.Тейяр де Шарден [192] «Психосоматика - это методология позволяющая навести мост между духом и материей в медицине, этот тот алгоритм мыслительных процессов, который обеспечивает максимальную эффективность различных форм врачебной практики: диагностики, лечения и профилактики».

Психосоматический подход означает обязательность учета разноуровневых – духовных и элементарных организменных – составляющих человеческой жизни в их динамических взаимосвязях. При диагностике это предполагает возможность увидеть в симптомах болезни не только выражение органного или системного расстройства, но и переживания развившейся болезни, личностную реакцию на нее [1, 55, 78, 92].

Определяя терапевтическую тактику, врач найдет возможность обеспечить ее оптимальную действенность, если будет представлять степень участия в развитии болезни не только конкретных биологических

(генетика, конституция), токсических, микробных, атмосферных и других патогенов, но и жизненных обстоятельств, преломленных в линзе личностных особенностей пациента [100, 101, 243].

В период создания психосоматической медицины как науки, стремившейся преодолеть разрыв между телесным и психическим, была создана жесткая однолинейная модель психосоматического заболевания. В последующем она была заменена представлением о возможности возникновения любого заболевания при взаимодействии как физических, так и психосоциальных факторов, что привело к многофакторной открытой модели болезни. В силу этого обстоятельства на место проблемы узкого круга психосоматических расстройств пришел психосоматический подход [76, 79, 81]. Патогенез психосоматических расстройств чрезвычайно сложен и определяется:

1. Неспецифической наследственной и врожденной отягощенностью соматическими нарушениями и дефектами.
2. Наследственным предрасположением к психосоматическим расстройствам.
3. Нейродинамическими сдвигами (нарушения деятельности ЦНС).
4. Личностными особенностями.
5. Психическим и физическим состоянием во время действия психотравмирующих событий.
6. Фоном неблагоприятных семейных и других социальных факторов.
7. Особенности психотравмирующих событий [81].

Перечисленные факторы не только участвуют в происхождении психосоматических расстройств, но и делают индивида уязвимым к психоэмоциональным стрессам, затрудняют психологическую и биологическую защиту, облегчают возникновение и утяжеляют течение соматических нарушений.

Определение роли психологических факторов в происхождении и течении соматических заболеваний остается одной из самых дискуссионных проблем общей патологии и клиники.

При этом необходимо отметить, что в современной литературе широко обсуждается место личности больного [5, 6, 8, 16, 20, 47, 51, 74,97, 104, 107, 122, 151, 229,230, 237, 249], психосоциальных факторов в клинике болезней сердечно – сосудистой, дыхательной, пищеварительной систем, и т.д. тогда как психосоматическим проблемам в научно – медицинской литературе нашей страны уделяется недостаточное внимание.

Тесная связь психологических факторов с определенными соматическими болезнями первоначально привела к выделению последних из общего числа рядов. Были описаны «типичные психосоматические расстройства»: гипертоническая болезнь, артриты, мигрень, диабет, гипертиреоз, астма, язвенная болезнь, язвенный колит. Они рассматривались как результат стойкого эмоционального напряжения, связанного со специфическим для каждого из них личностным конфликтом. При этом, как полагали, из-за глубокого его вытеснения, особенно страдает вегетативная нервная система, а тип возникающего заболевания объясняется эмоциональной реактивностью. Подавленная агрессия, активируя симпатическую систему, приводит, например, к мигрени, гипертиреозу, гипертонической болезни, а нереализованные стремления к признанию – к астме, язвенной болезни благодаря включению холинергических систем [404].

Такой психоаналитический подход к психосоматической теории, несмотря на привлечение некоторых физиологических механизмов, не представляется удовлетворительным. Игнорирование, например, в патогенезе личности пытались устранить ее изучением, с тем, чтобы выявить те условия, которые приводят к хронизации эмоционального напряжения [78].

Были описаны профили личности, якобы с наибольшей вероятностью приводящие к развитию коронарной, гипертонической, аллергической болезни [231].

Отмечая положительный характер этого направления, обратившего особое внимание на историю развития личности, необходимо подчеркнуть, что серьезный недостаток заключается в стремлении обнаружить жесткую связь между определенными психологическими факторами и психосоматической болезнью. 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 и от состояния субъекта в момент его действия.

По мнению [75] 2/5 детей, не страдающих от органических заболеваний, имеют соматическую симптоматику.

Распространенность этих заболеваний колеблется в зависимости от культурного уровня и структуры семей, от национальных и местных особенностей воспитания.

Так, по данным эпидемиологических исследований, проведенных в условиях Ферганской долины, частота гипертонической болезни [187, 194], ожирение у детей [72], нейроциркуляторной дистонии [226] и нарушение ритма сердца [15] не только значительны, но и постоянно увеличиваются.

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 (воспитание) или обстоятельствами жизни [223].

По единому мнению безотносительно к форме психосоматических болезней предполагают, что наиболее патогенные типы неправильных отношений родителей к детям – это переоценка, сверхтерпимость, сверхзабота, гиперпротекция, тревожное беспокойство. Особенную трудность для ребенка представляет семейная ситуация, при которой родители оказывают на него постоянное ригидное давление. Внешне послушные дети часто оказываются эмоционально незрелыми, безынициативными и зависимыми [216, 221, 223, 235, 267, 244].

Провокацией возникновения психосоматического заболевания у ранимых детей становится потеря привязанности или одобрения основной фигуры в семье [111].

Многие современные исследователи [11, 34, 54, 79, 150, 191, 209, 210, 221] не отрицая роли специфической, преморбидной личности, «ставят» акцент на жизненных условиях и эмоциональных стрессах, которые могут способствовать возникновению соматических заболеваний.

Одной из причин возникновения ревматоидного артрита (РА) в зрелом возрасте могут быть неблагоприятные с психологической точки зрения условия в детстве [97]. Из таковых чаще всего упоминаются повышенная тревожность, врожденная или психогенная психологическая чувствительность, неспособность родителей быть образцами для детей. Часто отмечается, воспитание больных РА было авторитарным, строгим, ограничивающим, хотя такой характер воспитания свойствен и больным с другими психосоматическими заболеваниями. Не меньшую угрозу таит для ребенка семья, где мать или отец, обладая сильной подавляющей волей, отвергают его эмоционально. В литературе [111] приводится пример ребенка с невротической анорексией, в преморбиде которой патогенной ситуацией служили родительская отгороженность, обособленность, пренебрежение ребенком. Неблагоприятный семейный климат, утрата душевной связи с

матерью, жесткое обращение отца стали тем конфликтом, на основе которого развилось «психосоматическое расстройство» - нервная анорексия.

На вопрос о том, почему индивидуальная чувствительность детей при неблагоприятной эмоциональной атмосфере приводит не к нервно-психическим, а к «психосоматическим расстройствам» отвечают различно: в связи с наличием семейной вегетативной дисфункции, из-за «слабости» кортиковисцеральных отношений, как следствие искаженных отношений между матерью и ребенком, как проявление своеобразия психологии детей, неспособных осмыслить свои чувства. [42, 49, 53, 68, 81, 104].

Влияют ли резкие изменения, происходящие в растущем организме, на возможность появления, частоту возникновения и клинические проявления «психосоматических расстройств». В настоящее время известно [151, 152], что одни формы заболеваний чаще возникают в определенном возрасте, а другие в зависимости от возраста меняют свой облик. Можно предположить следующий механизм психосоматических взаимоотношений при развитии соматических заболеваний в детском возрасте.

Первым его звеном является эмоциональный стресс, действие которого определяется эмоциональным знаком, силой, продолжительностью, повторяемостью стимула. Однако, часто наиболее существенны его психологическая значимость и тип личности. Так, для младшего ребенка особо травматичной может оказаться ситуация постоянного пренебрежения со стороны родителей, для более старшего – постоянный страх на оправдать доверие близких. Для эгоцентричного ребенка особо патогенной будет ситуация, в которой не удастся получить признание.

Благодаря адаптационному барьеру далеко не каждая трудная ситуация приводит к патологическому реагированию – личность создает психологическую защиту от вредоносного действия стресса. Только в том случае, если последняя не выполнит своей роли, может развиваться заболевание.

Психастенической личности более свойствен деперсонализационный вариант психологической защиты в форме притупления душевной чувствительности. У многих детей наблюдается защитное аффектогенное вытеснение из сознания психотравмирующих обстоятельств.

Сангвиники облегчают душевное напряжение в движениях. Эпилептоиды чаще разряжают трудную для себя ситуацию в злобно агрессивном поведении. Пассивно – оборонительный уход от непреодолимой, по мнению астенической личности, ситуации чаще всего проявляется отказом от борьбы, от неприятностей, от трудностей [151].

Актуальным является вопрос о механизмах психологической защиты у детей. В доступной нам литературе вопросы психологической защиты детей и подростков освещены недостаточно, видимо с недостаточной разработанностью этой проблемы. Известны возможности борьбы личности с опасными для ее благополучия ситуациями, осуществляемой как на осознаваемом, так и на неосознаваемом уровне. Имея в виду особенности детской психики – преобладание эмоциональности, малую способность к рефлексии, можно предположить, что удельный вес неосознаваемых элементов психологической защиты будет тем больше, чем меньше ребенок. Степень осознаваемости этих элементов зависит так же от остроты психотравмирующих переживаний [65].

Клиническими и экспериментальными исследованиями, показано [232], что активное состояние личности в процессе действия стрессового фактора способно обеспечить реальную защиту личности от дистресса.

Не менее важным фактором «соматической predisпозиции» способной направить адаптационные процессы в патологическое русло, является дисбаланс в деятельности вегетативной нервной системы (ВНС) [37].

Имеется предпосылка или нет - эмоционально значимая ситуация вызывает активацию эрго – и трофотропных структур гипоталамуса. Последние вводят в действие вегетативную и гипофизарно –

надпочечниковую системы. Посредством изменений в медиаторах микроциркуляции и благодаря появлению трофогормонов в органах тела меняется метаболизм. Как эмоциональные изменения, происходящие в ответ на действие стимула, так и вегетативные сдвиги важны для успешной соматической и психологической адаптации к новым условиям. При нарушении взаимодействия эмоций и вегетатики расстраиваются приспособительные процессы, формируется психовегетативный синдром – болезненное изменение эмоционально - вегетативного реагирования в целом [68].

Выраженность и своеобразие психовегетативного синдрома зависит от интенсивности и значимости стимула для индивидуума, защитных механизмов личности, возникающих в ответ на стресс, деятельности ВНС и функционального состояния организма и личности в момент действия стрессового стимула. Тревожное напряжение, особенно приобретшее затяжной характер, сопровождается наиболее значительными вегетативными сдвигами по сравнению с другими эмоциональными состояниями.

В развитии психосоматических заболеваний психовегетативный синдром представляет собой патогенетическое звено, на уровне которого эмоциональный фактор, через вегетативные и эндокринные элементы воздействует на соматическую [37]. В начале, выступая в форме вегетативной дисфункции, он в дальнейшем может перейти в проявление «психосоматического заболевания».

Висцеро-вегетативная симптоматика в структуре преходящих или затянувшихся эмоциональных расстройств представляет собой, таким образом, не что иное, как фиксацию чувства страха и тревоги в том или ином органе или части тела, и означает возможность даже чисто психогенного происхождения как бы автономизирующихся функциональных соматических нарушений с преимущественной локализацией их в каком либо органе или системе по типу так называемых невротических органов или

системных неврозов. Именно вегетативная нервная система выступает при этом в роли «приводного ремня психического для всей соматики» и оказывается той платформой, где утверждается всеобщность и семейность психического с соматическим.

Эмоции тревоги и страха, чувство незащитности и пассивное ожидание боли, связывают нередко с гипер адреналинемией, тогда как аффекты гнева и ярости, состояния, требующие повышенного физического или умственного напряжения – с гипернорадреналинемией. Не случайно при эмоциональных перегрузках у здоровых людей экскреция катехоламинов с мочой возрастает в 7-10 раз сравнительно с нормой [193]. Нельзя исключить, однако, что гиперкатехоламинемия отражает не столько качество, сколько интенсивность аффективного возбуждения, различные факторы, обуславливающие положительные эмоции, вызывают увеличение экскреции с мочой адреналина и норадреналина почти в такой же степени, что и воздействия, порождающие отрицательные эмоции.

Гиперкатехоламинемия способствует вместе с тем превращению гликогена в глюкозу, выделению свободных жирных кислот и активации функционального состояния коры надпочечников. Установлена, например, прямая корреляция между выраженностью тревоги и содержанием не этерифицированных жирных кислот в плазме крови, между концентрацией катехоламинов в крови и экскрецией 17-кетостероидов при тревожно депрессивных состояниях [133, 193].

Распространенность во всем теле «переживания эмоционального расстройства» позволяет рассматривать его как общую реакцию организма, вовлекающую в страдание всю вегетативно – эндокринную систему, затрагивающую, в конце концов, глубочайшие основы жизненных процессов.

Усиленное функционирование не только симпатико-адреналовой, но и всей нейроэндокринной системы сопровождается все большей дезинтеграцией физиологических механизмов, лежащих в основе

координированной приспособительной деятельности целостного организма. Крайние степени дезинтеграции нейрофизиологических процессов ставят организм под угрозу острого психосоматического поражения, какого-либо органа и даже скоропостижной смерти [208].

Существует множество объяснений причин «выбора» органа-мишени или системы, страдающих при психосоматической болезни. Считают, что поражаемый орган определяется спецификой эмоционального конфликта. Так, длительное подавление ребенком страха, скорее всего, приведет к повышению артериального давления, а заторможенное стремление защититься - к язвенной болезни.

В преобладающем же большинстве случаев можно говорить о неспецифичности психологического конфликта. Приходится учитывать и другие факторы. Среди них называют наследственное предрасположение, например в форме особенностей кровоснабжения мозга при мигрени; отклонения в анте – и перинатальном развитии, родовую травматизацию, неблагоприятные условия для формирования функциональных мозговых систем; поражение того или иного органа инфекцией, травмой; функциональное состояние органа или системы в момент развертывания стресса; реактивность вегетативной нервной системы.

Таким образом, проблема психосоматических взаимоотношений одна из наиболее сложных проблем современной медицины, решение которой требует, безусловно, очень широкого междисциплинарного синтеза и крайней осторожности исследователей во избежание упрощенных механистических или, наоборот, метафизических толкований.

Неразрывность естественнонаучных и методологических аспектов при изучении «психосоматики» неизбежно делает ее ареной научной полемики.

## **ГЛАВА 1.2.**

### **ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ДИНАМИКУ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.**

В последние годы значительно возрос интерес к исследованиям личностных особенностей, как в патопсихологии [4, 12, 22, 39, 58, 250, 260] так и в соматической клинике [231, 237, 246, 280, 300, 303, 305].

Это объясняется следующим рядом обстоятельств: во первых, изменения личности обладают в известной мере нозологической специфичностью и могут быть использованы для решения вопросов дифференциальной диагностики, во-вторых, анализ преморбидных свойств личности может оказаться полезным в установлении возможных причин происхождения ряда соматических заболеваний; в третьих характеристика личностных изменений в процессе течения заболевания обогащает наши представления о патогенетических механизмах этого заболевания; в четвертых, учет особенностей личности очень важен для рационального построения комплекса реадaptационных мероприятий, а также для суждения о глубине дефекта [92].

В социализации нами усматривается основной источник возникновения личности. Без формирования личности социальными взаимоотношениями человеческий индивид представлял бы лишь биологическую индивидуальность, обусловленную конституцией и темпераментом.

Таким образом, из субъекта в онтогенезе образуется личность в такой степени, в какой врожденная естественность включается в интериоризированные (приобретающие внутренний характер) социальные связи иначе говоря в такой степени, в какой социальные связи отображаются в переживаниях и поведении индивида и так, как эти отношения в онтогенезе под влиянием стимулов развития- дифференцируются, интегрируются,

модифицируются, фиксируются и генерализуются в отдельных функциональных системах в качестве образа взглядов (когнитивные схемы) и реагирования (схема действий, позиции) или же в качестве образов мира и планов деятельности [111, 39].

Личность полностью себя проявляет и реализует в различных видах своей деятельности и поэтому также посредством анализа деятельности ее можно познать наиболее полно. При определенном упрощении можно каждый теоретический и практический подходы к личности характеризовать либо как аналитический, либо как синтетический.

Сторонники аналитической теории [Айзенк, Кэттелл] считают, что личность-это совокупность элементов, на основании изолированного познания которых нами составляется общая картина личности. К изолированию элементов в большинстве случаев, подходят посредством результатов многих методов, что дает возможность определить, какие методы лучше всего измеряют отдельные элементы личности. В зависимости от количества примененных методов и способа анализа идентифицировалось различное количество основных черт личности.

Для наглядности можно рассмотреть модель Айзенка и Кэттелля.

Айзенк утверждает, что индивидуальность личности можно с достаточностью определить, установив величину двух биполярных измерений; интроверсия-экстраверсия и устойчивость-неустойчивость. При помощи этих двух черт можно характеризовать различные группы людей в норме и патологии.

Кэттелл, в отличие от этого, исходит из более широкой базы вопросов, устанавливал для детей и подростков 14 факторов, которые, несомненно охватывают более богатые вариации личности детей и более полно отображают индивидуальность.

Синтетические теории предполагают, что личность есть первоначальное целое, разложение которого привело бы к утрате самого

существенного, образующего индивидуальное своеобразие исследуемого индивида; поэтому у личности необходимо определить ее общие качества и процессы, каковыми являются направленность, ориентировка, устойчивость, ядро, слои, динамические схемы, позиции личности в поле согласующихся сил и сопротивлений и т.д.

Целостная теория избегает термина элемент, она не ищет «черт», но зато говорит о приводимых выше целостных качествах как об единицах личности. У личности различают «черты» и динамические схемы как две группы компонентов личности, которые отличаются по образу своего наличия и по своим функциям [204].

Черты - это предрасположенность действовать в определенных условиях определенным образом, или иными словами способность индивида закономерно отвечать на определенные объективные побуждения определенными психическими процессами, действиями.

Динамические схемы представляют, в отличие от этого, предрасположение воспринимать, мыслить и чувствовать определенным образом в определенных условиях.

Компоненты личности взаимно отличаются и в том, что некоторые из них больше зависят от ситуаций, на другие же ситуации лишь оказывают влияние, они «окрашиваются» при своей актуализации и обуславливаются, таким образом, больше нейрофизиологически или же интрапсихически.

В плане психодиагностики личности исследователи [138, 141, 199, 204] считают идеалом описание и объяснение, по возможности наибольшего числа особенностей личности посредством, возможно, наименьшего количества единиц, что, иначе говоря, обозначает либо сосредоточение на методе с весьма широким спектром применения, либо изучение при помощи простых методов таких переменных, которые являются источником многих различных способов поведения.

При изучении детской личности следует, таким образом, точно определять исследуемую характеристику и угол зрения, под которым его намереваются изучать. Результаты современных методов приходится считать только «источником полезных диагностических гипотез и лишь одной из них целого ряда гирь на миске диагностических весов. Доверие к достигнутым результатам можно повысить, применяя несколько методов для ответа на тот же самый диагностический вопрос» [206].

При изучении личности особенно выразительно проявляется противоречивый характер нашего познания действительности. Личность - это целое духовность человека, которую можно понять, объединяя субъективный и объективный подходы. С субъективной точки зрения личность создается более или менее ясно осознаваемым представлением собственного я, тогда как в объективном рассмотрении это совокупность проявлений, поведения, достижений и действий, при помощи которых человек осуществляет свои намерения или выполняет задания. Такова одна полярность личности.

Современная психология открыла иную важную полярность между психическими процессами и свойствами, которую она упраздняет тем, что оба слагаемых она понимает как компонент личности, ибо личность проявляется как в особенностях восприятия памяти, мышления и т.д., так и в свойствах, являющихся детерминантами поведения - процессы и состояния - это свойства в стадии возникновения, свойства - это фиксированные, стабилизированные процессы и состояния [108].

Для понимания личности необходимо знать и ее историю, так называемые влияния, которые ее формировали от зарождения и вплоть до настоящего времени; посредством анализа этих влияний определяют полярность биологического и общественного, унаследованного и приобретенного.

К пониманию динамики развития личности можно подойти не только через анализ изменений отдельных компонентов личности, но и посредством

описания тех заданий развития, с которыми на данном этапе своего развития человек должен справиться и которыми он должен овладеть как динамическими схемами и познания, и действий, если развитие считать нормальным. Становление человека как индивида и личности предполагает взаимодействие двух относительно автономных, но неразрывно связанных друг с другом рядов развития натурального социального [43].

В основу натурального ряда легли биологически обусловленные процессы созревания и вообще онтогенеза. Становление человека как субъекта деятельности и как личности осуществляется только в процессе его социализации. Социализацией понимают те влияния «среды в целом, которые приобщают индивида к участию в общественной жизни, учат его пониманию культуры, поведению в коллективах, утверждению себя и выполнению различных социальных ролей» [242].

Фазы жизненного пути накладываются на этапы онтогенеза настолько тесно, что мы нередко не замечаем их различия и даже называем «возрастными» такие понятия, как «дошкольник» или «старший школьник», которые в действительности соотносятся с принятыми сегодня ситуациями общественного воспитания, образования и обучения. Но эти два ряда изменений не тождественны. Наступление зрелости человека как индивида, личности, субъекта познания и труда во времени не совпадает и подобная гетерохронность зрелости сохраняется во всех формациях [9].

Для переходного возраста гетерохронность развития особенно важна, так как именно из нее вытекают основные противоречия детской и юношеской психологии. Эта гетерохронность не только объективный факт, детерминирующее положение и деятельность подростка, она должна рассматривать также в связи с тем значением и личностным смыслом, который она имеет для самой формирующейся личности. Важную роль при этом играет самосознание и «внутренняя позиция», складывающаяся из того, как ребенок на основе предшествующего опыта, своих возможностей, своих

ранее возникших потребностей и стремлений к тому объективному положению, какое он занимает в жизни в настоящее время и какое положение он хочет занимать. Именно эта внутренняя позиция обуславливает определенную структуру его отношения к действительности, к окружающим и к самому себе. Через эту внутреннюю позицию и преломляются в каждый данный момент воздействия, идущие от окружающей среды [10].

Переходный возраст, центральным биологическим процессом которого является половое созревание, условно подразделяется на три фазы: 1) препубертатный или подготовительный период; 2) собственно пубертатный период, в течение которого осуществляются основные процессы полового созревания; 3) постпубертатный период, когда организм достигает полной биологической зрелости. Все процессы созревания протекают крайне неравномерно и неодновременно, причем эта гетерохронность проявляется как на межиндивидуальном, так и на внутрииндивидуальном уровне [299].

Пубертатный период- одна из критических стадий в развитии организма, когда происходит преобразование системы центральных звеньев, присущей предыдущему периоду, в новую систему, необходимую для последующего периода развития. Это, естественно, повышает восприимчивость организма к действию разнообразных внешних факторов и, следовательно, снижает его сопротивляемость к ним. Отсюда- представление об особой «хрупкости» подростка [92].

Но относительное снижение резистентности представляет собой только один аспект развития адаптивных способностей организма. Критическая стадия онтогенеза «характеризуется преобразованием одного доминантного состояния, свойственного предыдущему возрастному периоду в существенно новое доминантное состояние, требующееся в последующем возрастном периоде».

Как влияет физическое развитие, включая конституциональные особенности организма и темп его созревания, на психические процессы и свойства личности, ответить нелегко, потому что влияния природных свойств не возможно вычислить из совокупности социальных условий, в которой эти свойства проявляются и оцениваются. Дело не в том, что генетические факторы не имеют, самостоятельного значения. Вполне возможно и даже вероятно, что определенные гены несут в себе программы развертывания и физических свойств и некоторых особенностей темперамента и умственных склонностей индивида.

Существует довольно много работ [3, 5, 33, 119, 164, 169], сопоставляющих отдельные показатели физического развития с отдельными же показателями развития психического. В последние годы ученые предпочитают сравнивать не отдельно взятые свойства, а системные образования. Два момента исследуются при этом особенно интенсивно: влияние генетически заданных и сохраняющихся на протяжении всей жизни конституциональных особенностей организма, так называемого соматотипа, и влияние темпа физического созревания, который характеризует только определенную фазу развития человека.

В целом телесные свойства, постоянные или временные, могут влиять на поведение и психику подростка по трем линиям. Прежде всего относительная зрелость, рост и телосложение непосредственно влияют на соответствующие физические способности: имея преимущество в росте, весе и силе, мальчик-акселерат в течение ряда лет может без особого труда превосходить своих ровесников - ретардантов в спорте, иных физических занятиях. Далее, зрелость и внешность имеют определенную социальную ценность, вызывая у окружающих людей соответствующие чувства и ожидания. Однако индивидуальные способности не всегда соответствуют ожиданиям, основанным на внешности. Например, очень высокий мальчик с плохой координацией движений будет плохим баскетболистом, а ждут от

него многого. Отсюда третье измерение - образ «я», в котором преломляются собственные способности и их восприятие и оценка окружающими.

Влияние самотипа на личность не однозначно и не фатально. Одни и те же качества имеют неодинаковое значение на разных этапах развития. Если подростку для самоутверждения среди сверстников достаточно роста и физической силы, то позже на первый план выступают интеллектуальные и волевые качества и тот, кто шел по линии наименьшего сопротивления, может оказаться в трудном положении. Много зависит и от самосознания. Один, осознав свою физическую слабость, пассивно смиряется с ней или начинает испытывать гнетущее чувство неполноценности. Другой компенсирует недостаток достижениями в иной сфере. Третий пытается исправить самый физический недостаток усиленными физическими занятиями [92].

Судя по данным лонгитюдных исследований в подростковом возрасте, признаки самотипа имеют относительно самостоятельное значение, в юности же они выступают преимущественно в связи с общими особенностями процесса созревания. Поскольку и взрослые, и сверстники обычно воспринимают акселерированных мальчиков как более зрелых им не приходится бороться за положение и статус. Большинство лидеров в старших классах выходят из них. Напротив, ретарданты кажутся окружающим «маленькими» не только в физическом, но и социально-психологическом смысле. Ответом на это могут быть инфантильные, не соответствующие возрасту и уровню развития поступки, преувеличенная, рассчитанная на внешний эффект и привлечение к себе внимания активность или наоборот, замкнутость, уход в себя. Однако, оценить раннее созревание в целом как благоприятный, а позднее — как неблагоприятный фактор развития было бы все-таки рискованно [92].

Раносозревающий мальчик имеет в своем распоряжении меньше времени на то, чтобы консолидировать самосознание и волю, которые

нужны, чтобы выдержать испытания пубертатного периода, связанные с гормональными и физиологическими сдвигами, как бы положительно эти сдвиги не воспринимались.

Как полагают, мальчик акселерат, будучи к началу полового созревания хронологически и психологически моложе поздносозревающих сверстников, испытывает большую тревогу по этому поводу.

Вопрос об особенностях эмоционального мира детей и подростков школьного возраста имеет важное значение. Тезис о повышенной эмоциональной возбудимости и реактивности переходного возраста мало у кого вызывает сомнения [53, 171, 245, 246]. Можно считать доказанным, что некоторые особенности эмоциональных реакций переходного возраста коренятся в гормональных и физиологических процессах. Физиологи связывают подростковую психическую неуравновешенность и характерные для нее резкие смены настроения, переходы от экзальтации к депрессии и от депрессии к экзальтации с нарастанием в пубертатном возрасте общего возбуждения и ослаблением всех видов условного торможения [88].

Практически все исследователи психологи считают наиболее трудным возрастом эмоционального развития - 12-14 лет.

Но пик эмоциональной напряженности и отрицательных эмоций не обязательно совпадает с максимумом общей эмотивности (эмоциональной чувствительности). Кроме того, эмоциональные реакции и поведение подростков, не говоря уже о юношах, не могут быть объяснены лишь сдвигами гормонального порядка. Они зависят также от социальных факторов и условий воспитания, причем индивидуально-типологические различия сплошь и рядом превалируют над возрастными. Психологические трудности взросления, противоречивость уровня притязаний и образа «я» нередко приводят к тому, что эмоциональная напряженность, типичная для подростка, захватывает и годы юности.

Обследование американских подростков посредством Миннесотского личностного теста показало, что эмоциональные реакции, которые у взрослого были бы симптомом болезни, для подростка статистически нормальны [20].

По мнению А.Е.Личко, в возрасте от 14 до 18 лет особенно остро проявляются, акцентируются некоторые свойства характера. Такие акцентуации, не будучи сами по себе патологическими, тем не менее повышают возможность психических травм и отклоняющегося от нормы поведения [112].

Эмоциональные трудности и болезненное протекание переходного возраста лишь побочные и не всеобщие свойства юности. Упомянутое указание В.С. Мерлина, что по мере развития личности между ее различными подсистемами складываются все более сложные и многозначные связи, которые можно понять лишь в рамках целостной, интегральной индивидуальности, касается и эмоций.

Существует, по-видимому, общая закономерность, действующая в фило - и онтогенезе, согласно которой вместе с уровнем организации и саморегулирования организма повышается и уровень его эмотивности, но одновременно и его избирательность. Круг факторов, способных вызвать у человека эмоциональное возбуждение, с возрастом не суживается, а расширяется [92].

Наряду с общим повышением уровня эмоциональной избирательности в юношеском возрасте продолжается дифференциация по силе реактивности. Уровень эмоциональной реактивности, способности личности переживать чувства, обусловлены отчасти ее конституциональными свойствами, а отчасти – условиями воспитания.

Следует подчеркнуть, что низкий уровень эмоциональной реактивности – фактор психологически неблагоприятный. Из сказанного

ясно, что эмоциональные проблемы и трудности юношеского возраста необходимо рассматривать конкретно, так как они имеют разные истоки.

Подростковый синдром дисморфофобии – лишь побочное следствие озабоченности своим телом и внешностью в юности обычно проходит. Резкое увеличение в переходном возрасте числа личностных расстройств обусловлено главным образом тем, что у детей таких расстройств не бывает вовсе из-за незрелости их самосознания. Болезненные симптомы тревоги, проявляющиеся в юности, часто не столько реакция на специфические трудности самого возраста, сколько проявление отсроченного эффекта более ранних психических травм [16, 22, 77, 82, 88].

По данным литературы, в подростковом и младшем юношеском возрасте уже обнаруживаются одинаковые симптомокомплексы такие же, как у взрослых [76]. Иначе говоря, все основные структуры темперамента и его зависимости от свойства нервной системы складываются уже к подростковому возрасту. Юность же, не меняя типа темперамента, усиливает интегральные связи его элементов, облегчая тем самым уравнение собственными реакциями. Старшеклассники 16-17 лет, независимо от типа своей нервной системы, значительно сдержаннее и уравновешеннее подростков.

По данным Р. Кеттелля, от 12 к 17 годам заметно улучшаются показатели по таким факторам, как общительность, легкость в обращении с людьми и доминантность (настойчивость, соревновательность, стремление главенствовать), тогда как, общая возбудимость, наоборот, снижается. У мальчиков, кроме того, снимаются показатели по фактору, соединяющему в себе чувствительность, мягкость характера, чувство зависимости и потребность в оценке, и уменьшается неуверенность в себе, внутреннее беспокойство и тревога, т.е. развитие идет в сторону большей уравновешенности.

Становление личности включает в себя также становление относительно устойчивого образа «я», т.е. самосознание целостного представления о самом себе. Образ «я» - сложное психологическое явление, которое не сводится к простому осознанию своих качеств или совокупности самооценок. Образ «я»- не просто отражение каких то объективных данных и не зависящих от степени своей осознанности свойств, а социальная установка, отношение личности к самой себя, включающее три взаимосвязанных компонента: познавательный – знание себя, представление о своих качествах и свойствах; эмоциональный – оценка этих качеств и связанное с ней самолюбие, самоуважение и тому подобные чувства; поведенческий, т.е. практическое отношение к себе, производное от первых двух компонентов.

Свойства человека как индивида формируются и осознаются раньше, чем личностные свойства. Отсюда - неодинаковое состояние телесных морально- психологических компонентов «я».

Подростки и юноши особенно чувствительны к особенностям своего тела и внешности, они сопоставляют значение тому, насколько их тело и внешность соответствуют стереотипному образцу «маскулинности» или «фемининности». При этом юношеский эталон красоты и просто «приемлемой» внешности нередко бывает завышенным, нереалистическим. С возрастом озабоченность внешностью обычно уменьшается. Человек привыкает к своей внешности, принимает ее и соответственно стабилизирует связанный с ней уровень притязаний.

На первый план выступают теперь другие свойства «я»- умственные способности, волевые и моральные качества, от которых зависит умственность деятельности и отношения с окружающими [92].

Критической фазой развития самосознания считается подростковый возраст - 12-14 лет. У 12-13 летних подростков усиливается склонность к самонаблюдению, эгоцентризм, снижается устойчивость образа «я»,

несколько снижается общее самоуважение и существенно изменяется самооценка некоторых качеств.

Подростки значительно чаще, нежели младшие дети думают, что родители, учителя и сверстники своего пола о них плохого мнения. Чаще испытывают и депрессивные состояния, причем у девочек это выражено гораздо сильнее, чем у мальчиков. После 15 лет снова растет самоуважение, которое не только компенсирует «потери», но и превосходит уровень самоуважения 8-11 летних, уменьшается застенчивость, более устойчивыми становятся самооценки. Сходную картину рисуют и многие другие исследования, проводившиеся в разных странах. Так, изучение образов «я» у школьников Германии в возрасте 12, 16 и 19 лет показало значительное изменение от 12 к 16 годам, после чего образ «я» стабилизируется [97]. Французские психологи определенно различают «трудный возраст», стержнем которого является становление образа «я», осознание своей индивидуальности и завершения психосексуальной идентификации [125,135].

По данным литературы [76, 111, 112], наибольшие психологические трудности испытывали те подростки, у которых фаза полового созревания совпала с переездом в другой город, с переходом в другую школу. Их ровесники, остававшиеся в прежнем школьном классе, чувствовали себя гораздо увереннее. Это позволяет предположить, что половое созревание не столько само по себе подрывает существующий у подростка образ «я», сколько повышает ранимость и чувствительность личности к изменениям среды, которые ставят этот образ под вопрос.

Из факторов, влияющих на формирование личности, самым важным и влиятельным была и остается родительская семья, влияние которой ребенок испытывает раньше всего, когда он наиболее восприимчив.

Семейные условия, включая социальное положение, род занятий, материальный уровень и уровень образования родителей, в значительной

мере предопределяют личностные особенности ребенка. Уровень образования родителей, состав семьи и характер взаимоотношений между ее членами сильно влияет на формирование личности. Неблагоприятные семейные условия характерны для подавляющего большинства так называемых «трудных подростков», трудных в социальном (несовершеннолетние правонарушители) или в психологическом смысле [9, 56, 224].

Особенно важны эмоциональный тон семейных взаимоотношений и преобладающий в семье тип контроля и дисциплины [105, 171, 199, 214, 223].

Изучение личности детей и подростков, страдающих психофизиологическими и психосоматическими нарушениями, невротическими расстройствами, трудностями в общении, умственной деятельности или учебе, показывает, что все эти явления значительно чаще наблюдаются у людей, которым в детстве недоставало родительского внимания и тепла [223, 235].

Крайние типы отношений, все равно идут ли они в сторону авторитарности или в сторону либеральной все терпимости, дают плохие результаты. Авторитарный стиль вызывает у детей отчуждение от родителей, чувство своей незначительности и нежеланности в семье. Родительские требования, когда они кажутся необоснованными, либо вызывают протест и агрессию, либо привычную апатию и пассивность. Перегиб в сторону терпимости также вызывает у подростка ощущение, что родителям нет до него дела, и мешает формированию у него ответственной зависимости.

Переходной возраст – период эмансипации ребенка от родителей. Процесс этот является сложным и многомерным. Эмансипация может быть эмоциональной – насколько значим для юноши эмоциональный контакт с родителями по сравнению с другими привязанностями (дружбой, любовью), или поведенческой – насколько жестко родители регулируют поведение сына

или дочери, или нормативной – ориентируется ли юноша на те же нормы или ценности, что и его родители, или на какие-то другие. Каждый из этих аспектов развития имеет свою собственную логику. Проявляясь в младшем и среднем подростковом возрасте, эта реакция может затягиваться до юношеского возраста [150]. По мнению крупного специалиста по подростковой психиатрии, чем более грубы ее проявления, тем больше оснований для анализа характера подростка и социопсихологических влияний среды [180]. Данные немногочисленных исследователей указывают на то, что существуют достаточно определенные зависимости характера от пола [125, 135].

Связь психосексуального развития с типом характера отчетливо прослеживается на примере акцентуации характера – крайние варианты его норм, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, отчего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим [112].

Мнения о связи пола и характера детей противоречивы. Имеется известное сходство проявлений тех или иных типов характера с традиционными представлениями о маскулинности и фемининности. При опирающихся на это сходство диагностических процедурах, например, шкала мужественности-женственности патохарактериологического диагностического опросника для подростков выявляет преобладание черт мужественности при гипертимном, эмоционально-лабильном, эпилептоидном и неустойчивом типах характера, а женственности – при шизоидном, сенситивном и истероидном типах.

Таким образом, на основании проведенного литературного обзора можно заключить, что личность - это система психических процессов, состояний и свойств, которые с одной стороны, возникают вследствие социализации (под влиянием воспитания и среды), а с другой стороны, в

результате преобразования врожденных внутренних условий организма, которые управляют деятельностью и отношениями индивида к действительности.

Анализ литературных данных показал, что проблема взаимоотношения психического и соматического – одна из наиболее сложных и неразрешенных, несмотря на непрекращающийся интерес к этой стороне человеческой природы многих поколений врачей различных специальностей. Не изучены популяционные, эпидемиологические, клинико-психологические и социально-психологические аспекты пограничных поведенческих расстройств среди детей и подростков.

В связи с этим возникает необходимость разработки четких, стандартизированных программ психодиагностики, предназначенных для выявления состояния эмоционально-личностной сферы и изучить возрастные нормативы личностных особенностей здоровых и при соматических заболеваниях у детей и подростков. Изучение распространенности акцентуации характера и дезадаптации и их причин у детей имеет большое практическое значение, что позволяет выделить группы риска и характерные для них популяционные критерии, наметить план обследования, разработать превентивные мероприятия.

## ГЛАВА 2.

### **КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФОРМИРОВАНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНО – ЛИЧНОСТНЫХ КАЧЕСТВ ЗДОРОВОЙ ПОПУЛЯЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ШКОЛЬНИКОВ.**

Изучение индивидуальных особенностей ребенка – одно из основных направлений в области медико-биологических наук. Актуальность этой проблемы вытекает из практики охраны психического здоровья, обучения и воспитания подрастающего поколения. В медицинской психологии изучение индивидуальных особенностей осуществляется путем применения структурного подхода. Конкретные представления о структуре личности, о соотношении подструктур и элементов разнообразны и нередко противоречивы. Большинство исследователей в качестве отдельных подструктур выделяют особенности темперамента, характера, мотивации, способностей [88, 158]. Однако, при проведении конкретных исследований исследователи часто сталкиваются с трудностями разграничения индивидуальных свойств согласно теоретическим представлениям.

За рубежом проблема личности наиболее широко представлена в трудах американских психологов [10,25, 230, 240, 251].

Разрабатывая экспериментальный подход к изучению личности, ученые США обычно не выделяют «характер», «темперамент» в качестве объекта исследования. Единицами анализа для них являются отдельные личностные черты или их совокупности. Черта, по мнению Г.Олпорта, всегда является единством мотивационных, познавательных и исполнительных компонентов. Формирование черты зависит как от развивающейся мотивационной сферы, так и от выработки обобщенных навыков поведения [240, 245].

Особенности проявления эмоциональной сферы позволяют косвенно судить об уровне сформированности различных личностных качеств, как позитивных (самокритичность, воля, активность и др.), так и негативных (не

критичность, конфликтность, пассивность и др.), характеризующих степень развития отношений ребенка с окружающими его взрослыми и сверстниками.

Неустойчивость эмоциональных проявлений, явления дезадаптации ребенка в группе сверстников в условиях семьи и школы могут быть выявлены в процессе целенаправленного экспериментально – психологического исследования. Важно, чтобы получаемые в эксперименте данные могли дополнить сведения объективного анамнеза о развитии ребенка, вскрывать причинно – следственные связи формирования как позитивных, так и негативных личностных новообразований.

## **2. 1. Возрастные особенности индивидуальности детей**

В зарубежных исследованиях для оценки развития личности ребенка широко применяются опросники (16-PF, HSPQ, CPQ др). Однако, использование зарубежных психодиагностических методик в наших условиях требует серьезной их адаптации и ре-стандартизации. Эти и другие требования были учтены нами при использовании детского личностного опросника R.Cattell (CPQ) у учащихся средних школ (7-12 лет) г. Андижана.

Целью нашего исследования является изучение устойчивых черт и способов поведения у детей 7-12 лет и разработка центильных характеристик 12 факторов личностных свойств в зависимости от возраста и пола. Широкий спектр характеристик, выявляемый с помощью этого метода, способствует более полному описанию детской популяции данного возрастного диапазона.

После коррекции или замены части вопросов с учетом культурально-социальных условий нашего региона тестовый материал метода был апробирован на 1200 школьников 7-12 лет. Стандартизация адаптированного варианта опросника по 12 факторам личностных свойств была проведена на

500 школьников. Результаты исследования по стандартизации и разработке центильных нормативов 12 факторов личностных свойств по методу R. Cattell отражены в таблицах 1 и 2 .

В табл. 1 приведены результаты стандартизации личностных свойств детей школьного возраста 7-12 лет с учетом пола обследованных. Установлена относительная стабильность полученных стандартов личностных свойств в зависимости от возраста, однако выявлены отличия некоторых изучаемых показателей в зависимости от пола ( $P < 0,05$ ). Данные литературы свидетельствуют, что высокие показатели по фактору «А» характеризуют ребенка как эмоционально – теплое, общительное, веселое.

Дети с высокими значениями этого фактора лучше приспособлены социально. В среднем девочки и мальчики в наших исследованиях имеют высокие показатели ( $P < 0,05$ ) по этому фактору. На хорошую социальную приспособляемость и успешное овладение нормами окружающей жизни указывают средние показатели и по фактору «Q3» ( $P < 0,01$ ).

Личностный фактор “В” отражает уровень развития вербального интеллекта, таких его функций, как обобщение, выделение частного из общего, овладение логическими и математическими операциями, легкость усвоения новых знаний. В популяции детей 7-12 лет по методу R. Cattell этот показатель ( $P < 0,05$ ) свидетельствует о сформированности интеллектуальных функций, достаточной развитости абстрактной формы мышления в целом.

Таблица 1

Результаты стандартизации методики детского личностного опросника

R.Cattell для школьников

7 – 12 лет (в усл.ед).

	Пол	Факторы личностных свойств											
		A	B	C	Д	E	F	G	H	I	Q	Q3	Q4
М ср.	М	6,0	5,0	4,34	3,15	3,64	4,7	4,7	5,53	5,64	4,66	5,48	4,0
	Д	6,0	5,4	3,9	2,8	3,0	5,7	5,7	5,4	5,4	4,9	6,1	4,1
Δ	М	0,8	0,5	0,8	0,3	0,7	0,5	0,3	0,5	0,6	0,5	0,4	0,6
	Д	0,6	0,6	0,8	0,8	0,9	0,5	0,2	0,5	0,5	0,5	0,8	0,6
± m	М	0,4	0,3	0,4	0,13	0,35	0,25	0,15	0,27	0,3	0,26	0,2	0,3
	Д	0,33	0,3	0,9	0,42	0,5	0,3	0,16	0,23	0,25	0,27	0,42	0,32

Таблица 2

Центильные нормативы 12 факторов личностных свойств по методу R.Cattell у школьников 7-12 лет.

Факторы личностных Свойств.		7 лет		8 лет		9 лет		10 лет		11 лет		12 лет	
		М	Д	М	Д	М	Д	М	Д	М	Д	М	Д
«А»	Циклотомия – Шизотимия	2-6	4-5	2-7	4-8	5-8	4-8	5-9	4-9	5-8	4-7	4-7	3-7
«В»	Интеллектуальное- Развитие	2-5	1-5	2-5	1-5	1-6	2-5	1-4	1-5	2-5	2-6	2-6	2-5
«С»	Эмоциональная устойчивость.	4-7	4-7	4-9	4-8	4-7	4-9	3-7	4-8	3-7	4-8	2-7	1-8
«Д»	Доминантность.	2-6	3-4	2-6	3-5	2-6	2-7	2-7	1-4	2-7	2-6	1-7	3-6
«Е»	Беспечность- здержанность.	2-6	1-6	2-7	1-7	1-5	1-4	1-4	1-3	2-6	1-7	1-7	1-7
«F»	Моральный контр. Поведения.	2-7	2-5	2-7	2-5	3-6	1-4	1-4	1-6	1-5	1-5	2-7	2-5
«G»	Устойчивость к стрессу	2-8	2-7	2-7	2-6	2-7	3-6	2-7	3-6	3-6	3-7	4-7	3-7

«Н»	Эмоциональная Зрелость.	4-5	3-7	4-6	3-8	4-8	4-8	4-7	3-7	3-8	4-7	3-8	2-7
«I»	Интрапунитивность.	3-6	3-6	4-7	3-7	3-7	2-8	4-7	4-7	4-8	5-8	3-7	3-7
«Q»	Самоконтроль.	1-6	2-5	2-7	3-6	1-6	3-7	2-6	3-6	2-8	2-7	2-7	4-8
«Q <sub>3</sub> »	Фрустрационная тревожность.	2- 6	4-6	2-7	4-7	4-8	4-9	2-7	4-9	4-8	4-8	3-7	3-7
«Q <sub>4</sub> »	Флегматичность – Меланхоличность	2-5	3-6	2-6	3-7	2-8	2-5	2-6	2-8	2-7	2-6	2-7	2-7

Фактор «С» ( $P < 0,05$ ) отражает уверенность в себе и, соответственно, спокойствие, стабильность, лучшую подготовленность к успешному выполнению школьных требований.

У детей со стремлением к лидерству, противопоставлению себя как детям, так и взрослым, наблюдаются высокие оценки по фактору «Е». Проявление этого свойства у детей нередко сопровождается поведенческими проблемами, наличием агрессии, так как их лидерские тенденции часто не находят реального воплощения и многим формам социального взаимодействия им еще предстоит обучиться. В исследуемой популяции детей 7-12 лет этот фактор равен  $3,64 \pm 0,35$  и  $3,0 \pm 0,48$  соответственно у мальчиков и девочек. Низкие показатели этого фактора демонстрируют зависимость от взрослых и других детей, легко им подчиняемость.

По-видимому, выше указанное является результатом особенностей воспитательных и социально - культуральных условий нашего региона.

Ребенок, имеющий высокую оценку по фактору «Q» легко выводится из душевного равновесия, часто имеет плохое настроение. Высокий балл может быть показателем тревоги или депрессии в зависимости от ситуации, он является основой возникновения невротичности ( $P < 0,01$  у мальчиков и девочек).

Дети с высокой оценкой по фактору «Д» обнаруживают повышенную возбудимость или сверхактивность на слабые провоцирующие стимулы, чрезвычайная активность у них порой сочетается с самонадеянностью. Для них характерно моторное беспокойство, отвлекаемость, недостаточная концентрация внимания. Формирование этого качества связано как с особенностями темперамента, так и с условиями воспитания. Низкая оценка по этому фактору трактуется как эмоциональная уравновешенность, сдержанность. В наших исследованиях у мальчиков в среднем обнаружили более высокие значения по сравнению с девочками ( $P < 0,01$ ). Значение этого фактора у школьников 11-12 лет значительно выше, чем у 7-8 летних.

Дети, имеющие высокую оценку по фактору «F», отличаются энергичностью, отсутствием страха в ситуации повышенного риска. Им, как правило, присущи переоценка своих возможностей и чрезмерный оптимизм. Значение фактора «F» отражает половые различия: мальчики ( $P < 0,001$ ) по сравнению с девочками ( $3,0 \pm 0,3$ ) показывают более высокие оценки.

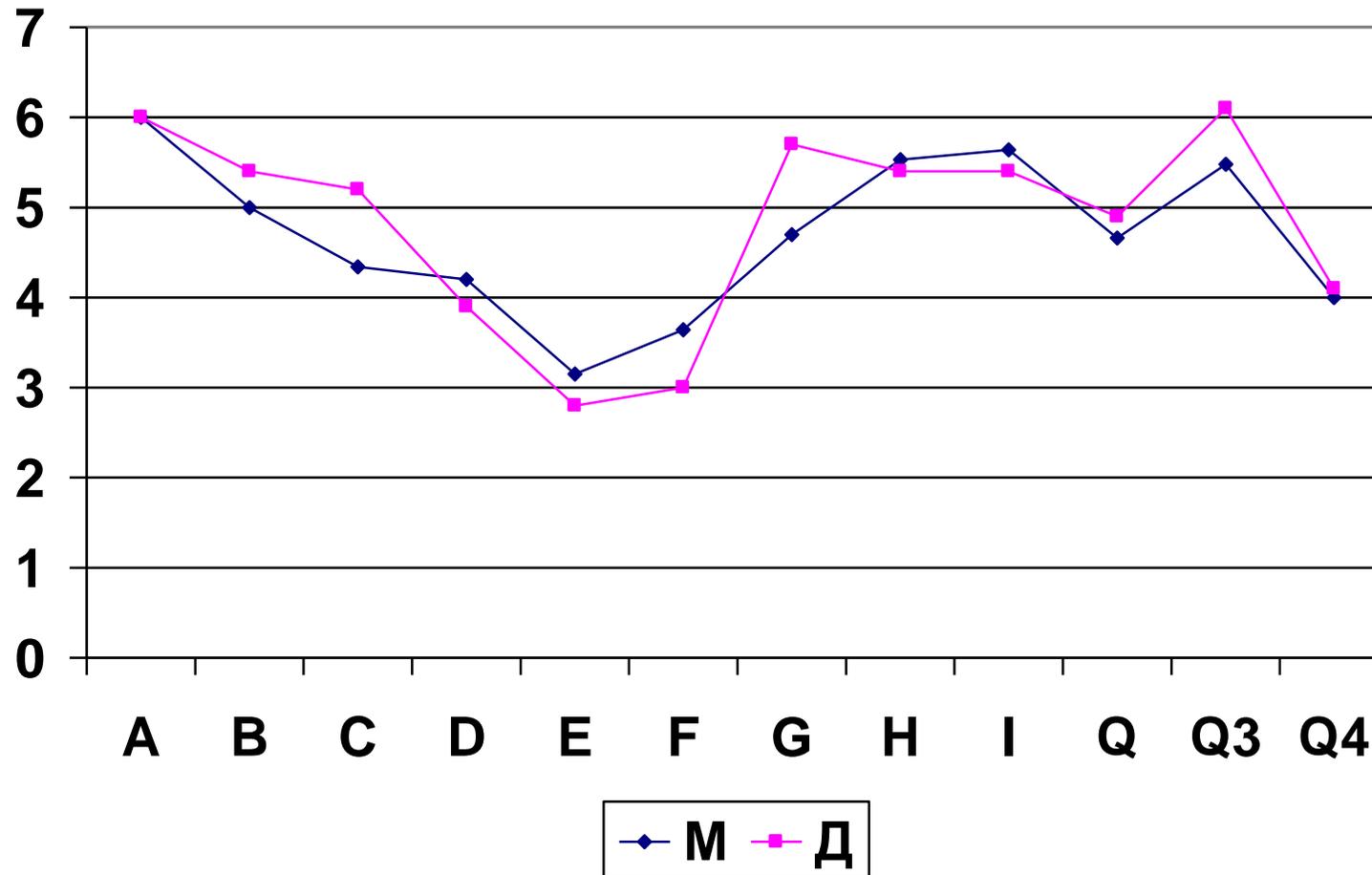
Шкала «G» отражает, как ребенок воспринимает и выполняет правила и нормы поведения, предъявляемые взрослыми. Низкие оценки имеют дети, пренебрегающие своими обязанностями, не заслуживающие доверия, часто конфликтующие с родителями и учителями. У них отмечаются непостоянство, несобранность, отсутствие стойкой мотивации. Высокие оценки присущи детям с хорошо развитым чувством ответственности, целеустремленным, добросовестным, аккуратным. Более высокие значения по этому фактору у детей 7 лет, девочки по оценке превосходят мальчиков ( $P < 0,001$  у мальчиков и девочек).

Высокие оценки по фактору «I» ( $P < 0,05$ ) у детей 7-12 лет отражают эмоциональную сензитивность, богатое воображение, эстетические наклонности, зависимость, низкий реалистический подход к решению проблемы, практичность.

На основании результатов стандартизации личностных свойств школьников нами разработан усредненный тип профиля по 12 факторам личностных свойств школьников по методу R. Cattell (рис 1).

Рекомендуемый профиль личностных свойств наглядно характеризует особенности личности и актуальное психическое состояние детей 7-12 лет. В табл. 3. приведены результаты стандартизации личностных свойств детей

Рисунок 1.



Усредненный профиль личностных свойств здоровых школьников По методу R. Cattell. ( 7-12 лет).

Таблица 3.

Возрастные особенности индивидуальности детей 7-10 и 11-12 лет.

Возраст.	Факторы личностных свойств ( в усл.ед).											
	А	В	С	Д	Е	Ф	Г	Н	І	Q	Q <sub>3</sub>	Q <sub>4</sub>
7-10 лет мальчики.	6,0 ±0,23*	3,4 ±0,51	5,4 ±0,20	4,0 ±0,17	3,0 ±0,2	3,4 ±0,21	4,5 ±0,21	5,4 ±0,21	5,5 ±0,21	4,5 ±0,18	5,6 ±0,23	4,1 ±0,21
11-12 лет мальчики.	4,8 ±0,19	4,2 ±0,18	5,1 ±0,19	4,4 ±0,21	3,6 ±0,20*	4,0 ±0,2	5,0 ±0,17	5,7 ±0,24	5,5 ±0,22	5,0 ±0,22	5,2 ±0,21	4,9 ±0,21*
7-10 лет девочки.	6,3* ±0,19	3,0 ±0,16	6,0 ±0,22*	3,6 ±0,15	2,5 ±0,17	3,0 ±0,18	4,6 ±0,21	5,5 ±0,18	5,4 ±0,21	4,6 ±0,19	6,4 ±0,22	4,0 ±0,16
11-12 лет девочки.	5,5 ±0,20	3,8* ±0,18	4,0 ±0,24	4,3 ±0,21*	3,3 ±0,26*	3,3 ±0,21	4,7 ±0,17	5,2 ±0,22	5,4 ±0,18	5,3 ±0,21*	5,6 ±0,24	4,5 ±0,24

школьного возраста 7-12 лет с учетом пола обследованных. Установлена относительная стабильность полученных стандартов личностных свойств в зависимости от возраста, однако выявлены отличий некоторых изучаемых показателей в зависимости от пола ( $P < 0,05$ ). Данные литературы свидетельствуют [10], что высокие показатели по фактору «А» характеризует ребенка как эмоционально – теплого, общительного, веселого. при оценке профиля наибольшее значение имеет отношение уровня профиля на каждой шкале к среднему уровню профиля и особенно по отношению к соседним шкалам, так как результаты полученные по одному фактору не могут оцениваться изолированно от результатов по другим факторам.

Как видно из рисунка, кривая профиля личности в целом находится между 3 и 6 стеновыми коридорами, что соответствует литературным данным. Отношение показателя по фактору «А» к среднему уровню профиля (у мальчиков и девочек 6,0 : 4,6), по фактору «Q<sub>3</sub>» (5,48 :4,6 ; 6,1 : 4,6 соотв. у мальчиков и девочек), что соответствует «пикам» профиля. Вместе с тем, «провалы» кривой профиля по факторам «Е» и «F» и отношение показателей этих факторов к среднему уровню (3,15 : 4,6 и 2,8 :4,6 соответственно у мальчиков и девочек) указывают склонность популяции детей этого возрастного периода к подчинению в интерперсональных взаимоотношениях. Значение этого показателя значительно больше у девочек, чем у мальчиков.

В литературе имеются указания на то, что интерпретация индивидуальных профилей требует учета всей совокупности данных, которые не могут быть заранее предусмотрены в связи с многообразием индивидуальных вариантов.

На основании выше представленных результатов исследований анализировались возрастные изменения индивидуальности в двух возрастных группах: 7-10 лет и 11-12 лет, учитывались и половые особенности.

Анализ средних значений факторов по возрастам выявил следующее :с переходом детей на вторую возрастную ступень снижается общительность (фактор «А»). Известно, что детскому возрасту свойственны непосредственность, отзывчивость, сочувственная заинтересованность делами других, так называемая обращенность во вне. Это типично в норме для ребенка 7-10 лет, у которого психическое развитие все еще направляется непосредственными впечатлениями действительности. По мере формирования самосознания такая обращенность во вне сменяется постепенно погруженностью в себя, в свой внутренний мир [20]. Факт этого явления мы и наблюдаем при исследовании различных возрастных групп по фактору «А».

Фактор «В »(интеллектуальное развитие) имеет большое значение для старшей возрастной группы.

Этот фактор отражает сформированность таких мыслительных операций, как обобщение, выделение частного из общего, овладение математическими операциями. Как известно, в возрасте 11-12 лет мышление ребенка переходит от преимущественно конкретного наглядного к абстрактно-логическому [92], что помогает детям с большой легкостью справляться с предложенными заданиями. Еще ряд факторов в возрасте 10-12 лет у мальчиков и девочек меняет свое значение. Позитивные изменения имеют факторы: «Е», «Д», «F», и «Q».

Общеизвестно, что именно в этом возрасте дети становятся какими-то особенными, отличающимися по своему поведению от детей других возрастов. Возраст 11-12 лет является критическим периодом [221].

Развитие здесь, в отличие от устойчивых возрастов, совершает скорее разрушительную, чем созидательную работу. Прогрессивное развитие личности ребенка в периоды кризиса как бы затухает и гаснет, временно приостанавливается. На первый план выдвигаются процессы отмирания и

свертывания, распада, разложения того, что сложилось на предшествующей ступени и отличало ребенка данного возраста [43].

Ведущая деятельность, характерная для младшего возраста, изжила себя, происходит поиск новой, конкретной формы деятельности, отсюда повышенная активность, напряженность, независимость, меньшая исполнительность.

Сопоставление результатов, характеризующих возрастно-половые модификации, показало, что, как в одной, так и в другой возрастной группе, мальчики более активны (фактор "Д"), настойчивы (фактор «F»), и напряжены (фактор «Q<sub>4</sub>»), имеют худший самоконтроль ( фактор «Q-3»).

Найденные нами различия среди рассматриваемых факторах можно отнести к специфическим особенностям, отличающим мальчиков от девочек в возрастном диапазоне 7-12 лет. Однако, выявлены некоторые характерные различия в изучаемых факторов у детей нашего региона. Так, возрастно - половые различия по факторам «Н», «I», «Q», «G» минимальны. У девочек 11-12 лет более выражено снижение фактора «С», сильнее развиты уступчивость и покорность. Рассматриваемые различия по факторам имеют достаточно высокий уровень достоверности ( $P < 0,05 - 0,001$ ).

Таким образом, данные, полученные при тестовом обследовании, выявляют качественное своеобразие личностных особенностей у детей 7-10 и 11-12 лет. Особенности, выявляемые детским личностным опросником, образует в актах человеческого поведения то своеобразное единство побуждения, действия и переживания, которое позволяет говорить о целостности индивидуальности.

Наши исследования доказывают, что данная методика уникальна, так как она дает информацию о развитии различных личностных сфер детей младшего школьного возраста. Как показали результаты проведенного

исследования, методика выявляет возрастные особенности индивидуальности и обладает дифференциальными возможностями, что позволяет рекомендовать ее для практического использования.

## **2. 2. ПРОЕКТИВНЫЙ ПОДХОД К ИССЛЕДОВАНИЮ ФОРМИРОВАНИЯ СТРУКТУРЫ ЛИЧНОСТИ**

Современное развитие медицинской науки требует широкого применения психологических методов исследования. Банк психологических методик, используемых в целях психодиагностики, в настоящее время достаточно обширен. Применение проективного подхода к исследованию личности, к которым относится и метод Роршаха - важный этап в развитии психологической диагностики, связанный с появлением методов, качественно отличных от традиционных.

Проективные методы ни в коем случае не следует рассматривать как замену количественных, статистических процедур. Истинное назначение этих методов – исследование специфической для каждого индивида, «идиопатической» внутренней сферы, которая может быть рассмотрена как способ организации жизненного опыта.

Проективные методы удачно дополняют уже существующие, позволяют выявить как отдельные, часто глубоко скрытые черты, так и их взаимное соотношение. Проективные методы позволяют обнаружить те стороны личности, которые практически не обнаруживаются при использовании традиционных экспериментальных методов.

Анализ отечественной литературы показал, что фактически отсутствуют какие – либо обобщающие материалы по методу Роршаха. Между тем, обширной областью применения метода Роршаха являются клинические исследования, что подтверждается данными зарубежной литературы.

Ни на одном из проективных методов воздействия различных психологических школ не отразилось в такой мере, как на методе Роршаха – наиболее известном в мировой практике психодиагностических исследований. И не только потому, что это старейший метод. Как свидетельствуют литературные данные, на первых этапах применения психодиагностических методов в клинике тест Роршаха был единственным психодиагностическим инструментом. Понятия «дифференциальный диагноз» и «диагностическое заключение» на этом этапе были тождественны понятию «обследование по методу Роршаха».

Учитывая вышеизложенное, в комплексе психодиагностических методик, исследовали личностную структуру в популяции здоровых школьников на основе метода Роршаха. Ввиду того, что метод впервые апробируется у школьников нашей Республики, нами разработаны региональные стандарты методики Роршаха у здоровых детей (85 девочек 93 мальчиков) в возрасте 7-11 лет и 12-17 лет (98 девочек и 90 мальчиков) отобранные методом случайных чисел.

Общее количество ответов (R) на стимульный материал, поддающихся формализации, выражает прежде всего продуктивность обследуемого и зависит от ряда факторов, наиболее существенными из которых являются: богатство образов прошлого опыта у обследуемого, его психическое состояние и условия эксперимента.

Как следует из материала таблицы 4., количество ответов примерно в одинаковом количестве в обеих возрастных группах ( $10,3 \pm 0,4$  и  $10,1 \pm 0,5$  в 7-12 лет и  $9,8 \pm 0,4$  и  $10,5 \pm 0,45$  в 13-17 лет соответственно у мальчиков и девочек).

Существенное влияние на количество оказывают социальные и культурные различия изучаемых групп. В табл. 5. приводим сравнительные

данные по количеству ответов на стимульный материал метода Роршах по данным разных авторов.

Небольшое количество ответов само по себе не является патологическим. Считают, что при количестве ответов менее пяти протокол не подлежит анализу [178]. Количество ответов на таблицы VIII-X составили 24,7% и 30,0% в 7-12 лет и 29,3% и 29,5% в 12-17 лет.

Заметное уменьшение количества ответов на эти таблицы - признак «цветового шока», повышение свидетельствует о высокой эмоциональной возбудимости.

Согласно Роршаху, взрослый нормальный человек демонстрирует около шести целостных энграм «W» в протоколе, а по данным Л. Ф. Бурлачука числа W доходят до десяти. В наших исследованиях показатель «W» составлял  $7,0 \pm 0,4$  и  $7,05 \pm 0,4$  в 7-11 лет и  $7,7 \pm 0,4$  и  $7,9 \pm 0,4$  в 12-17 лет у мальчиков и девочек. По мнению ряда авторов, значительное количество целостных интерпретаций с положительным знаком свидетельствует о региональные стандарты методики Роршаха у здоровых детей (85 девочек и богатстве воображения, способности к синтезу, критичности ума [22]. Увеличение количества «W +» с возрастом у подростков - школьников нашего региона, вероятно является отражением хорошего уровня развития интеллектуальных возможностей. Показатель «W» по Роршаху высоко коррелируется с данными личностного фактора «B» по методике Кеттеля ( $r = +0,88$ ).

Таблица 4.

Результаты стандартизации метода исследования личности по Роршаху у детей и подростков школьного возраста.

Показать.	Пол.	Детерминанты интерпретации																
		R	W	D	M	CF	FC	C	F	F+	F-	F±	H	Hd	A	Ad	Dd	Do
7-11 лет																		
М ср.	М	10,3	7,0	2,9	0,3	2,4	0,2	0,4	10	6,7	3,1	0,2	0,8	0,03	5,8	0,75	0,8	0,8
	Д	10,1	7,0	3,4	0,3	3,0	0,04	0,5	9,9	6,9	2,05	0,5	0,6	0,2	4,6	0,03	0,1	1,2
А	М	2,0.	1,8	2,9	0,3	1,8	0,25	0,2	2,3	2,6	1,2	0,2	0,55	0,05	2,0	0,13	0,5	0,6
	Д	2,4	1,9	2,2	0,3	1,6	0,06	0,25	2,0	2,4	1,5	0,05	0,5	0,6	2,02	0,14	0,5	0,6
±m	М	0,4	0,4	0,6	0,06	0,4	0,05	0,04	0,5	0,5	0,28	0,04	0,1	0,13	0,3	0,03	0,1	0,2
	Д	0,5	0,4	0,5	0,08	0,4	0,01	0,04	0,45	0,5	0,3	0,01	0,1	0,14	0,4	0,03	0,1	0,2
12-17 лет																		
М ср	М	9,8	7,7	1,8	1,2	2,7	0,17	0,7	9,2	6,9	2,01	0,4	1,0	0,11	4,45	0,5	0,4	0,2
	Д	10,5	7,9	2,05	1,4	2,8	0,3	0,6	10,3	8,2	1,4	0,12	0,9	0,07	4,8	2,9	0,2	0,03
А	М	1,8	1,65	1,4	0,4	1,5	0,6	0,5	1,6	1,7	1,15	0,45	0,4	0,3	1,7	0,25	0,45	0,2
	Д	2,3	2,03	2,08	0,3	1,7	0,65	2,0	2,14	2,7	1,02	0,34	0,8	0,16	1,8	0,34	0,2	0,05
±m	М	0,4	0,4	0,3	0,16	0,3	0,11	0,1	0,4	0,4	0,3	0,04	0,08	0,05	0,4	0,05	0,04	0,04
	Д	0,45	0,4	0,4	0,1	0,4	0,15	0,2	0,5	0,6	0,23	0,1	0,18	0,03	0,4	0,09	0,04	0,1

Таблица 5.

Количество ответов на стимульный материал метода Роршаха  
по данным различных авторов.

№	Ф.И.О. авторов и Страна.	Год.	Количество. R	Примеч.
1	Г.Роршах. (Швейцария).	1922	15-30	Здоровая популяция взрос.
2.	A.Beck (США).	1952	15,8 – 35	Здоров.поп.взрос.
3.	Piotrowski (Польша).	1957	10-60	Здоров.поп.взрос.
4.	Loosli – Usteri (Франция )	1962	37-42	Здоров.поп.взрос.
5.	Л.Ф.Бурлачук. (СНГ)	1979	16,8 в сред.	18-31 лет, студенты.
6.	Наши данные.		10,01 – 10,03 9,8 – 10,5	7 – 12 лет. 13 – 17 лет.

Выбор больших деталей (Д) для интерпретации стимульного материала ( $P < 0,05$ ) в популяции здоровых школьников, по данным имеющейся литературы, обычен для нормальных испытуемых и свидетельствует о практической, конкретной интеллектуальной активности. Мелкие, дробленные детали (Dd) по Роршаху, не характерны для взрослых, и появления таких ответов всегда свидетельствуют о психическом отклонении. В наших же исследованиях 7,8% мальчиков и 5,9% девочек 7-11 лет в своих интерпретациях использовали малые детали. У подростков 12-17 лет эти цифры достоверно низкие ( $P < 0,001$ ). Видимо, это связано с особенностями возрастной физиологии нервно – психического развития детей 7 – 11 лет и связанный с этим примитивный, некритический подход к актуализируемым образам.

Одной из характерной особенностью интерпретации стимульного материала здоровыми младшими школьниками нашего региона, является интерпретация какой-либо фрагмента изображения там, где старшие школьники видят целое. Подобное состояние оценивается как «синдром внутренней неуверенности» или признак аффективного торможения ( $P < 0,05$  –  $0,001$  в 7-11 лет у девочек и мальчиков).

Кинестетические интерпретации (М) прежде всего являются показателем внутренней активности и свидетельствуют о глубоких и наиболее индивидуальных тенденциях личности [22]. Результаты наших исследований показывают, что кинестетические интерпретации у здоровых школьников подростков в 12-17 лет достоверно ( $P < 0,001$ ) больше, чем у детей в 7 – 11 лет, что свидетельствует о некотором уровне общей зрелости и не может быть полностью связано либо с развитием мышления, либо с воображением. По мнению того же автора, кинестетические ответы у детей появляются не ранее чем с 7-летнего возраста в интерпретации которых учитывается цвет изображения (CF, FC, c). Данные ответы относятся к оценке эмоциональной сферы, причем степень участия формы указывает на

различные виды контроля со стороны интеллекта. У обследованных нами детей CF – ответы, свидетельствующие об аффективности, слабо контролируемой интеллектом, и небольших возможностях адекватной адаптации к среде, достоверно больше чем FC – ответы, отражающие эмоциональность, контролируемую интеллектом, указывающую на способность к аффективному контакту с окружением и приспособления к окружающей действительности.

В доступной нами литературе C- ответы характеризуются как признак эмоциональной импульсивности, склонности к аффективным взрывам, неумение адекватно приспособиться к окружению. Для здоровой популяции школьников нашего региона этот показатель равен  $0,4 \pm 0,04$  и  $0,5 \pm 0,04$  и  $0,7 \pm 0,1$  и  $0,6 \pm 0,2$  соответственно в 7-11 и 12- 17 лет у мальчиков и девочек.

Роршах для установления степени интеллектуального контроля над эмоциональностью и способностью к адаптации рекомендует использовать соотношения FC:(CF +c). Правостороннее преобладание цветных ответов соотношения FC : (CF : c) в наших исследованиях у школьников свидетельствуют о неустойчивой аффективности и сниженных возможностях адаптации.

Результаты по учету содержания и частоты появления интерпретаций стимульного материала метода Роршаха отражены в табл.6.

Содержание интерпретации может быть самым разнообразным. Для важнейших, наиболее часто встречающихся категорий содержания приняты условные обозначения, а остальные обычно записывают в формулу ответа сокращенным словом, обозначающим соответствующее понятие. Содержание ответа помогает определить уровень интеллекта обследуемого, его интересы и их направленность, а также патологические черты личности.

Количество целостных интерпретации положительных (W+) для мальчиков и девочек в 7-11 и 12-17 лет составляют  $68\% \pm 4,82$  и  $70\% \pm 4,95$  и

79%  $\pm$ 4,29 и 75%  $\pm$ 4,37 и процент положительных форм (F+) соответствует литературным данным. Образы «животного содержания» (A+Ad) в среднем составили 65 %  $\pm$  4,94 и 46%  $\pm$ 5,40 в 7-11 лет и 50%  $\pm$  5,27 и 73%  $\pm$ 4,18 в 12-17 лет у мальчиков и девочек. «Человеческое» содержание (H+Nd) выявляется в 8,0%  $\pm$ 2,81 и 7,9%  $\pm$ 2,92 и 11,3%  $\pm$ 3,29 и 9,2%  $\pm$  2,91 из общего количества ответов у мальчиков и девочек соответственно 7-11 и 12-17 лет. Согласно методике Роршах, выше приведенные результаты соответствуют для среднего уровня интеллекта.

Появления интерпретации «неодушевленных предметов» (Obg) связаны с недостаточным интересом к окружающей действительности. Ответы по типу «Obg» в популяции здоровых детей, в отличие от других исследователей, мы в протоколах наших исследований наблюдали довольно часто ( $P < 0,05$ ). «Анатомические» интерпретации являясь важным показателем мышления, имеют тенденцию к увеличению с возрастом ( $P < 0,05$ )

Следует отметить, что диагностическая ценность отдельных показателей метода, несмотря на их важность невелика.

Существующие в настоящее время диагностические схемы предусматривают учет и анализ целостной картины, все показатели изучаются во взаимосвязи.

Определяющим в диагностике по методу Роршах является установление «типа переживания» личности.

Таблица 6.

Характеристика содержания и частоты появления интерпретации стимульного материала метода Роршаха в популяции здоровых школьников (в %).

Возраст.	П о л	Показатели психогаммы													
		W	D	F+	F-	F±	H+H d	A+A d	Pop	Org	Pl	Obj	Arn	Arh	Anat
7-11 лет	М	68	28	66	31	2	8	65	18	14	4,1	6,9	0,7	1,2	3,4
	93	±4,83	±4,65	±4,9	±4,7	±1,4	±2,81	±4,94	±3,9	±3,5	±2,0	±2,6	±0,8	±1,1	±1,8
	Д	70	34	70	21	5	7,9	46	21	14	5,2	7,3	1,1	1,2	5,2
	85	±4,95	±5,13	±4,97	±4,4	±2,3	±2,92	±5,40	±4,4	±3,7	±2,4	±2,8	±1,1	±1,1	±2,4
12 – 17 лет	М	79	18	75	22	4,3	11	50	21	16	4,3	7	1,2	2,2	7,2
	90	±4,29	±4,04	±4,56	±4,3	±2,1	±3,29	±5,27	±4,2	±3,8	±2,1	±2,6	±1,1	±1,5	±2,7
					6	3			9	6	3	8	4	4	2

	Д	75	20	80	14	6,2	9,2	73	27	15	5,8	8,2	1,3	2,1	7
	98	±4,37	±4,04	±4,04	±3,5	±43,	±2,21	±4,18	±4,4	±3,6	±2,8	±2,7	±1,1	±1,4	±1,5
					0	2			8	0	5	7	4	4	7

Роршах исходил из положения, что активность человека определяется как внутренними, так и внешними побуждениями. В связи с таким пониманием активности, в которой личность выражается тем отчетливее, чем менее стереотипны (структурированы) вызывающие активность стимулы. В связи с этим, автор вводит понятия интроверсии и экстраверсии, каждое из которых соответствует совокупности определенных черт личности, связанных с преобладающим видом активности.

Нами изучена структура личности здоровых детей и подростков школьного возраста по методу Роршах.

Согласно методике тип личности определяется чувствительностью организма к внутренним и внешним побуждениям. Чувствительность к внутренним побуждениям представлена кинестетическими интерпретациями (М), к внешним – цветовыми (С). По их соотношению устанавливали «тип переживания», важнейший показатель метода Роршах (М : С). В зависимости от преобладания (равновесие) того или иного типа активности выделяли четыре основных типа личности (табл 7).

В отличие от других исследователей [Jung, Айзенка], Роршаховская типология личности представляет собой качественно новый этап в понимании интроверсии и экстраверсии. Интроверсию Роршах понимает не как состояние, а как процесс, как гибкую возможность ухода в себя в зависимости от обстоятельств, условий среды.

Структура личности здоровых детей и подростков с возрастом претерпевает значительные изменения. У детей в 7-11 лет преобладающим типом личности выявлен экстраверсивный ( $P < 0,05$ ). У 1/3 школьников в 7-11 лет выявлен коартивный тип личности, амбивальный тип личности

Таблица 7.

Структура личности здоровых детей и подростков  
по Роршаху ( в %).

Тип личности	Пол	Возраст	
		7-12 лет М (n=112), Д (n=109)	13-17 лет М (n=150), Д (n=106)
Экстратенсивный:	Д	51±4,78	68,6±3,78*
	М	46±4,77	57,5±4,80
Чистый	Д	3,6±1,76	1,3±0,92
	М	1,8±1,27	3,8±1,85
Смешанный	Д	4,5±1,95	3,3±1,45
	М	3,8±1,83	6,6±2,41
Интраверсивный:	Д	0,8±0,84	0,8±0,72
	М	2,7±1,55	2,8±1,60
Чистый	Д	2,7±1,55	6,0±1,93
	М	1,9±1,30	14±3,37*
Смешанный	Д	37,4±4,57*	20,0±3,26
	М	43,8±4,75*	15,3±3,49

Примечание: Отмеченные (\*) звездочкой, статистически достоверные показатели ( $P < 0,05 - 0,001$ ).

встречаются в  $2,7\% \pm 1,55$  и  $1,9\% \pm 1,30$  случаев. Группа детей с интраверсивным типом личности представлена в меньшем количестве ( $P < 0,05$ ).

Пубертатный период характеризуется тенденцией к проявлению типов личности в форме экстратенсии ( $P < 0,05$ ), уменьшением коартивного и амбиквального ( $P < 0,05$ ) типов личности, заметным увеличением интравертных подростков. Очевидно, период полового созревания и

эндокринные пертурбации организма несколько смещают формулу типа личности в сторону экстратенсии.

Как известно, метод Роршаха не предназначается для исследования интеллекта, тем не менее, на основе комплекса показателей психогаммы здоровых школьников можно заключить вывод о среднем уровне интеллекта популяции здоровых детей и подростков 7-11 и 12-17 лет.

Ниже приводим показатели среднего уровня интеллекта детей 7-11 лет по результатам наших исследований; 1. Значительное количество целостных интерпретаций («W +»;  $7,0 \pm 0,4$ ); 2. Упорядоченная последовательность; 3. Тип восприятия ( $W = 7,0 \pm 0,4$ ;  $D = 3,0 \pm 0,6$ ;  $Dd = 0,8 \pm 0,1$ ;  $S = 0$ ); 4. Высокий процент положительных форм ( $F + = 66\% - 70\%$ ). 5. Количество кинестетических энграмм ( $0,35 \pm 0,06$ ); 6. Разнообразное содержание интерпретации; 7.  $A+Ad$  % колеблется 46-65%; 8. Количество популярных ответов составляют 18% - 21 % общего числа; 9. Количество оригинальных ответов с положительной формой ( $Orig + 14\%$ ).

Для детей 12-17 лет: 1. Количество целостных интерпретации ( $W+$  от  $8,0 \pm 0,4$ ); 2. Упорядоченная последовательность. 3. Тип восприятия ( $W = 8,0 \pm 0,4$ ;  $D = 2,0 \pm 0,4$ ;  $Dd = 0,4 \pm 0,04$ ;  $S=0$ ); 4. Показатель положительных форм ( $F+ \% + 75 - 80 \%$ ); 5. Количество кинестетических энграмм ( $1,3 \pm 0,1$ ); 6. Разнообразное содержание интерпретации; 7.  $A+Ad$  % колеблется от 50-73%; 8. Количество популярных ответов составляет 21-27% из общего числа; 9. Количество оригинальных ответов с положительной формой ( $Orig + = 15,4\%$ ). Наиболее важными для оценки интеллекта показателями из приведенного перечня являются количество «W» +; количество  $M+$ ,  $F+ \%$ ,  $Orig + \%$ .

Рассмотрение взаимосвязи кинестетических и цветовых интерпретаций по методу Роршаха является наиболее существенным моментом в диагностике и позволяет определить тип переживания личности или соотношение параметров интра – экстратенсии.

С целью выявления обоснованности психологического значения интра-экстратенсии изучили связи типа переживания с интра – экстравертированностью, обнаруживаемой в использовании личностных опросников по методам Н.Айзенка и З. Кеттеля.

Изучение коррелятивных связей между данными полученными методами Роршаха и Айзенка показывают на положительную коррелятивную связь ( $r = +0,72$ ), корреляцию между личностными факторами, выявленными по методике З.Кеттеля «С» ( $r = + 0,76$ ), «D» ( $r = + 0,80$ ), «E» ( $r = + 0,82$ ).

Таким образом, результаты наших исследований личностных особенностей здоровой популяции детей 7-11 и 12-17 лет по методу Роршаха показывают на некоторые клинико-психологические особенности формирования личностной структуры.

Характерными для здоровой популяции детей и подростков по данным методики Роршаха являются: высокая эмоциональная возбудимость и неустойчивая аффективность, хороший уровень интеллектуальных возможностей и активности, сниженные возможности адекватной адаптации к окружающей среде слабо контролируемой интеллектом, присутствие синдрома «внутренней неуверенности» у детей 7-11 лет и в 12-17 лет «комплекса интеллигентности», динамичности развития типа переживания и становления личности в процессе развития индивида.

## **2. 3. ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНО – ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.**

Актуальным остаётся вопрос изучение эмоционально поведенческих реакций детей и подростков- школьников методом фрустрации S. Rosenzweig . Изучение фрустрационных реакций способствует пониманию происхождения неврозов, правильной организации психотерапии и психогений.

В исследованиях, проведенных с применением этого метода, отмечаются возможность исследования направленности и типов реакций личности во фрустрационных ситуациях, а также установление показателя, позволяющего судить о степени социальной адаптации индивида [285].

Учитывая вышеизложенное, целью нашей работы было сравнительное изучение особенностей психоэмоциональных реакций детей на двух возрастных этапах жизни: 7 – 11 (85 девочек и 93 мальчиков) и 12-17 лет (98 девочек и 93 мальчиков). Исследования проводились с применением методики фрустрационной толерантности S. Rosenzweig .

Метод адаптирован и стандартизирован параллельно с методикой Роршаха у 369 здоровых школьников из общей выборки (550) подвергнутых к обследованию. Выбор данной методики обусловлен тем, что она позволяет определить в эксперименте способность ребенка к психологической защите, а также характер адаптивных реакций на возможные стрессовые (фрустрирующие) ситуации.

По материально-бытовым условиям, физическому развитию, заболеваемости обе группы к началу обследования детей существенно не различались.

Анализ полученного нами материала показал на характерные особенности психоэмоционального состояния у школьников.

Как известно, поступление в школу в определенной степени является для ребенка стрессовой ситуацией: изменяется привычный стереотип жизни,

возрастает психоэмоциональная нагрузка. Не менее провоцирующим фактором, нарушающим адаптацию у подростков, может служить гормонально-эндокринная пертурбация организма - «половой криз».

Как видно из таблицы 8., у школьников в целом отмечается сниженная толерантность к фрустрации, что проявлялось выраженностью экстрапунитивных реакций «Е» ( $P < 0,01$ ) самозащитного типа «Е-Д». Видимо, это означает, что на стрессовую ситуацию (препятствие к удовлетворению потребности, требования, обвинения и т.д) школьники склонны реагировать излишней самозащитой, агрессией и их эмоциональные реакции неадекватны.

У детей 7-11 лет, несколько другой тип эмоционального реагирования. Некритично оценивая ситуацию младшие школьники низкий «О-Д» ( $P < 0,01$ ) чаще приписывают вину окружающим, чем берут ответственность на себя. Характерны также реакции продолжения потребностей (I-P;  $P < 0,05$  у мальчиков и девочек), что мало свойственно подросткам ( $P < 0,01$ ).

Экстрапунитивные реакции также достоверно ниже ( $P < 0,05$ ), чем у подростков. Соотношение между типами реакции и их направленностью более равномерное. Психоэмоциональное реагирование на фрустрацию адекватнее. Наряду с экстрапунитивными реакциями характерны интра ( $P < 0,01$ ) и импунитивные ( $P < 0,01$ ).

Как видно из таблицы, у подростков-школьников констатируется рост экстрапунитивных реакций «Е» ( $P < 0,001$ ) по сравнению с детьми 7-11 лет.

Изменение эмоционально поведенческих реакций подростков сопровождается увеличением агрессии, эмоциональным напряжением, желанием защитить личное «Я», неадекватными реакциями на фрустрацию. Подростки более самостоятельны, в то время как у детей 7-11 лет больше проявляются пассивность, неуверенность в себе, чаще звучит требование участия другого лица в разрешении фрустрирующей ситуации.

Таблица 8.

Особенности психоэмоционального реагирования у здоровых школьников на фрустрацию.

Тип Реагирования	7- 12 лет		13-17 лет	
	М (n=93)	Д (n=85)	М (n=93)	Д (n=98)
I	23,8±1,15	24,6±1,1	19,5±0,4	21,4±0,3
E	38,15±1,5	38,8±1,6	50,4±0,85*	46±0,55*
M	38,1±1,1	36,6±1,0	30,1±0,7	32,6±0,5*
I-P	35,16±0,6*	39,2±0,6*	11,4±0,25	14,8±0,22
O-Д	26,14±1,2	23,3±0,9	38,2±0,8	36,8±0,6
E-Д	38,7±0,8	37,5±0,8	50,4±0,8*	48,4±0,5*

Примечание: Звездочкой (\*) указаны статистически достоверные различия мальчиков и девочек в возрасте 7-11 и 12-17 лет.

Таким образом, период интенсивного полового развития (12-17 лет) характеризуется значительным психоэмоциональным напряжением, перенапряжением физиологичных защитных механизмов, что выражает характер адаптивного реагирования на школьные нагрузки. У детей младших классов школы чаще наблюдается появление чувства неуверенности в себе, пассивность, нежелание и боязнь разрешать проблемы. Адаптация проходит ровнее и мягче. Биологическая перестройка организма в сочетании с высокими требованиями к функциональному состоянию нервной системы и психической сферы у подростков-школьников сопряжена значительным психоэмоциональным напряжением.

## **2. 4. РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНО – ДИНАМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.**

Одной из самых сложных проблем психодиагностики является проблема основных свойств человека. Как известно, в результате развития взглядов И. П. Павлова и его учеников на физиологические основы индивидуальных различий высшей нервной деятельности выделены свойства силы, уравновешенности и подвижности процессов возбуждения и торможения.

Эмоционально – динамические особенности системы деятельностей личности относятся к темпераменту. Определение темперамента через психодинамику – широко освещено в зарубежной литературе [9, 10, 43, 115, 245]. К психодинамическим относятся свойства, отражающие характер протекания психической деятельности во времени (скорость возникновения, прекращения и течения процесса, темп и ритм изменения), интенсивность психического процесса (активность, сила эмоции и др) и направленность психики (экстра - интраверсии).

Темперамент рассматривается как энергетическая характеристика психических свойств.

Материалы по психодиагностике свойств темперамента в отечественной медицинской литературе нами не найдены. Учитывая, что в группу с наиболее изученными свойствами темперамента относят субъективизацию, целью наших исследований явились популяционные исследования детей и подростков школьного возраста по выявлению некоторых личностных особенностей, в частности, его базисных личностных измерений экстра и интраверсии и нейротизма.

Предметом исследования явились учащиеся общеобразовательных школ (1500 детей - 10% ная выборка ) г. Андижана. В данной работе впервые в культурально – социальных условиях Узбекистана на популяционном уровне применен адаптированный вариант [Рац. Предложение № 1287 от

06.12.99 принятое к внедрению в АндГосми], метода личностного опросника Айзенк [Aysenck Personality Inventory].

Стандартизация показателей темперамента “экстраверсия - интроверсия” и фактора “нейротизма” была проведена на 546 школьников (табл.9.).

Результаты исследования показывают, что в целом популяция подростков (12-17 лет) отличается высокой экстравертированностью ( $P < 0,01$ ), эмоциональной возбудимостью ( $P < 0,05$ ) и низкими популяционными показателями интровертированности (табл 9 ).

В возрастно – половом аспекте в популяции детей в возрасте 12-13 лет достоверно ( $P < 0,05$ ) высоки показатели экстравертированности (88,5% и 91,6% соответственно у девочек и мальчиков) по отношению к другим пубертатным возрастным периодам .

Каждое свойство темперамента в определенных условиях выполняет положительную приспособительную функцию, а отличия между ними определяются тем, какую именно приспособительную функцию выполняет каждое из свойств. Приспособительная функция интро – экстраверсии, состоит в субъективизации, которая заключается в усилении опосредования деятельности субъективными образами, представлениями и понятиями. В клиническом плане экстраверт открыт, стремится к общению, оптимистичен. У интроверта круг общения узок, он сдержан, не любит частых изменений, сосредоточен на себе, на своем внутреннем мире. Экстраверты предпочитают движения и действия, имеют тенденцию к агрессивности, вспыльчивы, импульсивны.

Таблица 9

Результаты стандартизации некоторых факторов темперамента у подростков (в усл.ед.).

Возраст	Мальчики		Девочки	
	Экстраверсия – интроверсия	Фактор Нейротизма	Экстраверсия – интроверсия	Фактор Нейротизма
12 лет	14,6±0,6	13,7±0,6*	15,5±0,4	12,0±0,6
13 лет	14,5±0,3	11,7±0,5	15,0±0,2	12,0±0,4
14 лет	14,1±0,3	13,2±0,6	14,0±0,4	13,6±0,6
15 лет	14,4±0,3	11,4±0,5	12,8±0,4	13,0±0,6*
16 лет	14,6±0,4	12,7±0,5	13,4±0,5	14,2±0,5*
17 лет	17,6±0,5*	13,3±1,1	15,2±0,6	14,2±1,0

Примечание: Звездочкой (\*) – указаны статистические различие показателей «экстраверсия-интроверсия» и «нейротизма» у мальчиков и девочек в данной возрастной группе ( $P < 0,05-0,001$ ).

Их эмоции и чувства не имеют строго контроля. Эти особенности способствуют легкости возникновения конфликтных ситуаций с одноклассниками, учителями и родителями и делают их трудными в семье и школьном коллективе [76, 204].

Таблица 10.

Результаты популяционного исследования некоторых показателей темперамента у подростков 12-17 лет (%).

№	Показатели	12-13 лет		14-15 лет		16-17 лет		Всего	
		Д	М	Д	М	Д	М	Д	М
I	Экстраверсия	88,5	91,6	56,1	72	62,8	73,7	74,6	82,1
	Интраверсия	11,5	8,4	43,9	28	37,2	26,3	25,4	17,9
II	Психоэмоциональная	68	62,2	73,1	60,8	89,4	59,3	73,4	61,1
	Возбудимость.								
	Психоэмоциональная	32	37,8	26,9	39,2	10,6	40,7	26,6	38,9
	Стабильность.								

Наряду с интра-экстраверсии, эмоциональность считается основной составляющей темперамента. Под эмоциональностью понимается способность к эмоциональному переживанию. Считают, силу эмоций одним из основных свойств темперамента.

К сфере эмоциональности принадлежит фактор нейротизма – эмоциональная возбудимость – стабильность.

Лица с высокими значениями по фактору отличаются эмоциональной лабильностью, гиперреактивностью и медленным возвратом к исходному состоянию после эмоциональных переживаний и часто жалуются на различные недомогания; головные боли, бессонницу, нарушения пищеварения и т.п. Предполагают, что высокий нейротизм является предпосылкой невротических и соматических расстройств [116].

У подростков в возрасте 16-17 лет достоверно ( $P < 0,001$ ) высоки значения фактора нейротизма ( $P < 0,01$ ) по отношению к другим возрастным периодам. В целом популяция здоровых детей и подростков 12-17 лет нашего региона отличается повышенной эмоциональной возбудимостью ( $P < 0,01$ ). Как известно, физиологической основой повышенной эмоциональной возбудимости считается низкий порог активации «висцерального» мозга,

регулирующего вегетативную нервную систему[37]. Согласно метода Айзенка, выявляли показатели: «склонности к лжесвидетельству» и «честности». Неискренность по шкале «лжи», это не лживость, а некоторая претенциозность, тенденция к тому, чтобы показать себя лучше, чем есть на самом деле, переоценить свои положительные качества. Чаще всего это проявляется подсознательно [204].

В наших исследованиях в популяции подростков – учащихся (12-17 лет) по шкале «склонность к лжесвидетельству» составил в целом 76,9%, соответственно у девочек и мальчиков - 78,6% и 75,2%.

Таким образом, проведенное нами экспериментально-клинико-психологическое обследование, показало высокую частоту экстравертированности среди детей и подростков – учащихся, что является особенностью характера направленности психодинамики детей нашего региона.

## **2. 4. ВЛИЯНИЕ МИКРОСОЦИАЛЬНО – ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЛИЧНОСТИ.**

Под формированием личности принято считать процесс становления и развития человека как общественного существа. Определение возможных направлений совершенствования процесса формирования личности в семье связано с анализом многообразных факторов, определяющих состояние как семейной микросреды, так и сознательного руководства развитием ребенка со стороны родителей [192, 236].

Семейные условия, включая социальное положение, род занятий, материальной уровень и уровень образования родителей, в значительной мере предопределяют жизненный путь ребенка [236].

Помимо сознательного, целенаправленного воспитания, которое дают ему родители, на ребенка воздействует вся внутрисемейная атмосфера, причем эффект этого воздействия накапливается с возрастом, преломляясь в структуре личности [92].

Внутрисемейные отношения играют особую роль в формировании личности. В первую очередь это относится к отношениям между супругами, а также и между родителями и детьми.

Внутрисемейные отношения выступают в форме межличностных отношений, осуществляющихся в процессе непосредственного общения. Межличностное же общение является одним из социально-психологических механизмов становления и развития личности.

С целью выявления влияния макросоциальной среды семьи на формирование личности опрошены родители 396 учащихся 8-10 классов общеобразовательных школ Андижана. Исследование проведено методом случайной выборки. Анализ проводился по данным, собранным по разработанной нами анкете [рац. предложение № 1288 от 06.12.1999., принятое к внедрению в АндГосМИ].

Анализ основных внутрисемейных отношений показал, что больше половины обследованных родителей в качестве семейных уз выделяли взаимное уважение (75%) ( $P < 0,001$ ), взаимное доверие (50%), ( $P < 0,001$ ), любовь к детям (48%), значительное число – супружескую любовь (30,7%), обязанности по воспитанию детей (17,3%), привычку друг к другу (13%). На такие ценности, как семейный уют, экономические и жилищные условия указали немногие (2,0%).

Данные литературы о том, что любовь после какого-то периода совместной жизни, перестает быть главной силой, соединяющей супругов, подтверждается и результатами наших исследований. Менее половины опрошенных называют любовь в качестве связующей основы супружества и в других исследованиях. Это означает, что в большей части семей подорваны нравственно – эмоциональные связи между супругами, а супружеские отношения утратили свою воспитательную ценность.

Такой вывод означает непризнание состоятельными в воспитательном плане более половины семей. Результаты наших исследований показывают, что, если после какого-то периода совместной жизни любовь перестала быть

главной силой, соединяющей супругов, то взаимное уважение, взаимное доверие, любовь к детям способны создавать эмоционально-психологическую выразительность супружеских отношений, создавая в семье стабильность.

Наши данные подтвердились и тем, что 76% родителей считают свою семью дружной. Это почти в 2 раза больше указавших на любовь как связующую основу супружества. Эти данные подтверждаются также исследованиями среди родителей, касающихся состояния их собственных отношений. Так, в 87% случаев семейные проблемы решаются без ссор или же отношениям супругов свойственны кратковременные размолвки.

Оптимизация семейных отношений, способность влиять на них в нужном направлении связаны как с выяснением всего причинно-факторного комплекса, нарушающего гармонию супружеских отношений, так и значимости (иерархии) причин, удельного веса каждой составляющей.

В связи с этим представляет интерес изучение особенностей причинно-факторного комплекса, порождающего конфликтность семей (таблица 11). Как видно из таблицы, значительный удельный вес занимает группа причин, непосредственно связанных с выполнением семьей своих основных социальных функций – воспитания детей и ведения домашнего хозяйства.

Конфликты, возникающие из-за воспитания детей, занимают первое место среди других (30,7%), что свидетельствует, по всей вероятности, об особой актуальности проблем. Одновременно это и показатель слабости педагогических позиций родителей, особенно дающей знать о себе в подростковом периоде. Чаще среди других конфликтообразующих причин указывали на вспыльчивость мужа (жены) (5,8%), разную оценку событий, людей и жизненных ситуаций (11,5%), финансовые проблемы (7,7%).

По данным литературы, одной из самых значительных причин конфликтности супружеских отношений является пьянство и алкоголизм одного или обоих супругов [296, 325]. Если супруги из Москвы и Вильнюса ставят ее на второе место [296], то супруги в наших исследованиях – на

десятое, т.е. в 2,0% случаев родители, проживающие в наших условиях, рассматривают пьянство в качестве главной конфликтообразующей причины. На конфликты, возникающие, на основе несправедливого распределения домашних обязанностей указали 11,5% супругов. По своей значимости эта причина оказалась довольно на высоком 4 м месте.

Таблица 11.

Причины частых конфликтов между супругами (в %)

Причины конфликтов	Андижан	Москва	Вильнюс	Баку
1. Воспитание детей	30,7	14,5	10,8	12,0
2. Ничего незначащие ситуации	28,8	12,8	9,7	11,6
3. Распределение домашних обязанностей	11,5	5,5	6,7	7,2
4. Разная оценка событий, людей и жизненных ситуаций	11,5	7,9	4,2	6,0
5. Финансовые проблемы	7,7	7,0	7,6	6,3
6. Вспыльчивость мужа	5,8	10,0	8,1	9,3
7. Частое отсутствие кого либо из супругов	5,7	5,1	5,4	2,3
8. Ревность супругов	3,8	3,4	3,8	3,0
9. Взаимоотношения с родителями мужа (жены)	2,0	6,7	3,0	4,6
10. Злоупотребление алкогольными напитками	2,0	12,3	11,2	4,3
11. Способ проведения свободного времени	2,0	5,1	4,9	4,2
12. Друзья мужа (жены)	2,0	3,2	2,6	2,3
13. Отсутствие гармонии в интимных отношениях	0,8	1,7	2,6	2,5

В целом, неравномерное распределение домашних обязанностей является одной из основных причин напряженности в отношениях между мужем и женой. Известно, что физические перегрузки женщины сами по себе ведут к повышенной возбудимости, вспыльчивости, нервным срывам. Определенную роль в провоцировании конфликтности играют материально – бытовые трудности. На конфликты из – за денег указывали 7,7% супругов.

Таким образом, нормальное функционирование семьи в значительно большей мере связано не только с социально-экономическими условиями, в том числе материальными и жилищными, но и с субъективными качествами супругов.

Как известно, деструктивные отношения между родителями и детьми в какой-то мере есть следствие конфликтности супружеских отношений [223, 236]. Однако, в подавляющем большинстве случаев, причины отклонения от нормы в отношении к детям, порождающие конфликты между ними и родителями, имеют свой собственный аспект, лежащий в сфере отношений мать-ребенок или отец-ребенок.

Как свидетельствуют данные наших исследований, большинство конфликтов между родителями и детьми возникают из-за стремления детей к самостоятельности (21,5%); усталости и раздражительности родителей (21,1%); низкой успеваемости (19,2%); плохого поведения ребенка в школе (11,5%); нежеланием детей участвовать в домашней работе (13,5%).

Основные причины конфликтности родителей и детей коренятся в самих родителях и, прежде всего, в их низкой педагогической культуре (296). Причина конфликтности с детьми в какой-то мере может быть связана и с особенностями темперамента ребенка, состояния его здоровья.

В целом, конфликтность родителей и детей имеет сложную природу, являет собой сложное переплетение причин, коренящихся в детях, родителях и причин, имеющих объективный источник.

Известно, что воспитание, как целенаправленная деятельность взрослых, зависит от целого ряда обстоятельств: семейных отношений,

нравственной и духовной культуры родителей, их опыта социального общения, семейных традиций и т.д. Важнейшее место среди них занимает педагогическая культура родителей.

Показателем уровня педагогической культуры родителей являются также те методы и средства воспитания, которые находятся в их семейном арсенале (таблица 12).

В таблице 12 отражены результаты наших исследований, методов, применяемых родителями в воспитании детей в сравнении с городами Москва, Вильнюс, Баку.

Как видно из таблицы, вместо таких доминирующих в воспитательной практике семьи в прошлом авторитарных методов воспитания [199, 224], как физическое наказание, запрещение без особых разъяснений, приказания, требования и т.д., первое место в педагогическом арсенале семьи занял метод организации деятельности ребенка (режим дня, игры, включение его в трудовой процесс семьи, общение со сверстниками), организация его микросреды (60%).

При сравнительном анализе обращает на себя тот факт, что в подавляющей части семей, проживающих в условиях г. Москвы [224 ], этот метод не получил распространения (13,8%). Видное место в педагогическом арсенале семьи занимают: совет, как надо поступать (48,0%), разговор по душам (40,4%). Положительной тенденцией, характеризующей педагогическую культуру родителей, следует считать растущую разумность использования различных воспитательных методов и средств: лишение удовольствий с объяснением причин (7,7%), различного рода поощрения (8,0%), замечания, выговор (13%).

Таблица 12.

Методы, применяемые родителями в воспитании детей (в %)

Методы	Андижан Узб.	Москва Россия	Вильнюс Литва	Баку Азерб.
1. Разговор по душам	40,4	49,6	52,0	44,0
2. Совет, как надо поступать	48	84,6	82,0	42,0
3. Приказание, требование	2,0	17,4	16,0	8,0
4. Лишение удовольствий с объяснением причин	7,7	18,4	16,0	8,1
5. Запрещение без особых разъяснений	7,7	8,0	9,0	12,0
6. Различного рода поощрения	8,0	11,5	12,0	9,0
7. Физическое наказание	7,7	3,7	3,9	7,5
8. Организация деятельности ребенка и руководство ею	60	13,8	15,0	18,0

Таблица 13.

Мнение родителей о степени их педагогической подготовленности  
к воспитанию детей (в %)

Считают, что педагогических знаний	Андижан Узб.	Москва Россия	Вильнюс Литва	Баку Азерб.
1. Вполне достаточно	32,7	28,2	36,0	22,5
2. Не совсем достаточно	9,6	38,6	30,0	10,5
3. Недостаточно	15,4	9,6	16,0	18,0
4. Затрудняются ответить	30,6	22,9	20,0	25,0
5. Нет ответа	11,5	0,6	0,8	12,0

Признаком явной педагогической безграмотности и педагогического бессилия является использование в воспитательной практике некоторой частью семей таких недопустимых, заведомо порочных средств, как запугивание, угрозы, наказание физическим трудом, словесные оскорбления и т.д.

В наших исследованиях выявлено, что в воспитательной практике семьи довольно широко встречаются авторитарные методы: запрещение без особых разъяснений (7,7%), физическое наказание (7,8%), приказание, требование (2,0%) (табл. 13).

Негативные последствия физических наказаний общеизвестны – притупление всех лучших качеств в детях, покорность и забитость, трусость и бессердечие, озлобление и бездушие, лицемерие и жестокость. Источник физических наказаний нередко связан с дезорганизацией семейной жизни и аморализмом взрослых [224].

Объективный анализ состояния и уровня педагогической культуры подтверждается и данными наших исследований. Как видно из таблицы, свыше половины семей (55,6%) уровень своей педагогической подготовленности считают недостаточным или затруднились ответить. Всего 1/3 семей (32,7%) считают, что педагогических знаний у них вполне достаточно.

Таким образом, анализ некоторых элементов взаимоотношений микро социальной среды – семьи, говорит о том, что наряду с имеющимися достижениями в этой области существуют и серьезные проблемы.

Нарушение взаимоотношений между супругами, родителями и детьми, педагогическая безграмотность родителей провоцирует повышенную детскую возбудимость, раздражительность, а порой и агрессивность, реакции дезадаптации, что является одним из факторов развития у ребенка психосоматических и нервно-психических расстройств.

Состояние ребенка может оказаться показателем отношений его родителей, болезненные проявления у ребенка могут быть единственным выражением семейной дезорганизации.

Все изменения семейных взаимоотношений, препятствующие развитию индивидуальности ребенка, не позволяющие ему открыто проявлять свои эмоции, делают его ранимым в отношении эмоциональных стрессов. В то же время наличие прочной социальной поддержки благоприятно сказывается на сопротивляемости к заболеваниям.

### **ГЛАВА 3. КЛИНИКО-ПСИХИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛИЧНОСТНО-АНОМАЛЬНЫХ СИМПТОМОКОМПЛЕКСОВ.**

Поведенческие реакции, формирующиеся в детском возрасте, в значительной мере обусловлены влиянием средовых факторов к которым относят: условия воспитания в семье, особенности складывающихся взаимоотношений в кругу сверстников и старших, прочее.

Однако удельный вес конституционально-генетических факторов остается значимым практически на протяжении всего периода развития и становления личности подрастающего ребенка.

Всё это создает условия для возможного формирования и проявления аномально – личностных характеристик, генезис которых не исключает дальнейшую клинику пограничных или психопатических состояний.

При этом характерология человека может рассматриваться в контексте латентных (компенсированных) психопатий, акцентуированных свойств личности [113] или акцентуаций характера [111], нарушений адаптации - (реакции) дезадаптации [81].

### **3.1. АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.**

В детском и подростковом возрасте эмоционально-личностная сфера является наиболее уязвимым звеном. Это обусловлено быстрым созреванием человека как личности, с одной стороны, и проблемами его адаптации в системе межличностных отношений и деятельности - с другой.

Формирующиеся прижизненно характерологические свойства накладывают свой отпечаток на смысловую, потребностно-мотивационную и эмоционально-волевую сферу личности. То есть, типы реагирования субъектом на те или иные жизненные ситуации определенным образом предопределены сложившимися личностными установками.

В период становления характера особенно видны типологические черты, которые обозначаются как «акцентуации характера» – крайние варианты нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий.

Констатация акцентуации характера и его тип - это определение преморбидного фона, на котором могут возникать различные нервно – психические и психосоматические расстройства.

Причинами дискуссионности проблемы акцентуации характера являются, прежде всего, объективные трудности, с которыми встречаются исследователи и врачи смежных специальностей при ее разработке. Эти трудности обусловлены положением акцентуации на стыке ряда наук – педиатрии, психиатрии, невропатологии, биологии и генетики, психологии, педагогики, социологии.

В настоящей работе мы предприняли попытку трактовки данных эпидемиологического исследования акцентуации характера практически здоровых подростков в возрасте 12-17 лет.

Предметом исследования явились учащиеся общеобразовательных школ (10%-ная выборка, n=1654) г. Андижана. В данной работе впервые в условиях Узбекистана на популяционном уровне применен сокращенный и

адаптированный вариант патохарактерологического диагностического опросника (ПДО) для подростков [112]. ПДО предназначен для определения в подростковом возрасте (12-18 лет) типов характера при конституциональных и ядерных психопатиях, психопатическом развитии, а также при акцентуациях характера.

На основе оригинального варианта ПДО нами разработан сокращенный вариант скрининг-диагностики акцентуации характера [Рац. предложение № 1249 от 05.05.1999, принятое к внедрению в АндГосМИ]. В скрининг метод путем отсева, методом апробации неинформативных признаков из 363 утверждений включены 232, причем диагностическая процедура оригинального варианта полностью сохранена. Метод сохраняет диагностическую способность в отношении и других показателей личности; конформности, делинквентности, эмансипированности, склонности к алкоголизации, мужественности и женственности и т.д. Кроме того, обследуемые подростки были подвергнуты тщательному клинико-анамнестическому (опрос и осмотр подростка, опрос родителей и сведения от других лиц, наблюдение за поведением) и лабораторному обследованию.

Обращает на себя внимание, что у мальчиков достоверно чаще ( $P < 0,001$ , соответственно 14 –15 лет и 16-17 лет), чем у девочек, встречаются гипертимный, гипертимно – неустойчивый, гипертимно циклоидный и неустойчивые типы акцентуации характера. Однако, среди подростков женского пола наиболее частыми оказались шизоидный (замкнутый), лабильный, сенситивный ( $P < 0,01$ ), циклоидный, астеноневротичный, что свидетельствует о большей представленности в развернутом виде типов акцентуации, чем у подростков – мужчин.

Эпилептоидный, эпилептоидно-неустойчивый, эпилептоидно–шизоидный типы встречаются одинаково часто, как у девочек, так и у мальчиков ( $P < 0,01$ ).

В целом частота разных типов акцентуации характера подростков в общей популяции обследованных здоровых подростков (1654 детей)

составляет (798) 48,2%, соответственно (390) 23,6 % у мальчиков и (408) 24,7 % - у девочек общего числа случаев или 49,4 и 47,1 от всего обследованных мальчиков и девочек. У 50,6% подростков – мальчиков и 52,9 % подростков девочек акцентуация характера не диагностирована. Ряд смешанных акцентуаций, таких как истероидно-астеноневротическая, лабильно-астеноневротический, лабильно-сенситивный, сенситивно - шизоидный и другие, в популяции здоровых подростков нашего региона не выявлены. Следует отметить, что у подростков 16-17 лет отмечается более высокий процент ( $P < 0,001$ ) психоастеничного, психоастенично-астеноневротического типов акцентуаций. При рассмотрении результатов нашего исследования необходимо отметить, что обследованная нами популяция здоровых детей заметно отличалась по частоте ряда акцентуаций от групп, обследованных другими авторами. Эти различия могут быть объяснены, с одной стороны, несоблюдением правил эпидемиологических исследований (не соблюдение репрезентативности, отсутствие стандартизации методики исследования и т.д.), а с другой – возможной неоднородностью популяционного спектра характерологических особенностей в различных регионах мира.

В литературе имеются данные [111], что при эпилептоидном, гипертимном, шизоидном (замкнутом), а также неустойчивом типах акцентуации характера в подростковом возрасте имеется высокий риск развития психосоматических расстройств и синдрома дезадаптации. Видимо, при них выработка навыков социальной адаптации дается наиболее трудно.

В связи с вышеизложенными в этой главе приводим данные клинических, экспериментально – психологических исследований групп детей с акцентуациями характера в условиях детского психоневрологического диспансера и в Андиганском областном центре охраны психического здоровья. Исследования проводились под руководством зав кафедрой психиатрии и медицинской психологии АндГосМИ, доктора медицинских наук, профессора М. Л. Аграновского.

Таблица 14.

Частота разных типов акцентуации характера у подростков в популяции Ферганской долины ( в%).

№	Типы акцентуации.	Мальчики		Девочки	
		14-15 лет	16-17 лет	14-15 лет	16-17 лет
1	Гипертимный, гипертимно-неустойчивый, гипертимно-циклоидный.	17,6±1,9*	16,4±1,8*	6,0±1,1	4,4±1,0
2	Циклоидный, циклоидно-гипертимный, циклоидно-лабильный.	1,5±0,61	1,3±0,57	2,5±0,77	1,7±0,63
3	Лабильный, лабильно-психоастеничный, лабильно-неустойчивый	1,0±0,50	1,8±0,67	3,4±0,89*	6,1±1,18*
4	Сенситивный, сенситивно-психоастеничный	1,0±0,50	1,0±0,5	2,6±0,78	3,4±0,89*
5	Психоастеничный, психоастенично-астеноневротичный.	1,0±0,50	3,4±0,91	2,0±0,69	8,8±1,4*
6	Замкнутый, шизоидно-неустойчивый, шизоидно-эпилептоидный.	7,2±1,7	4,3±1,0	11,5±1,57	8,5±1,38*
7	Эпилептоидный, эпилептоидно-неустойчивый, эпилептоидно-шизоидноный	12,0±1,6	7,0±1,2	11,5±1,57	6,1±1,1
8	Астеноневротический, астеноневротико-психоастеничный.	2,1±0,72	1,0±0,5	4,20±0,99	2,4±0,75
9	Неустойчивый	10,4±1,5*	7,8±1,35*	5,9±1,16	4,7±1,04
10	Истероидный	1,2±0,55	1,0±0,5	2,2±0,72	2,7±0,80

Примечание: Звездочкой (\*) указаны достоверность статистических показателей мальчиков и девочек (P<0,05-0,001).

Целью наших исследований явилось сравнительно-возрастное изучение динамики клинических проявлений и оценка основных факторов патогенеза акцентуации характера в культурально-социальных условиях Ферганской долины Узбекистана.

Наблюдением был охвачен 141 подросток (девочек=76, мальчиков=65) в возрасте от 12 до 18 лет с разными вариантами типов акцентуации характера. У всех наблюдаемых в анамнезе не было указаний на выраженную органическую или психопатологическую симптоматику. Объективизация диагноза осуществлялась путем сочетания клинического и экспериментально – психологического методов обследования.

Нами изучены биологические и социальные факторы риска акцентуации характера. При этом обращалось внимание на наличие у родителей детей с акцентуациями характера психических болезней, патологии характера и психосоматических заболеваний (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертония, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма и другие).

С этой целью анкетно-опросным методом обследован 51 родственник I степени родства (28 матерей и 23 отца) и 90 родственников 2 степени родства (42 дедушек и 48 бабушек) по материнской (49) и отцовской (41) линии.

Как видно, высокая концентрация психосоматических заболеваний отмечается у родственников 1 и 2 степени родства школьников с акцентуациями характера ( $P < 0,05$ ). По мере нарастания степени родства увеличивается концентрация психосоматических заболеваний ( $P < 0,001$ ). Их концентрация более высока у отцов по сравнению с матерями ( $P < 0,05$ ).

Клинико-патогенетически была выявлена весьма высокая наследственная отягощенность по нервно-психическим заболеваниям.

Психические нарушения имеются у 24 (17,6%) родственников 1 и 2 степени родства, большая частота случаев патологии характера – 52 (37,3%) и алкоголизма – 62 (44,1%). Высокая частота патологии характера у

родителей детей с акцентуациями характера является показателем внутрисемейной невротизации [200].

Клинико-патогенетически была выявлена весьма высокая наследственная отягощенность по нервно-психическим заболеваниям.

Психические нарушения имеются у 24 (17,6%) родственников 1 и 2 степени родства, большая частота случаев патологии характера - 52 (37,3%) и алкоголизма - 62 (44,1%). Высокая частота патологии характера у родителей детей с акцентуациями характера является показателем внутрисемейной невротизации.

В связи с вышеизложенным, приводим данные личностных опросников, посредством которых уточняли ряд сторон личности родителей детей с акцентуациями характера.

В табл 15. отражены результаты исследования темперамента и фактора нейротизма у родителей детей с акцентуациями характера по методике Айзенка. Исследовались 66 матерей и 60 отцов. Контрольную группу составили 60 матерей и 60 отцов практически здоровых детей.

Как видно из таблицы, у родителей при акцентуациях характера у детей отмечается достоверное увеличение степени экстравертированности, чем в контрольной группе ( $P < 0,01$ ). Отцы детей с акцентуациями менее интровертированы, чем матери ( $21,6 \pm 5,34$ ). По шкале «нейротизма», у матерей в целом отмечается достоверно высокий уровень внутренней напряженности - ( $P < 0,01$  чем у матерей в контрольной группе. У отцов показатель нейротизма существенно не отличалось от таковой контрольной группы ( $P < 0,01$ ).

Таким образом, судя по результатам наших исследований, родители детей с акцентуациями характера отличаются выраженной экстравертированностью и психоэмоциональной возбудимостью, чем родители контрольной группы ( $P > 0,05$ ). Матери более интровертированы и более нейротичны, чем отцы ( $P < 0,01$ ).

Таблица 15.

Результаты исследования темперамента и фактора нейротизма у родителей детей с акцентуациями характера (в%).

Показатели	Основная группа		Контрольная группа	
	отцы n=60	Матери n=63	Отцы n=60	Матери N=60
Экстравертированность	78,4±5,31	72,8±5,47	68,7±5,98	61,5±6,28
Интравертированность	21,6±5,31	27,2±5,47*	31,3±5,98	8,5±6,28
Психоэмоциональная возбудимость	36,6±6,21	77,3±5,15*	31±5,97	53,3±6,44
Психоэмоциональная стабильность	63,4±6,21	22,7±5,15*	69±5,97	46,7±6,44
Склонность к лжесвидетельству	68±6,02	72±5,52	75±5,59	79±5,25
Честность	32±6,02	28±5,52	25±5,59	21±5,25

Звездочкой (\*) указаны достоверность показателей от контрольной ( $P < 0,05 - 0,001$ )

В целом наши исследования подтверждают концепцию К. Леонгарда, который считает, что особенности темперамента и характера или акцентуации личности имеют модус популяционно-генетической черты.

Анализ предъявляемых детьми и подростками с акцентуациями характера жалоб показал ее массивную соматизацию, которая характеризовалась полиморфными вегето-висцеральными нарушениями в различных органах и системах (пищеварительной, кожной, респираторной, двигательной, сердечно-сосудистой, выделительной, эндокринной) нарушениями терморегуляции и альгическими проявлениями.

Клинически у обследованных школьников из жалоб психовегетативного генеза обнаруживались достоверное увеличение вялости, адинамичности — 21 (14,8%) отмечались также подвижность, тревожность - 26 (18,0%), повышенная утомляемость - 29 (21,0%), повышенная потливость, акроцианоз - 30 (22,0%), гиперемия лица, ладоней и подошв - 42 (29,7%), головные боли - 42 (30,0%), плохая переносимость душных помещений - 33 (23,0%), поверхностный сон - 48 (34,0%), дермографизм - 35 (25,0%), приглушенность тонов на основании сердца - 6 (4,2%), боли в эпигастрии, вокруг пупка, по ходу кишечника - 35 (24,8%), нарушение аппетита - 29 (20,6%). Только у 20,6% обследованных с акцентуациями характера психовегетовисцеральные нарушения отмечаются в одной системе, у 79,7% детей они носили полисистемный характер.

Высокая частота симптомов вегетовисцеральных нарушений и их полиморфность и полисистемный характер у наших школьников указывают на возможную роль вегетативного дисбаланса в генезе манифестации акцентуации характера.

Таблица 16.

Частота клинических симптомов психовегетативного характера  
у детей с акцентуациями характера (в %)

Клинические симптомы	Д n=76	М n=65	Всего n=141
1. Вялость, адинамичность	14,2 ±4,0	16±4,54	14,8
2. Подвижность, тревожность	17,3±4,33	20±4,96*	18
3. Повышенная утомляемость	19±4,5*	23±5,21*	21
4. Повышенная потливость, холодные конечности, акроцианоз	18±4,4	23±5,21*	22
5. Гиперемия лица, ладоней, подошв	27±5,0*	32±5,78*	29,7
6. Головные боли, головокружения	28±5,18*	32±5,78*	30
7. плохая переносимость душных помещений	29,3±5,22*	17±4,65*	23
8. Нарушения засыпания, поверхностный сон	36±5,5*	32±5,78*	34
9. «Вдохи» при осмотре	24±4,89*	22±5,13*	23
10. Дермографизм красный, белый стойкий	22±4,75	26±5,44*	25
11. Расширения границ сердца (перкуторно)	5,0±2,5	6,3±3,0	8,0
12. Приглушенность тонов сердца:			

- на верхушке	2,1±1,64	3,4±2,24	3,0
- на основании	3,3±2,04	5,2±2,75	4,2
13. Усиления тонов сердца			
- на верхушке	2,4±1,75	3,3±2,21	2,8
- на аорте, 5 ой точке	5,2±2,54	4,1±2,45	6,0
- на легочной артерии	4,3±2,32	3,0±2,11	4,2
14. Расширения тонов сердца:			
- на верхушке	10,0±3,44	11,0±3,88	10,6
- на основании сердца в 5 ой точке	6,0±2,72	6,7±3,10	6,3

Звездочкой (\*) указаны достоверность показателей от контрольной (P<0,05-0,001)

Как свидетельствуют литературные данные, одним из основных методов изучения пограничных состояний, является принцип динамики.

Говоря о динамике акцентуации характера, имеется в виду ее развитие на протяжении всего жизненного пути индивида в зависимости от возрастных биологических сдвигов, в том числе пубертатного криза. Однако, на данном этапе развития медицины возрастная динамика акцентуации характера остается недостаточно разработанной.

Учитывая, вышеизложенное мы поставили целью выявить роль пубертатного криза в динамике и трансформации типов акцентуации характера у подростков.

В настоящей работе получены результаты клинико-катамнестического изучения динамики типов акцентуации характера в пубертатном периоде в зависимости от возрастных этапов.

Полученные клинико-катамнестические данные позволили выделить два этапа в динамике акцентуации характера в подростковом возрасте, последовательно сменяющие друг друга: манифестационный и этап трансформации. Каждый из них имеет свои определенные закономерности клинического течения, обусловленные действием различных по происхождению патогенетических факторов.

Первый этап с 13-15 лет связан с генетическими факторами, а также, условиями развития в раннем детстве.

Второй этап (16-18 лет) характеризуется преимущественно влиянием неправильного воспитания или иных длительно действующих неблагоприятных психогенных факторов, а также, развитием гиперкомпенсаторных и псевдокомпенсаторных механизмов [111].

Самую большую группу среди типов акцентуаций составили дети «гипертимные» или «возбудимые» по О.В.Кербикову (26 мальчиков и 11 девочек). Дети этой группы отличались большой подвижностью,

общительностью и чрезмерным стремлением к самостоятельности. Именно реакция эмансипации у гипертимных подростков явилась причиной частых конфликтов между родителями и педагогами.

Гипертимность в чистом виде манифестируя в 13-15 лет, в 16-17 лет трансформируется в гипертимноциклоидный (ГЦ) и гипертимнонеустойчивый (ГН) типы. По мнению А.Е. Личко эти смешанные типы формируются как следствие напластования черт одного типа на эндогенное ядро другого. В наших наблюдениях «чистая» гипертимность трансформировалась в ГН в 4,2% и 2,8% и в ГЦ 1,4% и 2,1% случаях (соответственно мальчиков и девочек).

Изучение микросоциальной среды в семьях подростков с ГН и ГЦ типами акцентуации выявлены деструктивные семейные взаимоотношения между супругами, детьми и родителями с высокой достоверностью ( $P > 0,001$ ).

В литературе последних лет в группу возбудимых включен и циклоидный тип акцентуаций. Нередко циклоидный и гипертимный типы не разделяются. У подростков в динамике развития гипертимного типа акцентуаций нами были отмечены некоторые особенности.

Наблюдаемые подростки (2 мальчика-1,4% и 4 девочки -3,4%) в препубертатном возрасте произвели впечатление гипертимов. С наступлением периода эндокринно-вегетативной перестройки организма, в 15-16 лет, отмечены изменения эмоционального фона.

Он проявлялся раздражительностью, изменением настроения, апатией. Трудности появились в учебе, в общении с товарищами и родителями.

Субдепрессивное состояние продолжалось периодами в течение 7-10 дней в среднем и затем сменялось обычным состоянием гипертимного типа. Подобные случаи мы расцениваем как трансформацию гипертимного в

Таблица 17.

## Динамика акцентуации характера в подростковом возрасте (в%)

№	Тип акцентуации характера	12-15		16-17	
		М	Д	М	Д
1.	Гипертимный	18,6	8,1	6,0	1,0
2	Гипертимно-неустойчивый	1,2	1,6	4,2	2,8
3	Гипертимно-циклоидный			1,4	2,1
4	Циклоидный			3,4	1,4
5	Скрытая гипертимность			3,6	0,8
6	Шизоидный	7,1	10	2,3	2,6
7	Шизодно-неустойчивый	1,4	0,4	1,3	0,6
8	Шизоидно-эпилептоидный			0,7	0,8
9	Шизоидно-истероидный	0,3	0,4	0,8	0,6
10	Скрытая шизоидность			2,3	5,4
11	Эпилептоидный	12	11	5,9	2,8
12	Эпилептоидно-неустойчивый			0,7	1,4
13	Эпилептоидно-шизоидный			0,4	0,4
14	Скрытая эпилептоидность			5,0	6,0

в циклоидный тип акцентуаций. С наступлением полной половой зрелости циклотомические колебания у 10% подростков сгладились.

Особую актуальность приобретают наблюдения в динамике развития шизоидной акцентуации у подростков.

Как известно, шизоидные черты выявляются в более раннем возрасте, чем особенности характера всех других типов. В связи с этим шизоидный тип

характера подробно описан во всех трудах и руководствах по детской психиатрии. Наиболее существенными чертами данного типа считаются замкнутость, отгороженность от окружающего, неспособность или нежелание устанавливать контакты, снижение потребности в обществе.

В литературе существуют противоречивые мнения относительно динамики развития шизоидной акцентуации в подростковом возрасте. Если одни авторы указывают на то, что с началом пубертатного периода шизоидные черты усиливаются, то другие приводят данные о благополучии подросткового периода.

Наши динамические наблюдения за подростками с шизоидными типами акцентуаций характера ( $n=24$ , 10 мальчиков и 14 девочек) показывают, что с началом пубертатного периода, у 6 мальчиков (4,3%) и 11 девочек - подростков (80%) шизоидные черты усилились или из чистых форм трансформировались в шизоидно-неустойчивую (ШН), шизоидно-эпилептоидную (ШЭ), и шизоидно-истероидную (ШИ) (2,3%), у остальных 4,8% (2,8 и 2,0% соответственно у мальчиков и девочек) в 16-17 лет — полностью сгладились. Шизоидный тип акцентуаций характера по литературным данным, является одним из наиболее эндогенно обусловленным. Однако, нами выявлена роль недостатка воспитания по типу гипо и гиперпротекции ( $P<0,001$ ) в усугублении шизоидных черт и наложения на шизоидное ядро черт другого типа акцентуации, ШН, ШЭ, ШИ.

Большую практическую и научную ценность представляет клиническое наблюдение в динамике за подростками с эпилептоидным типом акцентуации. Главными чертами эпилептоидного типа являются склонность к дисфории и тесно связанная с ними аффективная взрывчатость, напряженность инстинктивной сферы, иногда достигающая аномалии влечений, а также вязкость, тугоподвижность, тяжеловесность, инертность, накладывающие отпечаток на всей психике - от моторики и эмоциональности до мышления и личностных ценностей.

В группу с эпилептоидным типом акцентуации были включены 32 подростка (17 мальчиков и 15 девочек, 13-15 лет). Наблюдения за динамикой развития этого типа показали, что в 5% случаев у мальчиков и 6% у девочек в 16-17 лет эпилептоидные черты характера сгладились или выявились только в ситуации, способствующей раскрытию черт этого типа, т.е. перешли в скрытую форму.

Таким образом, представленные клинические факты свидетельствуют, что начало периода полового созревания, эндокринно-вегетативные и генетические взаимоотношения влияют на развитие личности в ее новых условиях и приводят к манифестации и раскрытию черт определенного эндогенно обусловленного типа акцентуации характера.

В периоде полной половой зрелости под действием психогений микросоциальной среды семьи и школы, черты акцентуаций либо усиливаются или же трансформируются в смешанные формы. Благоприятная внутренняя среда и влияния внешних факторов могут сгладить и компенсировать или формировать скрытые формы.

Начало полового развития или половой криз является внутренней почвой, способствующей раскрытию типов акцентуаций характера.

Вследствие эндогенных механизмов и действия психогенной микросоциальной среды могут формироваться смешанные формы акцентуаций характера.

таблица 18.

Частота встречаемости некоторых психосоматических заболеваний у родственников  
детей с акцентуациями характера.

Группы Заболеваний	1 степень родства						2 степень родства					
	Матери N=28		Отцы N=23		Всего N=51		По матер. Линии (49)		По отцов. Линии (41)		Всего N=90	
	Обс.	%	Обс.	%	Обс.	%	Обс.	%	Обс.	%	Обс.	%
1. Ишемическая болезнь сердца.	2	7,1	3	13,0	5	9,8	3	6,1	4	9,7	7	7,7
2. Артериальная гипертония.	3	10,7	2	7,1	5	9,8	5	10,2	7	17,0	12	13,3
3. Нейроциркуляторная дистония.	2	7,1	1	4,3	3	5,7	6	12,2	5	12,2	13	14,4
4. Язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки.	1	3,6	2	8,1	3	5,7	4	8,2	5	12,1	9	10,0
5. Бронхиальная астма и хронический бронхит.			1	4,3	1	2,0	3	6,1	2	4,7	5	5,5
6. Холецистит и дискинезия желчевыводящих путей.	1	3,6			1	2,0	5	10,2	2	2	4,7	7,7
7. Ожирение, сахарный диабет.	1	3,6	1	4,3	2	3,9						
8. Злокачественные опухоли.							1	2,0			1	1,1
Всего:	10	35,7	10	43,4	20	39,2	27	55,1	25	61	54	60

### **3. 2. КЛИНИКО - ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.**

В настоящее время отмечается нарастание социально-психологической дезадаптации детей и подростков, которая требует особого внимания специалистов, в частности школьных врачей и детских психиатров, чтобы обеспечить нормальное развитие и охрану их психического, социального и соматического здоровья.

Школьный период жизни рассматривается большинством авторов как совершенно особый, исключительно важный период жизни человека, оказывающий большое влияние на формирование организма, психической деятельности и личностных черт индивидуума [175, 185, 211].

Интенсивные процессы созревания отдельных биологических систем организма в сочетании с возрастанием уровня социально-психологических требований, предъявляемых к учащимся, повышают возможность психотравматизации личности. Эти биологические и психологические особенности накладывают определенный отпечаток на распространенность и клинические проявления дезадаптационных (кризисных) нарушений в данной возрастной группе. Все это создает условия для возможного формирования и проявления аномально-личностных характеристик, генезис которых не исключает дальнейшую клинику пограничных состояний и повышает вероятность возникновения нервно-психических и соматических заболеваний. Данные последних лет свидетельствуют [48], что лишь 16% детей школьного возраста могут быть признаны психически полностью здоровыми. В школьные учреждения поступает до 30% детей, имеющих те или иные отклонения в психической и соматической сферах, а заканчивают школу с подобными отклонениями уже 80% [81].

Исходя из актуальности проблемы дезадаптации у детей и подростков, нами было предпринято исследование, целью которого явилось

сравнительно-возрастное изучение клинических проявлений и основных факторов патогенеза этого вида аффективной патологии у школьников. Основными методами исследования были клинико-психологический и эпидемиологический.

Дополнительно использовались психопатологический, параклинический и катamnестический методы.

Малая обращаемость детей и подростков в лечебные учреждения повышают роль и значимость клинико-эпидемиологических исследований, направленных на активное выявление дезадаптационных нарушений.

Наблюдение детей с нарушенной адаптацией нами проводилось в условиях детских поликлиник и психоневрологического диспансера. Углубленное обследование проводилось путем госпитализации детей с дезадаптацией в детское дневное отделение Андижанского областного центра охраны психического здоровья, где осуществляли тщательное клинико-инструментальное исследование, при необходимости привлекались другие специалисты (невропатолог, ЛОР-врач, психиатр, психолог).

Степень адаптации детей и подростков оценивались по следующим показателям: 1) успеваемость; 2) дисциплина; 3) нарушения взаимоотношений с одноклассниками и преподавателями.

Учитывая, что влияние возрастного фактора сказывается как в известном возрастном своеобразии клинической картины и динамики нарушений, так и в увеличении риска возникновения психогенных расстройств в переходные возрастные периоды, вышеперечисленные показатели были проанализированы на двух возрастных этапах: этап младшего школьного возраста (7-11 лет, n = 950) и этап пре- и пубертатного возрастов (12-17 лет, n = 550).

Как видно из таблицы № 18, выраженность показателей нарушения адаптации школьников в младшем школьном (7-11 лет) и пре и пубертатном (12-17 лет) возрастных этапах разные. В популяции детей 7-11 лет низкая

успеваемость выявлена в  $6,8 \pm 2,05\%$  случаев (3,6% и 3,30% соответственно у девочек и мальчиков). В пре- и пубертатном возрастах этот показатель достоверно высок  $P < 0,05$ .

В подростковом периоде этот показатель больше выражен у мальчиков - подростков ( $P > 0,05$ ), чем у девочек. В младшем школьном возрасте различий в зависимости от пола не отмечается. Нарушения дисциплины также больше выражены у подростков ( $P < 0,05$ ).

Систематические конфликты с преподавателями и одноклассниками отмечены в  $3,5 \pm 1,44\%$  и  $3,8 \pm 1,50\%$  случаев у школьников-подростков. Выраженность нарушений взаимоотношений с одноклассниками и преподавателями у младших школьников наименьшая ( $P > 0,05$ ).

Выраженность нарушений показателей дисциплины, успеваемость и взаимоотношения с одноклассниками и преподавателями позволила нам выделить 3 степени нарушений адаптации школьников.

При I степени нарушены все три показателя (полная дезадаптация), при II степени нарушены два показателя (частичная дезадаптация) и при III степени нарушен один показатель (относительная дезадаптация). Результаты отражены в таблице 19.

Как свидетельствуют данные таблицы, полная дезадаптация выявляется у детей 12-17 лет ( $P > 0,05$ ) больше, чем у младших школьников. Такое соотношение отмечается и по II степени дезадаптации ( $P > 0,05$  соответственно у девочек и мальчиков) в возрастные периоды 12-17 и 7-11 лет. У 72,7% девочек и 52,5% мальчиков 7-11 лет и 63,1% девочек и 38,4% мальчиков 12-17 лет с дезадаптацией выявлено нарушенным только одного из 3-х показателей.

Таким образом, значительно чаще, чем в детском возрасте, среди подростков школьного возраста ( $P < 0,001$ ) встречаются нарушения адаптации. По всей вероятности это связано с началом вегетативно-

эндокринной пертурбацией организма и повышением эмоциональной возбудимости и реактивности переходного возраста.

С точки зрения возрастной физиологии в пубертатном возрасте происходит ослабление всех видов условного торможения (38). Однако, многими учеными [5, 8, 13, 31, 48, 91, 217] младший школьный период (7-11 лет) рассматривается как наиболее важный критический период детства. Активное включение в качественно новую школьную деятельность, резкие изменения условий среды, дисциплинарные требования, необходимость форсированного усвоения значительного объема новой информации требует от ребенка больших адаптационных усилий и функциональных затрат.

В связи с этим, особую актуальность приобретает выявление психологических признаков дезадаптации межвозрастного функционального сдвига в критическом младшем школьном возрасте по методу Р.Кеттела. Результаты исследования отражены в таблице 20.

Частота выявляемости и динамика развития отдельных факторов личности для каждой возрастной группы разные. Так, “кризисным” периодом относительно развития личности по фактору “А” нами установлен для мальчиков 10-летний и для девочек – 11 –летний возраст. Эти межвозрастные периоды характеризуются большим количеством детей ( $P < 0,05$ ) с признаками дезадаптации по типу шизотомии ( $P < 0,05$ ) преимущественно у мальчиков, а по типу циклотомии – у девочек ( $P < 0,01$ ).



Таблица 19.

Выраженность показателей нарушений адаптации у здоровых школьников (в %)

Показатели нарушения адаптации школьников	7-11 лет (n = 950)			12-17 лет (n = 550)			P
	Д	М	Всего(n=150)	Д	М	Всего(n=162)	
Низкая успеваемость	3,6 (34)	3,2 (31)	6,8±2,05 (65)	6,4 (35)	7,5 (41)	13,9±2,71 (76)	0,05
Плохое поведение	2,3 (22)	2,6 (26)	5,0 1,77 (48)	5,3 (29)	3,1 (17)	8,3±2,16 (46)	0,001
Нарушение взаимоотношений с одноклассниками	0,7 (8)	0,8 (8)	1,7±1,05 (16)	1,6 (9)	1,8 (10)	3,5±1,44 (19)	0,05
Нарушения взаимоотношения с преподавателями	0,8 (9)	2,0 (12)	2,2±1,19 (21)	2,4 (13)	1,4 (8)	3,8± 1,50(21)	0,001
Итого	7,6 (73)	8,9 (77)	15,8±1,18 (150)	15,7 (86)	13,8 (76)	29,4±1,94 (162)	0,001

Примечание: В скобках указаны абсолютные цифры.

Таблица 20.

Степень нарушений дезадаптации у обследованных школьников (7-11 и 12-17 лет, n = 312)

Степень Дезадаптации	7-11 лет (n =150)					12-17 лет (n=162)					Всего (n-312)				
	М(n=77)		Д(n=73)		P	М(n=76)		Д(n=86)		P	7-11 лет		12-13 лет		P
	Абс.	%	Абс.	%		абс	%	Абс	%		Абс	%	Абс	%	
Ист.полная дезадаптация	13	16,9	20	28,1	НД	17	22,4	31	36,0	0,001	33	22±3,38	48	29,6±3,58	НД
Пстепень. Частичная дезадаптация	8	10,4	15	19,4	0,01	11	14,5	22	25,6	0,01	23	15,3±2,93	33	20,3±3,16	НД
III относител. Дезадаптация	56	72,7	38	52,5	0,05	48	63,1	33	38,4	0,001	94	62,7±3,94	81	50,1±3,92	<0,01

Шизотимичные дети отличались недоверчивостью, чрезмерной обидчивостью, упрямством и замкнутостью. В отличие от них дети с циклотомией отличались общительностью, излишней участливостью, доброжелательностью.

Рост числа детей с признаками дезадаптации по фактору “А” в динамике от 7 до 12 –летнего возраста, по-видимому, связан со все возрастающим воздействием различных неблагоприятных факторов внутренней и внешней среды в сочетании с повышенной ранимостью ЦНС (позаэтапное усложнение учебной программы, грубые нарушения режима и питания, влияние патологической семьи – алкоголизм родителей, курение, депривация материнского ухода, воспитание ребенка по типу “кумир семьи” и “золушки”, соматические и гормональные сдвиги.)

Кризисным по фактору “С” выявлен возрастной период 7-9 лет. Именно в 8-9 лет у наибольшего количества детей выявлены такие признаки дезадаптации, как неустойчивость характера, неуверенность в себе ( $P < 0,05$  у мальчиков и девочек соответственно 8 и 9 лет). Влияние этого фактора в динамике в младшем школьном возрасте стабильное.

Фактор “Д” также в 7-летнем возрасте у 7,1% и 12,9% детей являлся основным признаком дезадаптации, хотя доля этого фактора и в последующие возрастные периоды в динамике не ослабевает.

Клинико-психологическим признаком дезадаптации по фактору “Д” явилась повышенная возбудимость или сверхактивность на слабые провоцирующие стимулы. Для них были характерными моторное беспокойство, отвлекаемость, недостаточная концентрация внимания ( $P < 0,05$ ).

По остальным факторам (“F”, “G”, “Q” и т.д.) в целом “кризисным” можно считать 10-11 лет. Концентрация в определенном возрасте (7-9, 10-11 лет) клинико-психологических признаков “кризисных” состояний подавленность, вялость, несоблюдение общепринятых норм и правил

поведения, сенситивность, робость, эмоциональная незрелость и т.д). свидетельствуют о повышенной ранимости ЦНС этого межвозрастного периода, подверженность ее патологическим влияниям внешних и эндогенных факторов.

По всей вероятности, в эти межвозрастные грани критического периода младшего школьного возраста требуются большие адаптационные усилия и функциональные затраты, связанные с резко возрастающими нагрузками на ЦНС.

В сущности, у детей в межвозрастной грани 7-9 и 10-11 лет наблюдаются клинико-психологические признаки “функционального виража”, соответствующие максимуму критического периода.

Таким образом, межвозрастные грани 7-9 и 10-11 лет критического младшего школьного периода, действие внешних и внутренних неблагоприятных факторов, как бы раскрывают слабые функциональные звенья ЦНС, характерные для критического периода, дисфункцию и дезадаптацию.

Межвозрастные периоды 7-9 и 10-11 лет являются “кризисными” в отношении возникновения дезадаптационных нарушений и поведения у школьников.

Результаты наших исследований могут быть научным обоснованием при планировании и проведении углубленной психоневрологической диспансеризации детей младшего школьного возраста, и являются важным показателем школьной дезадаптации.

Важным показателем при оценки адаптации, особенно у школьников, является степень напряжения адаптационных механизмов.

Таблица 21.

Частота выявляемости отдельных факторов личности у детей 7-12 лет с дезадаптационными нарушениями (в %).

Факторы личностных свойств	7 лет		8 лет		9 лет		10 лет		11 лет		12 лет	
	М	Д	М	Д	М	Д	М	Д	М	Д	М	Д
“А”	1,3	1,6	1,2	2,1	7,1	6,58	14,3	2,79	4,8	10,1	8,3	4,1
“В”	5,4	1,8	7,9	2,8	5,9	16,1	15,0	10,0	9,5	6,0	1,0	2,1
“С”	7,5	9,0	8,6	10,8	14,9	6,0	6,0	7,77	5,57	7,2	5,2	10,4
“Д”	5,6	8,0	7,1	12,9	8,38	4,78	12,49	4,19	3,6	6,6	2,0	7,3
“Е”	3,4	8,5	6,4	13,6	3,59	6,58	6,0	7,78	12,5	3,0	3,1	3,1
“F ”	2,1	6,0	2,8	7,9	5,39	4,2	19,1	4,6	5,6	3,35	3,2	6,2
“G”	2,4	2,0	2,1	4,2	4,8	9,0	4,0	6,58	9,5	6,1	7,3	8,4
“H”	7,0	3,0	9,3	3,4	9,0	5,4	10,1	6,0	2,8	10,6	5,2	5,3
“I”	2,4	2,1	5,7	2,1	1,2	1,8	10,1	1,2	3,35	6,7	8,3	3,1
“O”	2,1	2,1	2,0	2,1	1,2	5,79	5,39	6,6	2,8	7,8	6,2	4,2
“Q <sub>3</sub> ”	3,6	7,0	4,3	9,3	4,8	4,19	8,3	3,0	12,8	3,35	4,2	4,2
“Q <sub>4</sub> ”	3,4	2,6	4,3	3,4	3,0	6,7	10,1	4,19	5,0	11,2	7,3	6,2



Целью нашей работы было изучение особенностей психоэмоциональных реакций у школьников с дезадаптационными нарушениями.

Материалом для исследования служили школьники с дезадаптационными нарушениями 7-11 (30 мальчиков и 32 девочек ) и 12-17 (26 мальчиков и 24 девочек) лет. Исследования проводились с применением методики фрустрационной толерантности S. Rosenzweig [254]. Выбор данной методики обусловлен тем, что она позволяет определить в способность ребенка к психологической защите, а также характер адаптивных реакций на возможные стрессовые (фрустрирующие) ситуации.

По материально бытовым условиям, физическому развитию, заболеваемости обе группы к началу обследования детей существенно не различались.

Анализ полученных нами результатов показывает на присутствие психоэмоциональных параллелей у всех детей с проявлениями дезадаптации.

Как видно из таблицы 22. степени реагирования и качество изменения психоэмоционального профиля зависят от возраста обследуемых. Так, у мальчиков и девочек в возрасте 7-11 лет изменения психоэмоционального фона достоверно отмечались снижением по импунитивной «М» направленности реакции ( $P < 0,01$ ). В целом же наблюдается усиление снижения толерантности к фрустрации, что проявляется повышением показателя экстрапунитивных «Э» реакций и реакций продолжения потребности «I-P» ( $P < 0,05$ ).

У подростков учащихся с реакцией дезадаптации соотношение между типами реакций и их направленностью резко нарушены. Констатируется достоверный рост экстрапунитивных «Э» реакций самозащитного типа ( $P < 0,05$ ) по сравнению с детьми 7-11 лет и по сравнению

Таблица 22.

Психоэмоциональное реагирование школьников с дезадаптационными нарушениями (в%).

Тип Реагирования	7-11 ЛЕТ		12-17 ЛЕТ	
	Здоровые (n=178)	Дезадаптацией (n=62)	Здоровые (n=191)	Дезадаптацией (n=50)
I	24,2±3,21	30,9±5,86	20,55±2,92	23,8±3,08
Э	38,45±3,64	48,65±6,34	48,2±3,61	58,25±3,56*
М	37,35±3,62	20,4±5,11*	31,45±3,35	17,95±2,77*
I-P	37,18±3,62	44,45±6,31	13,1±2,44	21,75±2,98*
О-Д	24,72±3,23	19,2±5,0	37,5±3,50	21,95±2,99*
Э-Д	38,1±3,63	36,35±6,10	49,45±3,61	56,3±3,58

Отмеченные звездочкой (\*) – данные достоверны по отношению к показателям здоровой популяции школьников.

показателями детей 12-17 лет здоровой популяции. Также отмечается выраженная тенденция увеличения показателя реакции продолжения потребности «I-P» ( $P < 0,001$ ).

Реакция по типу «O-Д» ( $P < 0,01$ ) - доминирования препятствие снижена по сравнению со здоровой популяцией.

Результаты исследования свидетельствуют, что на стрессовую ситуацию школьники с дезадаптацией склонны реагировать агрессией на окружающих, излишней самозащитой и их эмоциональные реакции отличаются неадекватностью.

Низкий «O-Д» в обеих возрастных группах ( $P < 0,001$ ) 7-11 и 12-17 лет свидетельствует о снижении критичности и самооценки. Препятствие, вызвавшее фрустрацию, детьми оценивается как не имеющее серьезного значения или дети ищут источник конфликта вне себя.

Достоверно реже, чем в норме, ответы импунитивной направленности и несколько чаще – интрапунитивные ( $P < 0,05$ ).

Оценка эмоциональной сферы детей и подростков с дезадаптацией методом Роршах также указывает на характерные признаки, свидетельствующие о повышенной аффективности, слабо контролируемой интеллектом и сниженных возможностях адекватной адаптации к окружающей среде.

Как известно интерпретации стимульных материалов обследования в которых учитывается цвет изображения (CF, FC, c), относятся к оценке эмоциональной сферы, причем степень участия формы указывает на различные виды контроля со стороны интеллекта. CF- ответы (7,2 и 6,6; 8,1 и 8,9 в 7-11 и 12-17 лет соответственно у мальчиков и девочек) у дезадаптированных школьников больше, чем в популяции здоровых. Соотношения  $FC > (CF + c)$  преимущественно правосторонняя, что лишний раз доказывает о неустойчивой аффективности и сниженных возможностях адаптации.

Таким образом, среди причин, определяющих дезадаптацию, ведущими являются склонность к эксплозивности, неспособность корректировать свои эмоциональные и поведенческие реакции. В результате дети создают вокруг себя конфликтные ситуации и сами реагирует на них усугублением психопатоподобного поведения.

У детей и подростков – школьников с реакциями дезадаптации выявляются характерные типы и направление эмоционального реагирования на фрустрацию; чаще проявляется экстрапунитивная (внешнеобвиняющая) и менее часто импунитивная (уклоняющая ) направленность.

Недостаточный уровень сформированности личности детей с дезадаптацией может приводить к нарушению установления межличностных отношений в системах ребенок – ребенок и ребенок - взрослый.

Возникновению реакций дезадаптации способствуют или препятствуют особенности темперамента ребенка, характер условий формирования личности и история сознательных отношений с людьми [81].

Темперамент рассматривается как энергетическая характеристика психических свойств [111]. В группу с наиболее изученными свойствами темперамента относят субъективизацию (экстра-интраверсию). В клиническом плане типичный экстраверт открыт, стремится к общению, оптимистичен.

У интраверта круг общения узок, он сдержан, не любит частых изменений, сосредоточен на себе, на своем внутреннем мире.

Экстраверт предпочитает движения и действия, он имеет тенденцию к агрессивности, вспыльчив, импульсивен. Его эмоции и чувства не имеют строгого контроля. Эти особенности способствуют легкости возникновения конфликтных ситуаций с одноклассниками, учителями и родителями и делают его трудным в семье и школьном коллективе. Поэтому нами изучены базисные личностные измерения экстра – и интраверсии и нейротизма у

подростков с проявлениями дезадаптации. В таблице 4.10 приведены результаты исследования.

Данные таблицы 23 показывают, что подростки 12-17 лет с различными степенями дезадаптации отличаются высокой экстравертированностью, эмоциональной возбудимостью.

Показатели интравертированности достоверно ниже популяционных показателей ( $P < 0,001$ ). По мнению многих авторов [309, 170], высокий нейротизм (психоэмоциональная возбудимость) является эндогенной “почвой” невротических и соматических расстройств. Обследованные нами дети и подростки в клиническом плане отличались эмоциональной лабильностью, гиперактивностью и медленным возвратом к исходному состоянию после эмоциональных переживаний и часто жаловались на различные недомогания соматовегетативного генеза.

Невротические расстройства были обнаружены в 20,1% случаев от всех обследованных и представлены в основном астеническими, истерическими и обсессивно-фобическими нарушениями.

В таблице 24 представлены клинические симптомы невротических расстройств у обследованных школьников с нарушениями адаптации.

Астенические расстройства психогенного генеза характеризовались симптомами “раздражительной слабости” в сочетании с аффективными колебаниями, вегетососудистыми нарушениями: нервность, тревожность, раздражительность и т.д. Эти школьники мало участвовали в общественных делах класса. Как правило, успеваемость у них была низкой, что вызывало конфликты с преподавателями.

Таблица 23.

Результаты исследования темперамента детей с дезадаптацией (п= 162)

Показатели	12-13 лет п=62		14-15 лет п=56		16-17 лет п=50		Всего 162	
	Д п=30	М п=32	Д п =26	М п =24	Д п=25	М п=25	Д п=87	М п=75
Экстравертированность	96,4	93,6	86,0	92,0	82,8	91,0	88,4	92,2
Интравертированность	3,6	6,4	14,0	8,0	17,0	9,0	17,6	7,8
Психоэмоциональная возбудимость	82,0	78,2	83,5	75,5	93,7	77,3	86,1	72,0
Психоэмоциональная стабильность	18,0	21,8	16,5	24,5	6,3	22,7	13,9	28,0

Таблица 24.

Частота встречаемости невротических симптомов у обследованных школьников с дезадаптацией (в%).

	7-11 лет		12-17 лет	
	n=154		n=162	
	Д	М	Д	М
1. Нервность	19,7±3,20	22,5±3,36	23,4±3,32	30,8±3,62
2. Тревожность	17,0±3,0	23,7±3,42*	18,0±3,01	28,0±3,52*
3. Двигательное беспокойство	28,0±3,61	44,6±4,0	21,0±3,20	27,0±3,48
4. Расторможенность	31,5±3,7	29,3±3,66	12,4±2,58	18,5±3,05
5. Рассеянность	17,6±3,06	15,5±2,91	21,0±3,20	30,0±3,60
6. Неусидчивость	27,5±3,59	39,3±3,93	13,5±2,68	22,0±3,25
7. Импульсивность	39,7±3,94	27,5±3,59	22,5±3,25	26,5±3,46
8. Утомляемость	11,2±2,54	16,4±2,98*	18,5±3,05*	28,4±3,54*
9. Истоощаемость	7,5±2,12	8,2±2,21	21,0±3,20	25,0±3,40
10. Раздражительность	18,7±3,14	21,6±3,31	28,0±3,52	25,0±3,40
11. Агрессивность	7,8±2,16	10,2±2,43	11,0±2,45	16,0±2,88
12. Вялость, пассивность	14,7±2,85	17,9±3,08*	12,3±2,58	17,3±2,97*
13. Робость, скованность	23,6±3,42	22,6±3,37	19,7±3,01	18,4±3,05
14. Чувство физического недостатка	14,0±2,79	12,7±2,68	36,0±3,77	44,0±3,89
15. Страх болезни и смерти	3,4±1,46	5,0±1,75	1,4±0,92	1,2±0,85
16. Неприятные болезненные ощущения (в животе, грудной клетке, голове и т.д.)	28,0±3,61*	21,0±3,28*	5,6±1,80	7,8±2,10
17. Трудные засыпания	9,2±2,32	10,5±2,47	17,7±2,99	15,2±2,82
18. Онихофагии, трихотилломании	8,7±2,27	4,1±1,59	3,4±1,42	1,2±0,85
ВСЕГО:	18,1±3,1	20,5±3,25	18,0±3,01	22,0±3,25

Примечание: (\*)- указаны достоверность показателей в сравнении с контрольной (P<0,05-0,001).

Истерио-невротические нарушения представлены острыми аффективными демонстративными нарушениями поведения, разнообразными жалобами, преимущественно астенического и ипохондрического характера; импульсивность, агрессивность, чувство физического недостатка, неприятные болезненные ощущения и т.д. Эти подростки характеризовались частичной дезадаптацией в коллективе, что обуславливалось систематическими конфликтами с преподавателями и одноклассниками, резкими колебаниями показателей успеваемости.

Обсессивно-фобические расстройства встречались, в основном, в виде навязчивых опасений ипохондрического характера, навязчивых действий, страхов болезни и смерти, онихофагии, трихотилломании и т.д.

В данной группе относительная дезадаптация возникала из-за низкой успеваемости. Выраженных нарушений поведения и конфликтов с одноклассниками не отмечалось. Анализ частоты неврологических расстройств показывает, что у детей 7-11 лет с нарушенной адаптацией наиболее интенсивно проявляются симптомы общей двигательной расторможенности или синдром гиперактивности (150): двигательное беспокойство, расторможенность, недостаточная целенаправленность и импульсивность действия, нарушения концентрации внимания, неусидчивость.

У подростков 12-17 лет проявления синдрома, прежде всего моторная возбудимость и двигательная расторможенность, неусидчивость постепенно сгладились.

В литературе имеются указания [88], что синдром гиперактивности часто встречается при отдаленных последствиях ранних органических поражений головного мозга. В зарубежной литературе его часто отождествляют с так называемыми синдромами минимального мозгового повреждения и минимальной мозговой дисфункции [88]. По мнению Л.М.Бадалян и соавт., синдром гиперактивности, обусловленный ранним

органическим повреждением мозга, как правило, сочетается с пониженной работоспособностью, замедленным темпом мышления, сниженной памятью, церебростеническими нарушениями, расстройствами отдельных высших корковых функций, а также рассеянной неврологической микросимптоматикой, входя, таким образом, в структуру сложного психоорганического синдрома.

Учитывая вышеизложенное, нами изучались данные акушерско-гинекологического анамнеза матерей детей с дезадаптацией, течение родов данного ребенка путем выкопировки данных из истории родов, истории развития ребенка, анкетного опроса родителей. При этом установлено, что преждевременные роды с рождением недоношенного ребенка отмечены у 11 (12,08%) женщин, детей с врожденной гипотрофией – у 15 (16,5%) , переносенного ребенка – у 7 (7,69%), что существенно отличается от удельного веса этих детей в общей популяции ( $P < 0,001$ ).

Средняя масса тела девочек с нарушениями адаптации при рождении не отличалась от массы девочек контрольной группы (  $P < 0,05$ ), а средняя масса тела мальчиков с дезадаптацией была достоверно ниже, чем у новорожденных мальчиков контрольной группы ( $P < 0,01$ ).

Необходимо отметить, что среди детей с нарушенной адаптацией преобладали дети, при рождении имеющие как пониженную ( $< 2,5$  кг) массу тела – 14 ( $P < 0,01$ ) , так и повышенную ( $> 4,0$  кг) массу телу – 15 (16,3%), что приводит к существенному снижению доли детей, имеющих среднюю массу тела (3100-3500 г.), соответственно у девочек ( $P < 0,01$ ) и мальчиков 37,4 ( $P < 0,01$ ) по сравнению с контрольной группой (55,5 – 54,9%).

Результаты изучения течения беременности и родов матерей детей с дезадаптационными нарушениями представлены в таблице 4. 12. Как видно из таблицы 4.12., у матерей детей с нарушенной адаптацией, по сравнению с матерями детей контрольной группы, обнаруживается существенное отклонение в течении беременности и родов: токсикозы I и II половины

беременности, патология родовой деятельности, роды с длительным безводным периодом, патологии плаценты и пуповины, тазовое предлежание плода, искусственные пособия во время родов, что в свою очередь является антенатальными факторами, приводящими к развитию хронической внутриутробной гипоксии плода и асфиксии новорожденных.

У большинства детей выявлено сочетание двух или более факторов. У 7 детей обнаружено сочетание перинатальной патологии и перенесенной в грудном возрасте нейроинфекции.

Таким образом, в группе детей с дезадаптацией высока доля встречаемости пре- и перинатальной ( $P < 0,05 - 0,001$ ) патологии, чем в контрольной группе, в основе которых лежали микроциркуляторные нарушения гипоксического и гипоксически-травматического характера.

Вышеперечисленные факторы, по мнению А.М.Вейн с соавт, могут приводить к повреждению ЦНС и ВНС на органном, тканевом и клеточном, а также на мембранном уровне, что составляет морфологический субстрат в недоразвитии функции гипоталамуса, лимбико-ретикулярного комплекса в последующие возрастные периоды.

У большинства детей с перинатальной резидуально-органической патологией обнаружили неврологические микросимптоматики минимальной дисфункции мозга, задержку психомоторного развития (ходьба и речь) (26),

Таблица 25.

Осложнения беременности и родов у матерей детей  
с дезадаптацией (в %)

Осложнения беременности и родов	Д (n=159)	М (n=153)
1. Ранний токсикоз беременности	16,2±2,9*	17,9±3,09*
2. Поздний токсикоз беременности		
- водянка	16,3±2,92*	8,14±2,21
- Нефропатия	10,2±2,4	16,7±3,01
- Преэклампсия	6,12±1,90	7,14±2,08
- Эклампсия	3,1±1,37	4,76±1,72
3.Кровотечения в I-1 и 2-й половине беременности	6,12±1,90*	4,76±1,72
4. Резус и АВО изосенсибилизация	10,4±2,42	9,2±2,33
5. Многоводие	-	3,6±1,50
6. Маловодие	7,3±2,06	6.6±2,0
7. Тазовое предлежание плода	8,16±2,17*	9,52±2,37*
8. Слабость родовой деятельности	10,2±2,4*	12,3±2,65
9. Длительные роды	12,2±2,59*	14,3±2,83*
10.Стемительные роды	4,1±1,57	238±1,23
11.Преждевременное излитие околоплодных вод	22,4±3,30*	12,0±2,62*
12.Искусственное пособие в родах	8,2±2,17	9,52±2,37
13.Патология плаценты и пуповины	12,2±2,59*	16,7±3,01*
14.Дача наркоза во время беременности и родов	6,12±1,90	11,9±2,61*
15.Гипоксия плода и новорожденного	24,5±3,41*	21,4±3,31*

Примечание: - (\*) -статистически достоверно с контрольной группой  
( $P < 0,05 - 0,001$ ).

мышечную гипотонию в конечностях (8), косоглазие, легкие парезы отводящего нерва (5), нистагм (4), недостаточность конвергенции (8), повышение коленных рефлексов (31), заикание (5), ночной энурез (8), координаторные нарушения в виде беспокойства (дрожания) рук в позе

Ромберга и при пальце-носовой пробе (12), пронаторно-атетойдная установка кистей рук в позе Ромберга (4).

Результаты экспериментально – психологических исследований у детей с дезадаптацией, перенесших перинатальное поражение ЦНС, указывают на нарушения умственной работоспособности, проявляющиеся нарушением темпа, инертности психических процессов, истощаемости и нарушением аффективно-личностной сферы (снижение познавательной активности, нерешительность в действиях, дезорганизация деятельности при затруднениях). Значительная часть интеллектуальных функций у них представлялась сохранной, однако, отмечалось ослабление мнестических процессов, что приводило к снижению объема запоминаемого материала и прочности его удержания.

Выявленные нарушения как общей, так и специальной готовности могут приводить к определенным трудностям в усвоении ребенком школьной программы, а недостаточный уровень сформированности личности ребенка к нарушению установления межличностных отношений между ровесниками (одноклассниками) и взрослыми (родителями, преподавателями).

Нами выявлены некоторые региональные особенности клинической динамики синдрома гиперактивности. В специальной литературе однозначно говорится о постепенном сглаживании и полном исчезновении синдрома гиперактивности после 14-15 лет.

У детей с дезадаптационными нарушениями в культурально-социальных условиях нашего региона синдром гиперактивности сохраняет свою актуальность и в периоде полной половой зрелости. Это связано с механизмами высвобождения и фиксации более ранних онтогенетических форм нервно—психического реагирования или по С.Я.Долецкому, механизмом возрастной дисфункции созревания.

Таким образом, можно предположить, что у школьников-подростков нашего региона с дезадаптационными нарушениями, психический дисонтогенез (– временный возврат к незрелым формам нервно-психического реагирования или задержка дальнейшего созревания незрелых структур и функций – ретардация психического развития –) может, сохраняться и в периоде полной половой зрелости.

Особое место среди невротических симптомов у обследованных детей и подростков с дезадаптацией занимают мысли и опасения по поводу своей внешности и строения тела.

Как видно из таблицы, эти симптомы достоверно больше у подростков 12-17 лет, нежели у детей 7-11 лет ( $P < 0,001$ ) соответственно у девочек и мальчиков.

Как было, сказано выше, в главе в популяции подростков с явными акцентуациями характера составляют, большую группу “повышенного риска” – они податливы к определенным пагубным влияниям среды или психическим травмам.

В литературе имеются указания на то, что личностные особенности могут служить тем неблагоприятным фоном, на котором характерологическая реакция может сразу принимать патологические формы.

В связи с этим представляет клинический и теоретический интерес изучение личностных особенностей детей и подростков с дезадаптацией. Результаты исследования приведены в таблице 26.

Таблица 26.

Частота выявляемости акцентуации характера у подростков с дезадаптационными нарушениями (в %).

Типы акцентуации	12-17 лет (162)	
	П=81 М	н=81 Д
1. Гипертимный, гипертимнонеустойчивый, гипертимноциклоидный	24,5±4,77*	13,7±3,34*
2. Циклоидный, циклоидногипертимный, циклоидно-лабильный	1,7±1,43	2,7±1,80
3. Лабильный, лабильно-психоастенический	2,0±1,55	4,7±2,35
4. Сенситивный, сенситивнопсихоастенический	1,1±1,15	3,6±2,06
5. Психоастенический, психоастенично-астеноневротический	2,7±1,80	10,7±3,43
6. Шизоидный, шизоидно-неустойчивый, шизоидно-эпилептоидный	9,1±3,19	12,1±3,62
7. Эпилептоидный, эпилептоидно-неустойчивый, эпилептоидно-шизоидный	13,0±3,73	11,6±3,55
8. Астеноневротический, астено-невротикопсихоастенический	4,5±2,30	5,5±2,53
9. Неустойчивый	13,4±2,78	5,5±2,53
10. Истероидный	4,1±2,20	4,7±2,35
В целом:	76,1%±4,73*	74,8%±4,82*

Примечание: - (\*) -статистически достоверно с контрольной группой (P < 0,05 – 0,001).

Результаты показывают, в целом что выявляемость типов акцентуаций характера, достоверно отличается от популяционных ( $P < 0,001$ ).

Большую группу составляют гипертимные и гипертимно-смешанные ( $P < 0,05$  соответственно у мальчиков и девочек), истероидные, астеноневротичные ( $P < 0,05$ ) типы акцентуаций характера. Показатели остальных типов не отличались от таковых популяционных.

Как известно, акцентуации характера в настоящее время не рассматриваются как патология, однако в подростковом возрасте, в связи со склонностью подростков к бурным эмоциональным проявлениям и недостаточным сознанием социальной ответственности, могут приводить к значительным нарушениям поведения и адаптации в коллективе.

Учитывая вышеизложенное, нами изучены ситуационно обусловленные нарушения поведения у детей и подростков с дезадаптацией, возникшие на фоне акцентуации характера.

Обследованы 61 мальчик и 60 девочек- подростков с дезадаптацией с различными типами акцентуации характера. Наиболее часто ситуационно обусловленные нарушения поведения, возникавшие на фоне акцентуации характера встречались в виде делинквентности. Частым его проявлением были пропуски школьных занятий, мелкое воровство, драки со сверстниками, контакты с асоциальными группами, реже хулиганство. Такие подростки характеризовались полной дезадаптацией в школьном коллективе, что было вызвано крайне низкой успеваемостью, систематическими конфликтами с преподавателями и одноклассниками.

Склонность к делинквентности связана как со степенью аномалии характера, так и в еще большей степени с ее типом. Частота делинквентного поведения дезадаптированных детей в зависимости от типов акцентуации характера приведена в таблице 27. Как видно из представленной таблицы, наиболее подверженными делинквентности в группе детей с дезадаптацией выявляются гипертимный ( $P < 0,001$  соответственно у девочек и мальчиков),

астеноневротический ( $P < 0,001$  у девочек и мальчиков ) неустойчивый ( $P < 0,001$  у девочек и мальчиков), истероидный ( $P < 0,001$  у девочек и мальчиков) типы. Таким типам, как сенситивность ( $P < 0,05$  соответственно у девочек и мальчиков), психоастеничность ( $P < 0,05$ ), эпилептоидность, делинквентность мало свойственна. Наиболее частыми типами также оказались лабильный ( $P < 0,05$  у девочек и мальчиков), шизоидный ( $P < 0,05$  у девочек и мальчиков).

В целом, нашими исследованиями среди делинквентных подростков в 76,1% у мальчиков и в 74,8% у девочек выявлены различные типы акцентуации характера, что достоверно больше популяционных данных ( $P < 0,001$ ).

По данным литературы [92], делинквентность в большинстве случаев имеет чисто социальные причины – недостатки воспитания, прежде всего. По данным разных авторов, от 30 до 85% делинквентных подростков вырастают в неполной семье, т.е. без отца или в деформированной семье. Немалое значение имеют безнадзорность, воспитание по типу “типопротекции” [168].

Анализ семейной ситуации в группе детей с дезадаптацией показал в абсолютном большинстве случаев наличие частых конфликтов между родителями ( $P < 0,001$ ) (таблица 28).

Почти половина обследованных воспитывались в условиях неполной семьи ( $P < 0,001$ ) – отсутствие одного или обоих родителей, чаще отца, наличие в семье отчима, мачехи и др., а также в атмосфере постоянных

Таблица 27.

Частота делинквентного поведения в группе дезадаптированных детей в зависимости от типов акцентуации характера в 12-17 лет (в %)

Тип акцентуации характера у школьников с нарушениями адаптации	12 –17 лет	
	Д (n=86)	М (n=76)
1. Гипертимный	13,7±3,7*	42,0±5,6*
2. Циклоидный	8,2±2,9*	5,2±2,5
3. Лабильный	13,3±3,6*	15,7±4,1*
4. Сенситивный	2,7±1,7	4,5±2,3
5. Психоастенический	5,2±2,3	7,4±3,0
6. Шизоидный	19,3±4,2*	22,6±4,7*
7. Эпилептоидный	5,9±2,5	9,2±3,3
8. Астеноневротический	21,0±4,3*	24,0±4,8*
9. Неустойчивый	33,0±5,0*	36,0±5,5*
10. Истереоидный	27,0±4,7*	29,1±5,2*

Примечание: - (\*) -статистически достоверно с контрольной группой  
( $P < 0,05 - 0,001$ ).

Таблица 28.

Микросоциальные семейные условия обследованных школьников с дезадаптацией (в%).

Семейные условия обследованных	Основная группа(п=362)	Контрольная группа (п=360)	P
1. Неполная семья	37±2,58%	13±1,77%	0,001
2. Конфликты в семье	87,7±1,73%	13,5±1,80%	0,001
3. Гипоопека	35,7±2,51%	7,3±1,37%	0,001
4. Безнадзорность	36,0±2,52%	2,55±,082%	0,001
5.Гиперопека “Кумир семьи”	18,9±2,05%	1,6±0,66%	0,001
6. Ситуация “Золушки”	3,0±0,89%		-
7. Смешанные варианты воспитания	17,0±1,97%	1,55±0,64%	0,05
8. Нормальные условия воспитания	7,7±1,40%	60,5±2,57%	0,05

Примечание: - (\*) -статистически достоверно с контрольной группой (P < 0,05 – 0,001).

семейных скандалов и конфликтных отношений. Нормальные условия воспитания встречались значительно реже ( $P < 0,001$ ), чем у детей и подростков без отклонений в поведении (контрольная группа). Среди форм неправильного воспитания чаще всего обнаруживались гипоопека (35,7%), безнадзорность (36,0%).

Ситуация “кумира” семьи чаще встречалась (18,9%), чем “золушки”. Довольно часто выявляли смешанные варианты неправильного воспитания. Характерно, что в большинстве обследованных семей (86,8%) материально-бытовые условия были благоприятными. Следовательно, появление отклонений в поведении у подростков зависело не столько от материального благосостояния, сколько от отрицательного микроклимата.

Несомненно, что низкий уровень образования и культуры родителей являются факторами отрицательного педагогического воздействия. Наряду с этим ребенок, общаясь с родителями, подражает их поведению, усваивает их установки и отношение к жизни. Такие формы воспитания как гипоопека и ее крайняя степень – безнадзорность, жестокость родителей, драки в семье, физические наказания, злоупотребление спиртными напитками, создают определенные условия для подражания. Ребенок видит, что в его окружении все решается с позиции силы и невольно усваивает эти формы взаимоотношений.

Нами проведен объективный анализ состояния и уровня педагогической культуры родителей детей с дезадаптационными нарушениями. 29.

Свыше половины отцов 53,6% и 55% матерей из полной семьи и 69,7% матерей из неполной, считают уровень педагогической подготовленности недостаточным или не совсем достаточным. Значительно большее число осознавших слабость своих педагогических позиций матерей из неполной семьи объясняется более сложной педагогической ситуацией в ней.

Признаком явной педагогической безграмотности и педагогического бессилия является использование в воспитательной практике семей детей с нарушенной адаптацией авторитарные методы, такие как приказание, требование ( $P < 0,05$ ), запрещение без особых объяснений (10,7%), запугивание, угрозы, наказание физическим трудом. Примером педагогической безграмотности является также отсутствие единства требований к ребенку со стороны родителей, свойственное части обследуемых семей. Опасность такого воспитания и в том, что оно провоцирует повышенную детскую возбудимость, раздражительность, а порой и агрессивность, что становится одним из факторов развития у ребенка невроза. На это указывают ряд исследователей семьи и семейных отношений.

Родители детей с дезадаптацией часто предъявляли жалобы на раздражительность, беспокойство, внутреннюю тревогу – эмоциональную лабильность и тревожность. У родителей часты симптомы вегетососудистой дисфункции, чем в контрольной (утомляемость, головные боли при напряжении и утомлении, ощущение комка в горле, покраснение при волнении). Обращают на себя внимание более частые, чем в контрольной группе, заболевания кожи, хронические очаги инфекции (риниты, тонзиллиты, кариес зубов), патологии желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой систем. На момент обследования у большинства матерей диагностировано состояние эмоционального стресса (72%), реже – у отцов (31%). Эти данные существенно отличаются от данных общей популяции.

Таблица 29.

Мнение родителей детей с дезадаптацией о степени их педагогической подготовленности к воспитанию детей (%).

№	Считают, что педагогических знаний	Полная семья		Итого (n=362)	Неполная семья
		Отец (n=114)	Мать (n=114)		Мать (134)
1.	Вполне достаточно	16,4±3,4	25,3±4,0	21,0±2,1*	17,7±3,2*
2.	Не совсем достаточно	32,6±4,3	36,0±4,4	34,3±2,4*	42,3±4,2*
3.	Недостаточно	21,0±3,8	19,0±3,6	20,0±2,1	27,4±3,8*
4.	Затрудняются ответить	16,0±3,4	17,0±3,5	16,5±1,9*	12,1±2,8*
5.	Нет ответа	14,0±3,2	8,7±2,6	12,0±1,8	0,5±0,6*

Таблица 30.

Методы, применяемые родителями в воспитании  
детей с дезадаптацией (в %).

№	Методы воспитания	Применяет отец n=114	Применяет мать n=248	Итого N=362
1.	Разговор по душам	23,0±3,9	19,0±2,4	20,5±2,1*
2.	Совет, как надо поступить	34,0±4,4	30,0±2,9	31,0±2,4*
3.	Лишение удовольствий с объяснением причин	21,0±3,8	19,3±2,5	20,0±2,1*
4.	Запрещение без особых объяснений	15,0±3,3	9,0±1,8	10,7±1,6
5.	Приказание, требование	27,0±4,1	17,0±2,3	21,3±2,1*
6.	Различного рода поощрения	5,0±2,0	7,0±1,6	5,9±1,2
7.	Физическое наказание	12,3±3,0	7,3±1,6	9,7±1,5
8.	Организация деятельности ребенка и руководство ею	19,0±3,6	22,0±2,6	20,5±2,1*

Примечание: - (\*) -статистически достоверно с контрольной группой  
( $P < 0,05 - 0,001$ ).

Таким образом, клинико-популяционные исследования, проведенные среди здоровых школьников, выявили большую частоту детей и подростков с нарушениями адаптации (21%), среди которых преобладают III степень – относительная дезадаптация. Наиболее значимыми факторами риска, наряду с психо-социальными (состояния микросоциальной среды семьи и школы) являются генетические и церебрально-органические. Особенностью выявленной у детей и подростков дезадаптации являлась ее массивная соматизация, которая характеризовалась полиморфными вегетовисцеральными нарушениями в различных органах и системах (пищеварительной, кожной, респираторной, двигательной, сердечно-сосудистой, выделительной, эндокринной) и альягическими проявлениями.

Невротические расстройства встречаются среди детей и подростков в сравнительно большом проценте случаев и, как правило, приводят к выраженным нарушениям адаптации школьников в коллективе. Неврологическое обследование детей школьного возраста с пре и перинатальной патологией позволяет выявить группу риска с школьной дезадаптацией, определить на основании минимальных функциональных отклонений прогноз дальнейшего психомоторного развития ребенка, обеспечить своевременную коррекцию этих отклонений.

Нарушения адаптации усиливают психотравматизирующие ситуации в школе и семье, создавая тем самым неблагоприятные условия для развития личности. Ситуационно-обусловленные нарушения поведения чаще возникают на фоне акцентуаций характера, приводят к полной дезадаптации школьников.

## Глава 5.

### **КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ НЕКОТОРЫМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.**

. Изучению личностных особенностей больных, соматическими заболеваниями, посвящены многие работы [12, 18, 48, 70, 71, 79, 114].

Однако, систематизация полученных результатов затруднена, так как, за редким исключением, каждый исследователь занимался изучением какого – то одного из соматических заболеваний, причем исследования осуществлялись с помощью разных методик.

Целью настоящей работы было изучение клинико-психологических особенностей личности у больных детей и подростков с заболеванием крови (острый лейкоз), желудочно-кишечного тракта (язва желудка и двенадцатиперстной кишки), сердечно – сосудистой системы (нейроциркуляторная дистония по гипер-гипотоническому и сердечному типу) с помощью комплекса психодиагностических методик, выявление в этих группах больных общих и специфических характеристик для дальнейшего их учета в качестве одного из факторов предрасположения при проведении массовых профилактических исследований и в соматической практике.

В соответствии с поставленными целями, для исследования индивидуально – типологических и личностных особенностей детей, кроме клинических и педагогических наблюдений, использовались традиционные экспериментально – психологические методы, позволяющие наиболее дифференцированно подходить к анализу личности больного ребенка [120]. Между, тем учет личностных особенностей пациентов весьма важен для медицинской и социально – трудовой реабилитации, для установления

контакта между больным и врачом, без чего невозможно эффективное лечение.

По данным литературы [25, 54, 65, 66], исследование личностных особенностей больных детей проводилось в основном в рамках клинических и педагогических наблюдений. Экспериментально – психологические методы применялись лишь в единичных исследованиях.

В психодиагностический комплекс методик включены: детский вариант опросника Айзенка для определения уровня общительности (экстраверсия - интроверсия ) и эмоциональной стабильности нейротизма [138]; детский вариант проективной методики Розенцвейга для изучения особенностей поведения ребенка в ситуации конфликта и устойчивости к фрустрациям, т.е. психическим состояниям, возникающим вследствие реальной или воображаемой помехи, препятствующей достижению цели; проективный метод Роршаха, личностный многофакторный опросник Кетелла [7, 111], патохарактерологический диагностический опросник (П.Д.О) [112].

Все экспериментально – психологические методы, включенные в психодиагностический комплекс, были адаптированы и рестандартизированы нами в социально – культуральных условиях нашей региона (глава № 3).

### **5.1. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ.**

На развитие и течение любого заболевания, эффективность медицинской и социальной реабилитации значительное влияние оказывает «внутренняя картина болезни» (ВКБ), т.е. отражение болезни в переживаниях больного [77]. Формирование ВКБ у детей отличается от такового у взрослых и тем больше, чем младше ребенок. К основным составляющим ВКБ у детей относятся объективные проявления заболевания, длительность его, особенности эмоционального реагирования больного ребенка на течение

болезни, уровень интеллектуального функционирования, степень его информированности о болезни, наличие побочных стрессоров [80, 174]. В зависимости от содержания ВКБ может быть либо положительным, либо отрицательным фактором, она влияет на проявления заболевания и его течение, на отношения в семье, успеваемость, общее психическое состояние ребенка, оказываясь нередко причиной душевных конфликтов, приводящих иногда к невротическим наслоениям, присоединяющимся к соматическому заболеванию.

Проблема ВКБ у детей больных острым лейкозом (ОЛ), имеет не только медицинские, но и психологические аспекты.

В последние годы в связи с успехами лечения увеличилась продолжительность жизни детей, больных лейкозом. В то же время частые и длительные госпитализации, отрыв от родителей, изнуряющая, протекающая хронически болезнь, массивное и интенсивное лечение создают очень сложную структуру ВКБ, формирование которой во многом мешает лечению и социально дезадаптирует больного ребенка.

Психологическое изучение личностных особенностей больного ребенка является одним из способов раскрытия ВКБ. Оно определяет поведение больного ребенка, который в одних случаях настроен оптимистично, что способствует продолжению болезни, а в других – наоборот, пессимистично, что отрицательно сказывается на течении болезни [80, 174].

Обследован 41 ребенок в возрасте от 7 – до 15 лет с острым лейкозом в активной фазе - 22 детей (из них 3 – в терминальной стадии) и в состоянии клинико-гематологической ремиссии- 19 детей. Исследование проводили в отделении гематологии детской клиники АндГосМИ.

Полученные при обследовании данные сопоставляли с характеристиками педагогов, данных на каждого больного. Результаты обследования детей по опроснику Айзенка представлены в табл. 31.

Таблица 31.

Средние оценки показателей (в баллах) по опроснику Айзенка у детей контрольной группы и больных ОЛ ( $M \pm m$ ).

Показатели	Данные стандартизации		Больные ОЛ	
	М	Д	М	Д
Экстраверсия – Интраверсия	15,1±0,4	14,3±0,4	13,5±0,4*	13,1±0,35*
Нейротизм (психоэмоциональная нестабильность)	12,6±0,5	13,3±0,5	14,6±0,7*	13,7±0,4*

Отмеченные звездочкой (\*) - достоверные различия по отношению к здоровым  $P < 0,05 - 0,001$ .

Из представленных данных следует, что у больных детей ОЛ снижен показатель общительности – «экстраверсия – интраверсия» ( $P < 0,05$  у мальчиков и девочек). Дети неохотно вступали в контакт. Многие дети, например, на вопрос, болит ли у них что –нибудь, нередко отвечают отрицательно. Учитывая эти личностные особенности больных, необходимо задавать им вопросы более конкретно и целенаправленно, что позволяет выявить многочисленные жалобы, являющиеся важными симптомами заболевания.

Показатель эмоциональной нестабильности (нейротизма) у больных детей был достоверно повышен, особенно у больных мальчиков. Это свидетельствует о большей неуравновешенности, эмоциональной

неустойчивости, легкой возбудимости, повышенной лабильности нервных процессов у больных мальчиков, нежели девочек.

Учитывая вышеизложенное, медицинскому персоналу необходимо строго соблюдать принципы деонтологии.

В табл 32. приводятся данные обследования больных детей ОЛ методом Кетелля.

Результаты обследования по опроснику Айзенка и опроснику Кетелля, отражающему конкретные личностные характеристики больных детей по многим факторам совпадают, что подтверждается высокой корреляционной связью личностного фактора «А» и «Экстраверсия-интроверсия» ( $r=+1,0$ ) и фактора «С» и нейротизма положительной корреляцией ( $r=+1,0$ ). Например, у больных с ОЛ выявлена достоверная тенденция к снижению оценок по факторам, отражающим уровень общительности и эмоциональной стабильности (факторы «А» и «С»,  $P<0,001$ ). У больных мальчиков достоверно ( $P<0,001$ ) отмечаются низкие оценки по фактору «Е», отражающему конформность, послушность, повышенную зависимость от взрослых и детей, пассивность. Достоверно высокая оценка по фактору «Д» ( $P<0,001$ ) делает их эмоционально неуравновешенными, несдержанными. Высокая оценка по данному фактору у больных позволяет говорить о повышенной возбудимости или сверх активности на слабые провоцирующие стимулы. Для них характерна отвлекаемость, недостаточная концентрация внимания. Тенденция к снижению оценок по фактору «Н» ( $P>0,05$ ) у больных детей подчеркивает их большую

Таблица 32.

Средние значения личностных факторов кеттеля у больных ОЛ (M±m).

Группа обслед.	Пол	Факторы личностных свойств											
		A	B	C	Д	E	F	G	H	I	Q	Q 3	Q4
Острый лейкоз	М (25)	3,8* ±0,1	5,0 ±0,25	3,4 ±0,2	6,2 ±0,4*	2,3 ±0,1*	4,3 ±0,4	5,8 ±0,25	3,4 ±0,3	4,8 ±0,25	7,5 ±0,3*	5,3 ±0,4	7,2 ±0,1*
	Д (16)	4,3 ±0,2*	5,5 ±0,3	3,8 ±0,4	6,0 ±0,5*	3,2 ±0,15	4,8 ±0,4*	5,4 ±0,3	4,0 ±0,3	4,6 ±0,3	7,5 ±0,4*	5,7 ±0,4	7,0 ±0,5*
Данные. станд.	М (239)	6,0 ±0,4	5,0 ±0,27	4,34 ±0,42	4,2 ±0,13	3,64 ±0,35	4,64 ±0,25	4,7 ±0,15	5,53 ±0,27	5,6 ±0,3	4,6 ±0,26	5,48 ±0,2	4,0 ±0,3
	Д (230)	6,0 ±0,3	5,4 ±0,29	3,9 ±0,9	2,8 ±0,42	3,0 ±0,48	3,0 ±0,3	5,7 ±0,16	5,4 ±0,23	5,4 ±0,2	4,9 ±0,27	6,1 ±0,42	4,1 ±0,3

Отмеченные звездочкой (\*) - достоверные различия по отношению к здоровым P&lt;0,05-0,001.

застенчивость, повышенную чувствительность. Фактор «Q» и Q<sub>4</sub> (P<0,001) отражают степень внутреннего конфликта, связанного с жизненными неудачами ребенка.

Резко повышенные оценки у больных ОЛ по фактору «Q<sub>4</sub>» позволяют говорить о склонности их к ипохондрии, фобиям, повышенной тревожности, что является основой возникновения невротичности. Повышенные оценки по фактору «Q<sub>4</sub>» (P<0,001) свидетельствуют о преобладании в поведении больных нервного напряжения. У больных могут наблюдаться бурные эмоциональные реакции раздражения по незначительному поводу, пониженный фон настроения, больные легко выводились из душевного равновесия.

На основании результатов исследования 12 основных факторов Кетелля, нами приводится усредненный тип профиля личности больных детей ОЛ.

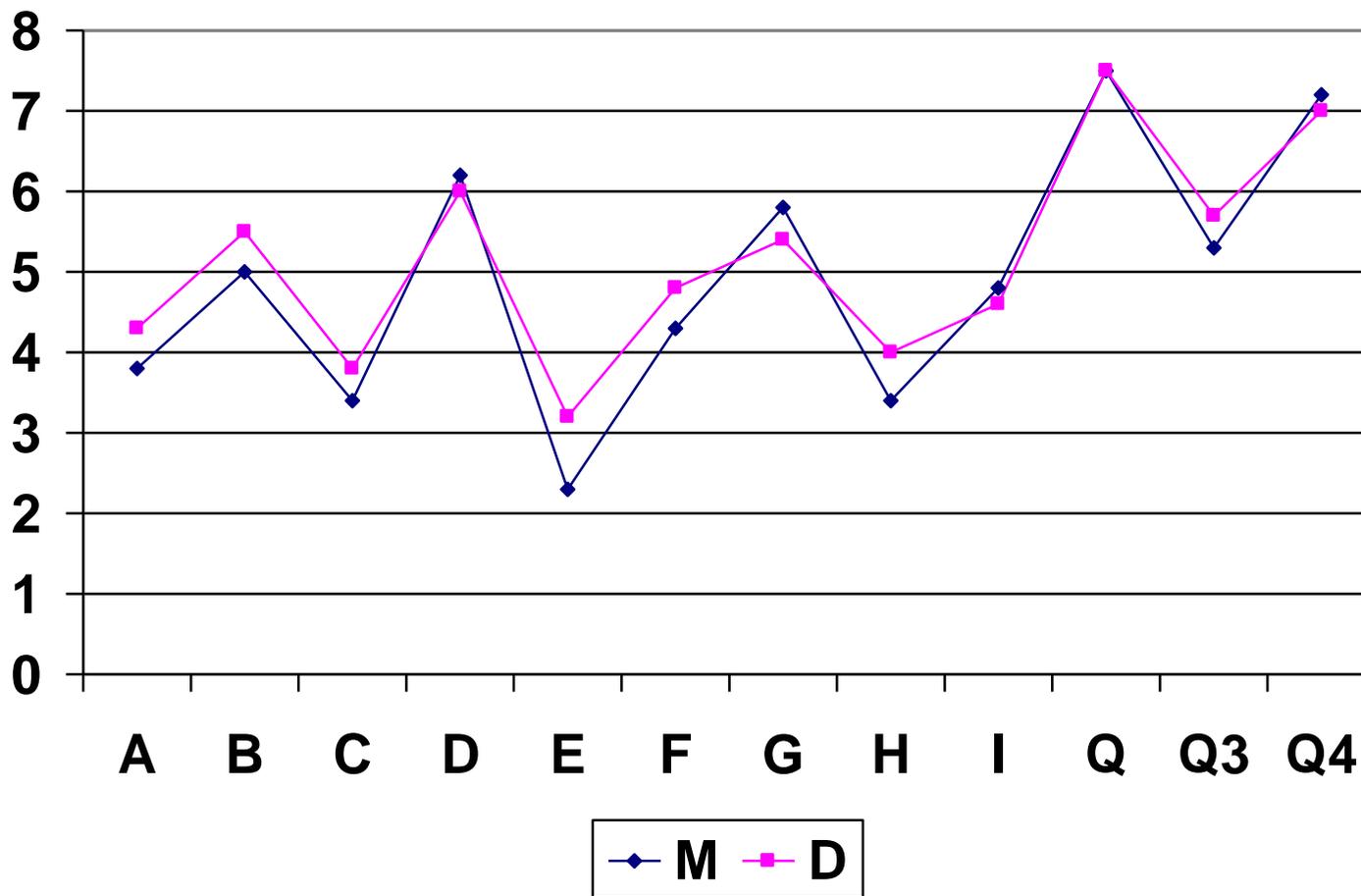
Усредненный профиль детей ОЛ достоверно отличается от таковой здоровой популяции школьников (глава 3).

Кривая профиля этой группы больных характеризуется выраженными «шкалами» и «провалами», что наглядно характеризует особенности личности и актуальное психическое состояние детей с ОЛ.

Выраженный «пик» по шкале фактора «Q» и не менее выраженность «пику» факторов «Q<sub>4</sub>», «Д», «G» отражают степень невротизации больного ребенка. «Провалы» по шкале факторов «А», «С» и «Д» указывают на тенденцию к аутизации личности. Эмоциональное состояние детей с ОЛ можно характеризовать как состояние повышенной раздражительности и эмоциональной лабильности. В целом кривая профиля указывает на преобладание нервного напряжения в поведении детей ОЛ.

Кривой профиля личности детей ОЛ,

Рисунок 5.1.



Усредненный профиль личностных свойств больных детей ОЛ.

выделяются некоторые половые различия в реагировании на болезнь, и проявляются в том, что девочки быстрее адаптируются к своим новым жизненным условиям и эмоциональная переработка у них более объективна. Эти особенности не противоречат общепринятым представлениям о том, что у девочек раньше формируется социальная зрелость, они лучше справляются с повседневными задачами [123]

В целом полученные данные методом Айзенка и Кетелля указывают на достаточно высокий уровень невротизации личности при ОЛ.

С целью прогноза поведения больных в фрустрационных ситуациях, мы исследовали устойчивые характеристики их фрустрационных реакций (реакций индивида на различного рода барьеры, блокирующие их деятельность). Был использован адаптированный и стандартизированный детский вариант методики Розенцвейга (глава 3).

У больных ОЛ, по сравнению со здоровыми детьми количество без обвинительных реакций было снижено, что свидетельствует о недостаточно адекватном реагировании на фрустрацию. У больных детей по сравнению со здоровыми, было достоверно увеличено количество самообвинительных реакций ( $P < 0,001$ ). Табл. 33.

При анализе типов реагирования выявлено, что у детей, больных ОЛ наблюдается достоверное снижение количества препятственно-доминантных и самозащитных реакций ( $P < 0,05$ ), что является показателем силы или слабости личности. Как было сказано (глава 2) высокий процент этих реакций свойствен детям эмоционально зрелым, уверенным в себе, низкий процент характеризует внутреннюю беспомощность ребенка, неспособность справиться с жизненными трудностями. У больных детей ОЛ отчетливо повышается разрешающий тип реагирования ( $P < 0,001$ ).

Таблица 33.

Варианты эмоционального реагирования здоровых и больных ОЛ  
в конфликтных ситуациях.

Группа Обследованных	Пол	Направленность реакции			Тип реагирования		
		Е Внешнеобви нительные	І Самообвини тельные	М Безобвини - Тельные	ОД Препятств. доминантный	ЕД Самозащит ный	ІР Разреща ющий
Больные ОЛ	М (25)	9,6±0,6*	7,8±0,5*	6,5±0,5	6,8±0,5*	9,5±0,6	7,7±0,5*
	Д (16)	9,5±0,9	9,0±0,6*	5,2±0,6	4,9±0,6*	9,4±0,9	9,8±0,3
Данные стандартизации	М (207)	11,07±0,5	5,21±0,28	8,43±0,46	7,51±0,47	10,7±0,51	5,58±0,29
	Д (211)	10,16±0,45	5,5±0,29	8,32±0,49	7,2±0,45	10,3±0,52	6,48±0,28

Отмеченные звездочкой (\*) - достоверные различия по отношению к здоровым  $P < 0,05-0,001$ .

Тип реакции принимает форму требования помощи от других лиц. Если же ребенок берется решить ситуацию сам, то, как правило, это происходит пассивно или же он считает, что время и ход событий приведут к нему сами.

Наиболее распространенным приемом исследования личности является метод Роршаха. По данным литературы, только в США с помощью этого метода ежегодно обследуют около 1 млн. человек.

Метод Роршаха характеризует внутреннюю психологическую сферу индивидуума, в то время как большинство клинических диагнозов основывается на «открытом» поведении. Преодоление этого противоречия становится возможным при тщательном клиническом диагнозе, основанном на длительном наблюдении и данных объективных исследований.

Зачастую метод Роршаха выявляет такую степень дезорганизации личности, которую обычные наблюдения обнаружить не могут. Именно в этом наибольшее практическое достоинство метода как вспомогательного средства диагностики».

Анализируя результаты, полученные с помощью метода Роршаха у больных детей ОЛ, можно отметить общее повышение продуктивности (R) табл 3 4.

Различия в количестве целостных (W) интерпретаций больных ОЛ и здоровых статистически достоверны ( $P < 0,05$ ).

У больных ОЛ больше целостных (W) интерпретаций стимульного материала. Учитывая, что общее количество ответов у больных ОЛ значимо больше, чем у здоровых, мы представили эти показатели в процентах от числа ответов. В таком случае получается, что процент W – интерпретации у больных ОЛ ниже (сост. 59% и 73%) таблицы 34 и 35.

Таким образом, больным ОЛ наиболее присущ обобщающий подход к интерпретации слабо структурного материала и различия в количестве целостных интерпретаций в сторону увеличения не соответствует действительности, что подтверждается анализом детерминант.

Таблица 3 4.

Средние значения показателей Роршаха у больных и здоровых школьников.

Показате Ли	Детерминанты интерпретации																
	R	W	D	M	CF	FC	C	F	F+	F-	F±	H	Hd	A	Ad	Dd	Do
Больные ОЛ																	
Мср.	16*	9,1	6,7	0,4*	5,5	1,3	0,6	15,1*	7,5	8*		1,0	0,32	9,3	0,5	1,2	1,4
	17*	10,4	6,5	0,25*	7,1			16*	8,2	8,7*		0,8	0,25	8,9	0,6	0,4	0,8
&	5,6	4,0	4,6	0,5	4,3	2,8	1,0	5,6	2,5	4,8		0,7	0,25	4,6	0,7	0,5	0,6
	5,9	3,1	3,4	0,3	3,4			4,2	2,8	4,5		0,8	0,3	3,4	0,6	0,3	0,6
±m	1,1	0,8	0,9	0,1	0,9	0,6	0,2	1,1	0,5	1,0		0,1	0,05	0,9	0,15	0,1	0,2
	1,5	0,8	0,9	0,07	0,9			1,0	0,7	1,7		0,2	0,07	0,9	0,1	0,1	0,2
Результаты стандартизации																	
Мср	10	7,35	8,35	0,75	2,2	0,19	0,55	9,6	6,8	2,55	0,3	0,9	0,07	5,1	0,6	0,6	0,5
	10,3	7,4	2,7	0,85	2,9	0,17	0,55	10,1	7,55	1,7	0,3	0,75	0,1	4,7	1,5	0,15	0,6
&	1,9	1,7	2,1	0,35	1,65	0,4	0,35	2,0	2,1	1,2	0,3	0,45	0,1	1,35	0,19	0,45	0,4
	2,35	1,9	2,15	0,3	1,65	0,35	0,2	2,07	2,5	1,3	0,2	0,7	0,4	1,8	0,22	0,35	0,37
±m	0,4	0,4	0,45	0,11	0,35	0,08	0,25	0,45	0,45	0,3	0,04	0,09	0,09	0,35	0,04	0,07	0,12
	0,45	0,4	0,45	0,9	0,4	0,08	0,12	0,5	0,6	0,3	0,5	0,19	0,08	0,4	0,06	0,07	0,06

Примечание : В числителе приведены показатели мальчиков, в знаменателе – девочек.

Отмеченные звездочкой (\*) - достоверные различия по отношению к здоровым  $P < 0,05-0,001$ .

В группе больных ОЛ выявлены некоторые особенности формообразования, или «четкости перцепции». В этой группе отчетливо снижение положительных «F + %», с повышением отрицательных форм «F - %» ( $P < 0,001$ ).

Для больных характерны частые интерпретации 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.

Творческая, интеллектуальная продуктивность (M) у больных детей с ОЛ не страдает (0,4 и 0,25 соответственно у больных и здоровых).

Результаты анализа выявили у больных ОЛ тенденцию к увеличению по сравнению со здоровыми, количества интерпретаций растительного содержания ( $P1 = 4,85\%$  и  $6,5\%$ ,  $P > 0,05$  соответственно у здоровых и больных) «неодушевленные предметы» (Ovg), ( $Ovg = 7,3\%$  и  $14,5\%$ ,  $P > 0,01$  у здоровых и больные) и ответы анатомического содержания ( $Anat = 5,7\%$  и  $8,0\%$ ,  $P > 0,01$  у здоровых и больных).

Эти результаты, наряду со снижением количества популярных интерпретаций, отсутствием оригинальных ответов, большим количеством W – ответов и деталей («Д») стимульного материала, очевидно, отражают внутреннее состояние личности больного с ОЛ и по всей вероятности являются признаками специфическими. В рисунке приводим типичный протокол обследования больных с ОЛ

Для оценки аффективности и степени интеллектуального контроля и способности к адаптации Роршах рекомендуют использовать соотношение FC: (CF + C).

Рисунок 3.

Пример протокола обследования больного с ОЛ по методу Роршах.

Таблица I

Центральный деталь	1. Горы	WF -obg
Боковой деталь	2. Слон.	WF -A

Таблица II

Верхний деталь	3. Красные черви	DCF+A
Боковой деталь	4. Медведи.	DCF+A

Таблица III

Центральный деталь	5. Красный бантик	DF+obg
Верхний боковой Деталь	6. Пятно крови	DCF
	7. туфли.	DCF-obg

Таблица IV

0	8. Какое-то животное	WF-A
	9. Крылья птицы	WF-Ad

таблица V

0	10. Летучая мышь	WF+por
---	------------------	--------

таблица VI

0	11. Шкура зверя	WF+Ad
	12. Ёлочка	WF-P1

таблица VII

0	13. Горы	WF-obg
0.	14. Кусты дерева	WF-P1
Верхний деталь	15. Зайчики	WF+A

Таблица VIII

Боковые детали	16. Два медведя	DF+A
Центральные детали	17. Лепестки	DCF-P1

	18. Какие-то холмы	DCF-obg
	таблица IX	
Средний деталь	19. Дерево	DCF+Pl
	20. Легкие	DCF+Anat
Верхний деталь	21. Жуки	DF+A
	Таблица X	
Боковой голубой деталь	22. Пауки	DF+A
	23. Корень	WF+Pl
	24. Цветы	WF+Pl

<b>R = 24</b>	<b>M =</b>	<b>F = 23 (95%)</b>	<b>H =</b>
<b>W =12</b>	<b>FC =</b>	<b>F+= 13 (65,5)</b>	<b>Hd =</b>
<b>D =12</b>	<b>CF =</b>	<b>F-= 10 (43,5)</b>	<b>A = 8</b>
<b>W% =50</b>	<b>C =</b>	<b>F±=</b>	<b>Ad = 2</b>
<b>D% =50</b>	<b>M : C</b>	<b>Fc=</b>	<b>obg = 4 (16,6%)</b>
	<b>C<sup>1</sup>=</b>		<b>Pl= 6 (25%)</b>
			<b>Anat = 1 (4,1%)</b>

Большая Мирзаганиева Н., 1994г.р

Диагноз: Острый лейкоз.

Экстратенсивный тип переживания

У больных детей ОЛ это соотношение 1,12: (5,1 ± 0,6) правостороннее и, следовательно, аффективность у них оценивается как неустойчивая и возможности адаптации к окружающей среде, возможно и к физическим, психологическим изменениям, возникшие вследствие ОЛ, слабые.

В таблице 36. отражены результаты изучения типов переживания при ОЛ. Анализ данных таблицы 36., показал, что большинство больных относится к экстратенсивному типу переживания ( $P < 0,001$ ), а меньшинство к коартивному ( $P < 0,001$ ), интраверсивные и амбивальные тенденции обнаружены только у 4,8%±3,3 соответственно обследованных. Как видно из рисунка тип переживания при ОЛ в целом расширенный.

В расширенном типе наибольший удельный вес принадлежит экстратенсивно – эгоцентрическому типу (73,1 %), активность которого полностью определяется внешними побуждениями. Кинестетические интерпретации отмечались у 12,4% обследованных больных и только у 2,4% они количественно превосходили цветовые ответы. Как видно, у обследованных нами больных интроверсивная направленность заметно не выражена и, лишь 12,5% обследованных больных с тенденцией к коартивности (суженный) социально более адаптированы

Таким образом, анализ содержания интерпретаций больных ОЛ показывает общее повышение продуктивности (R), больше целостных (W) интерпретаций стимульного материала, присущность обобщающего подхода к интерпретации слабо структурного материала. Наблюдается снижение показателя положительных форм “F +,” увеличение отрицательных “F –“, частые интерпретации больших деталей “Д”, отсутствие оригинальных (Orig), уменьшение количества популярных (Pop) ответов, тенденция к увеличению интерпретации «растительного» содержания «Pl», «неодушевленных» предметов (Ovg) и ответы “анатомического” (Anat)

Таблица 36.

Типы личности (переживания) у больных ОЛ и здоровых (в%).

Тип переживания	Больные ОЛ	Здоровые
1. Экстратенсивный	77,9±6,47*	58,35±2,25
А) чистый	73,1±6,92*	55,8±2,27
Б) смешанный	4,8±3,33	2,6±0,72
2. Интраверсивный	4,8±3,33	6,3±1,11
А) чистый	2,4±2,39	4,55±0,95
Б) смешанный	2,4±2,39	1,7±0,59
3. Амбиквальный	4,8±3,33	6,1±1,10
4. Коартивный	12,5±5,16*	29,25±2,08

Отмеченные (\*) - статистически достоверны по отношению к здоровой популяции

содержания. Соотношения FC: (CF +C) правосторонне, преобладание экстратенсивного типа переживания, больше цветовых, нежели кинестетических ответов. Полученные результаты исследования личности больных детей ОЛ по методике Роршаха, позволяют сделать следующие выводы: для больных детей ОЛ более характерно репродуктивное, чем творческое мышление, лабильная аффективность, поверхностные контакты с окружающей средой что, является неврастеническими признаками.

Представляется практически значимым выяснение возможных связей между характерологическими особенностями личности и болезнями.

В связи с вышеизложенным, нами изучена частота распространенности отдельных типов акцентуации характера у больных детей ОЛ. В качестве основного метода исследования нами использовался патохарактерологический диагностический опросник - ПДО [179], сокращенный и адаптированный вариант [рац. предложение № 1249 от 05.05.1999] .

Результаты представлены в табл. 5. 7. При рассмотрении результатов нашего исследования необходимо отметить, что обследованная нами группа больных детей с ОЛ заметно отличалась по частоте ряда акцентуаций от контрольной. Обращает на себя внимание высокий процент подростков с гипертимными ( $P > 0,05$  у мальчиков и девочек), эпилептоидными чертами характера. Следует указать на более высокий процент ( $P > 0,05$ ) шизоидных акцентуаций у больных подростков девочек, по сравнению с мальчиками.

Выявились и другие некоторые различия, связанные с полом, в распределении типов акцентуации характера у больных ОЛ. Так, циклоидный, сенситивный, психоастеничный типы выявились с одинаковой частотой (по 4,3 % обследованных) только у подростков мальчиков. В

Таблица 37.

Частота отдельных акцентуаций характера у здоровых и больных подростках ОЛ.

№	Типы Акцентуации.	Больные ОЛ		Здоровые	
		М	Д	М	Д
1	Гипертимный, гипертимно – неустойчивый, гипертимно-циклоидный	34,8±9,52	30,8±11,54*	17±1,90	5,2±2,47
2	Циклоидный, циклоидно-гипертимный, циклоидно-лабильный	4,3±4,05		1,4±0,59	2,1±0,70
3	Лабильный, лабильно-психоастеничный, лабильно-неустойчивый			1,4±0,59	4,75±1,05
4	Сенситивный, сенситивно – психоастеничный	4,3±4,05		1,0±0,50	3±0,84
5	Психоастеничный, психоастенично – астеноневротично	4,4±4,10		2,2±0,74	5,4±1,11
6	Шизоидный (замкнутый), шизоидно – неустойчивый, шизоидно – эпилептоидный	4,4±4,10	15,4±9,02	5,75±1,17	10,0±1,48
7	Эпилептоидный, эпилептоидно – неустойчивый, эпилептоидно – шизоидный	21,8±8,25	38,4±12,15*	9,5±1,48	8,8±1,40
8	Астеноневротический, астеноневротико – психоастеничный.			1,55±0,62	3,3±0,88
9	Неустойчивый			9,1±1,45	5,3±1,10

отличие от здоровых, лабильный, астеноневротический и неустойчивые типы акцентуации не регистрировались. Среди обследованных нами больных подростков ОЛ 26,0% мальчиков и 15,4% девочек были отнесены к не акцентуированным ( $P < 0,001$ ).

Таким образом, проведенное нами исследование показало, что по распространенности и частоте встречаемости акцентуации характера у больных детей ОЛ резко отличаются от здоровых. Доминирующей явилась эпилептоидная акцентуация характера, у девочек с ОЛ она регистрировалась почти в 6,4 раза чаще, чем у здоровых. Число неакцентуированных подростков достоверно меньше в группе больных детей с ОЛ.

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 (эпилептоидный, шизоидный) [111].

Стресс наиболее часто возникает в условиях психологического конфликта, столь характерного для акцентуированных личностей. Это хорошо объясняет склонность больных детей с ОЛ к эксплозивности, неспособности корригировать свои эмоциональные и поведенческие реакции. В результате дети создают вокруг себя конфликтные ситуации и сами реагируют на них усугублением психопатоподобного поведения.

Полученные нами показатели распространенности и структуры акцентуации характера могут служить одним из оснований для решения ряда задач, в частности для научно обоснованного планирования лечения детей с ОЛ.

Однако, для более глубокого выяснения характера механизмов, обнаруженных нами связей, необходимо дальнейшее исследование.

В целом, проведенное исследование показало повышенный уровень невротизации личности больных ОЛ. Образуется сложная и динамичная структура «внутренней картины болезни». Она, как правило, отрицательно

влияет на поведение и психическое состояние детей, мешает лечебному процессу и еще больше дезадаптирует больных.

Выявлены такие стабильные личностные характеристики, как эмоционально – волевая неустойчивость, пассивность, неуверенность в своих силах, необщительность, зависимость от окружающих, сниженные возможности навыков социальной адаптации.

Это в значительной степени снижает у больного ребенка устойчивость к фрустрациям и определяет его поведение на этапах лечебного процесса. Используемые психодиагностические методы обследования позволяют определить психологические особенности больного ребенка, что дает возможность проводить дифференцированную психотерапевтическую и психокоррекционную работу с больными ОЛ и имеют большое значение для оптимизации процесса их медицинской и социальной реабилитации.

Педиатры должны учитывать особенности «внутренней картины болезни», включать в лечебный комплекс психофармакологические средства и психотерапевтические мероприятия, направлять их на оптимизацию лечебного процесса с тем, чтобы облегчать страдания больных.

Необходимо сотрудничество педиатров и детских психиатров (психотерапевтов), привлечение последних для осуществления комплексных лечебно – профилактических мероприятий при ведении больных с ОЛ.

Положительную роль играет также правильное вовлечение больного ребенка в общение с другими детьми, находящимися в палате, с коллективом класса и др. Эта работа должна проводиться совместно с педагогическим и медицинским персоналом клиники.

## **5. 2. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЧНОСТИ ДЕТЕЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.**

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБ) является одной из классических форм психосоматической патологии, в генезе которой ведущую роль играет эмоциональный стресс [2, 24, 79, 151].

По данным различных авторов, удельный вес ЯБ среди желудочно-кишечных заболеваний у детей составляет от 5,8 до 13,5%. Отмечен рост распространенности ЯБ за 10 лет с 1,2 до 3,4% [79]. Рост заболеваемости в последние годы связывают с ухудшением окружающей среды, нарушением условий жизни в семьях, аллергическими заболеваниями, улучшением диагностики болезней.

Исследования, относящиеся к ЯБ, на современном этапе, осуществляются в трех направлениях, изучаются личности больных, факторы предрасположения к ней и провоцирующие патологию условия. Провоцирующим фактором заболевания обычно является состояние нервного напряжения, длительная психотравмирующая ситуация.

Следует сказать, что значение стресса в генезе ЯБ весьма неоднозначно: одни авторы отводят ему ведущую [231], а другие [12] – подчиненную роль. Более того, стресс может играть важную или ведущую роль при одних язвах и вообще не играть никакой роли в генезе других [228].

Несмотря на различное толкование роли стресса, пока считается общепризнанной точка зрения о том, что ЯБ развивается у лиц, длительное время находящихся в условиях психотравмирующей или конфликтной ситуации. При этом со временем толерантность к психотравмирующим факторам у больных ЯБ резко снижается. Последнее и приводит «к нарастанию депрессивного радикала личности».

Результаты исследований по изучению личностных особенностей детей с ЯБ, часто противоречат друг другу у различных авторов [79, 100,228].

Для уточнения личностно-характерологических особенностей детей больных ЯБ нами проводилось клинико-психологическое обследование 32 больных (12 мальчиков и 20 девочек), в возрасте от 8 до 15 лет, находившихся на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении детской клиники АндГосМИ.

При этом наряду с тщательным клиническим обследованием применялся комплекс психодиагностических методик.

Результаты обследования детей методом Айзенка представлены в табл. 5.8. Из таблицы видно, что личность больного ЯБ характеризуется весьма высоким уровнем фактора эмоциональной нестабильности (нейротизма) как у мальчиков ( $P < 0,001$ ) так и у девочек ( $P < 0,001$ ). Показатель общительности «экстраверсия - интроверсия» достоверно низкий ( $P < 0,001$ ), что характеризует их как менее общительными. Эти больные отличаются конфликтностью, эксцентричностью поведения, что осложняет их лечение, так как они ссорятся со сверстниками или персоналом лечебного учреждения, нарушают режим и диету, считаются «трудными пациентами».

Результаты обследования по опроснику Кетелля, отражающему конкретные личностные характеристики больных детей по 12 факторам приведены в табл. 39.

Как видно из таблицы, у больных отмечается своеобразие личности. Эти больные имеют ряд общих черт характера: замкнутость, чрезмерная обидчивость, повышенная ранимость, отсутствие интуиции в межличностных отношениях, неуверенность в себе. В поведении больных 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

фактором «В» и «С», отражающая уровень развития вербального интеллекта ( $4,4 \pm 0,3$  и  $3,7 \pm 0,3$ ;  $2,9 \pm 0,25$  и  $2,9 \pm 0,2$  у мальчиков и девочек  $P < 0,001$ ).

Таблица 38.

Средние оценки показателей (в баллах) по опроснику Айзенка у детей контрольной группы и больных язвенной болезнью.

Показатели	Данные стандартизации		Больные ЯБ	
	М	Д	М	Д
Экстраверсия	15,1±0,5	14,3±0,4	12,5±0,6*	12,05±0,4*
Интраверсия				
Нейротизм (психоэмоциональная нестабильность)	12,6±0,6	13,3±0,6	15,4±1,0*	15,7±0,6*

Примечание: отмеченные звездочкой, (\*) - статистически достоверны по отношению здоровой популяции ( $P > 0,05 - 0,001$ )

У больных детей часто отмечается невнимательность, утомляемость. Больные с низкой оценкой по этому фактору выполняют предложенные задания, используя лишь конкретно – ситуационные признаки, примитивно подходят к решению своих проблем.

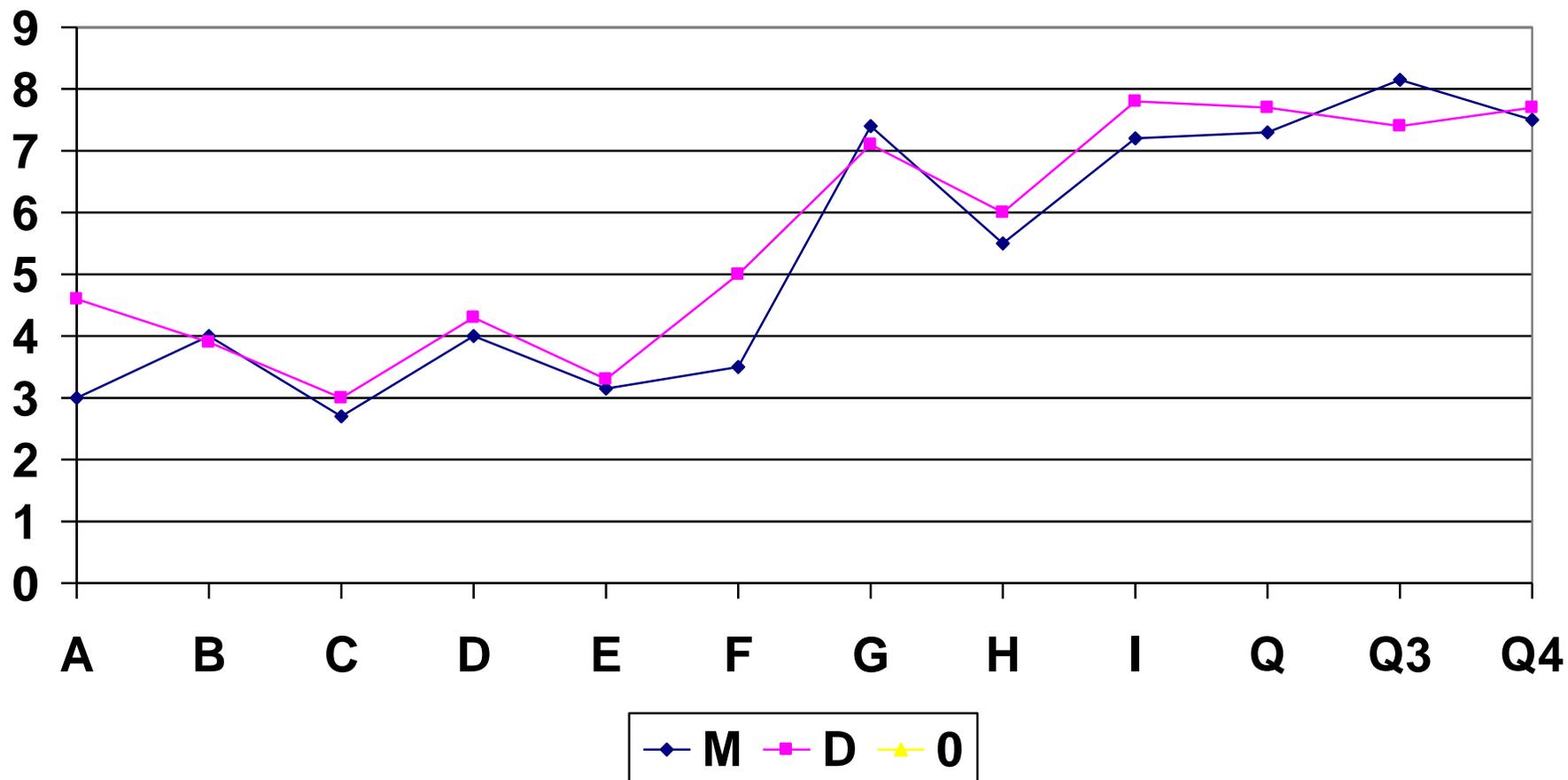
Эти больные обнаруживали неустойчивость настроения, раздражительность и слабо контролировали свои эмоции. В большинстве случаев испытывали трудности в приспособлении к новым условиям (низкие «С»  $P < 0,001$ ). Высокая оценка по фактору «G» ( $P < 0,001$ ) позволяет говорить о развитии у больных детей таких черт личности, как целеустремленность, добросовестность, исполнительность, ответственность. Для них характерны тревожная обязательность, гиперсоциальная направленность поступков и суждений. Высокие оценки по фактору «I» отражают эмоциональную сензитивность и сентиментальность. Больные в большой степени подвержены влияниям внешней среды табл 3 9.

Высокие оценки по факторам “Q” и «Q» ( $P < 0,001$ ) свидетельствуют о невротическом развитии личности, являются показателем 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.

Усредненный профиль личности по тесту Кетелля у больных ЯБ может быть охарактеризован как синдром невротической депрессии, с тревожно – ипохондрическими тенденциями и по своей конфигурации близок к профилю больных ОЛ, однако отличается большей интенсивностью актуально-личностных расстройств (А, В, С, Д шкалам) и большей выраженностью аффективного напряжения (Q, Q<sub>3</sub> шкалами).

Таким образом, на основании результатов исследований с применением многофакторного личностного опросника Кетелля больных - ЯБ можно отнести к чрезмерно реагирующим личностям, у которых отмечаются преобладание шкал невротической триады (Д, Q, Q<sub>3</sub>), а также неспособность преодолеть внутренний конфликт, заложенный у них с детского возраста. Обращает на себя внимание сочетание астенических черт личности с прямолинейностью, склонность больных ЯБ к депрессии [370].

Изучение взаимоотношений больных в социальных микрогруппах показало преобладание у них интрапунитивных реакций ( $P < 0,001$ ). Внешнеобвинительные и безобвинительные реакции ниже, чем в контрольной группе  $P < 0,001$  Табл. 40.



Усредненный профиль личностных свойств больных детей ЯБ.

таблица 3 9.

Средние значения личностных факторов Кеттеля у больных ЯБ (М+m).

Группа обслед.	Пол	Факторы личностных свойств											
		А	В	С	Д	Е	Ф	Г	Н	І	Q	Q <sub>3</sub>	Q <sub>4</sub>
ЯБ	М	3,2 ±0,2 *	4,4 ±0,3	2,9 ±0,25*	4,4 ±0,25	3,4 ±0,2	3,8 ±0,3*	8,0 ±0,25 *	5,9 ±0,25	7,8 ±0,4*	7,9 ±0,4*	8,8 ±0,4*	8,5 ±0,4 *
	Д	3,2 ±0,2 *	3,7 ±0,3	2,9 ±0,2*	4,05 ±0,2*	3,15 ±0,2	4,8 ±0,3*	6,8 ±0,2*	5,7 ±0,3	7,45 ±0,3*	7,35 ±0,2*	7,05 ±0,3*	7,35 ±0,4 *
Данные. Станд.	М	6,0 ±0,4	5,0 ±0,27	4,3 ±0,42	4,2 ±0,13	3,64 ±0,35	4,64 ±0,25	4,7 ±0,15	5,53 ±0,27	5,64 ±0,3	4,6 ±0,26	5,48 ±0,2	4,0 ±0,3
	Д	6,0 ±0,4	5,4 ±0,29	3,9 ±0,9	2,8 ±0,42	3,0 ±0,48	3,0 ±0,3	5,7 ±0,16	5,4 ±0,23	5,4 ±0,2	5,0 ±0,27	6,1 ±0,42	4,1 ±0,3

Отмеченные звездочкой, (\*) - статистически достоверны по отношению здоровой популяции (P&gt;0,05-0,001)

Таблица 40

Варианты эмоционального реагирования здоровых и больных с ЯБ в конфликтных ситуациях (М+m).

Группа Обследованных	Пол	Направленность реакции			Тип реагирования		
		Е Внешнеобви нительные	И Самообвини тельные	М Безобвини тельные	ОД Препятств. Доминантный	ЕД Самозащит ный	IP Разрещаю щий
Больные ЯБ	М	8,5±0,5	12,0±0,6	3,5±0,6	7,0±0,9	6,7±0,5	10,4±0,7
	Д	8,15±0,6	11,05±0,6	4,1±0,4	7,0±0,7	7,35±0,7	10,5±0,8
Данные стандартизации	М	11,07±0,5	5,21±0,28	8,43±0,46	7,51±0,47	10,7±0,51	5,58±0,29
	Д	10,16±0,45	5,5±0,29	8,32±0,49	7,2±0,45	10,3±0,52	6,48±0,28

Отмеченные звездочкой, (\*) - статистически достоверны по отношению здоровой популяции (P>0,05-0,001)

Как свидетельствуют литературные данные (303), преобладание реакций самообвинения во многом определяется тревожно-депрессивным радикалом личности.

У больных ЯБ, по сравнению со здоровыми детьми, количество внешнеобвинительных реакций было снижено, что свидетельствует о недостаточно адекватном реагировании на фрустрацию. Неспособность защитить свое «Я» выражается достоверным снижением самозащитных реакций «ЕД» (30,0 и 30,6 у мальчиков и девочек,  $P < 0,005$ ) и повышением разрешающих «IP» ( $P < 0,005$ ). При анализе результатов исследований с использованием метода Роршаха установили ряд особенностей, отличающих больных и здоровых Табл. 41.

Отмечается уменьшение кинестетической интерпретации. У 78,1% обследованных больных ответ, содержащий «движения человека», отсутствует. Лишь у 21,9% встречаются не более одной кинестетической интерпретации. Наличие в протоколах больных ЯБ М-ответов, по-видимому, позволяет предполагать улучшение состояния после комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий.

Части случаев отказа 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 обследованных нами здоровых детей, случаев отказа не наблюдались. Уменьшение количества ответов на IV, VI, VII, IX, и X таблицы, по мнению Роршаха, признак цветового шока, что свидетельствует о желании избегать трудности, беспокойстве, фрустрированности.

В понимании происхождения этих ответов Роршах исходил из того, что они также отражают аффективность, но тормозимую субъектом, и указывают на то, что он с трудом адаптируется к окружению из-за нерешительности и боязливости.

Как видно из таблицы 41. у больных ЯБ наблюдается высокий процент ответов по содержанию: Obj, Anat, P1 ( $P > 0,05$ ). Популярных и оригинальных ответов больше, чем у здоровой популяции.

Изучение взаимосвязи кинестетических и цветовых интерпретаций (тип переживания) представлено в таблице 42 и в рисунке 6. Наибольший удельный вес принадлежит экстратенсивно-эгоцентрическому типу ( $P < 0,001$ ), активность которого полностью определяется внешними побуждениями. У обследованных нами больных интраверсивная и коартивная направленности достоверно снижены в отличие от здоровых.

Таким образом, на основании результатов исследования сделаны следующие выводы: У больных ЯБ уменьшение кинестетических интерпретаций, частые отказы от интерпретации, признак “цветового шока”, высокий процент ответов содержательного характера, экстратенсивный тип переживания и преобладания светотеневых интерпретаций указывают на снижение активности в деятельности, вызывающей тревогу и дискомфорт для преодоления этого состояния.

Как было приведено в главе «Обзор литературы», психосоматической концепции «профиля личности», противостоит кортико-висцеральная теория патогенеза язвенной болезни. Ведущими представителями этой теории [240] игнорируется роль личности в возникновении и течении язвенной болезни, «хотя именно личность является высшей ступенью в иерархии» деятельности центральной нервной системы [22].

Рисунок 5.5.

Пример протокола обследования больного с ЯБ по методу Роршах.

	Таблица I	
Средняя деталь	1. Бабочка	WF +por
	Таблица II	
боковая деталь	2. Собачки	DCF+A
Нижняя деталь	3. Красный жук	DCF+A
	Таблица III	
Боковой деталь	4. Две негритянки	
	Готовят	WF+por
	Таблица IV	отказ
	таблицы V	
0.	5. Летучая мышь	WF+por
	таблица VI	
	6. Шкура зверя	WF+Ad
	таблица VII	
	Таблица VIII	
	7. Кости	WF-Anat
Боковые детали	8. Два медведя	DF+A
	таблица IX	отказ
	Таблица X	отказ

R = 8	M = 1	F = 7 (87,5%)	H=1
W =5	FC =	F+= 6 (75%)	Hd=0
D =3	CF = 1	F-= 1 (12,5%)	A=6
W% =62,5	C =	F±=	Ad=0
D% =37,5	M : C		
	Fc=	obg = 4 (16,6%)	
	C <sup>1</sup> =	Pl=	
	1: 1	Anat = 1 (12,5%)	

Отказ на таблицы IV, IX, X.

Протокол обследования методом Роршах

Больная Халикова Альбина, 1984г.р. ДЗ: Язвенная болезнь желудка.

Экстратенсивный тип переживания,

преобладание светотеневых интерпретации

Таблица 41.

Средние значения показателей Роршаха у больных и здоровых школьников

Показатели	Детерминанты интерпретации																
	R	W	D	M	CF	FC	C	F	F+	F-	F+	H	Hd	A	Ad	Dd	Do
Больные ЯБ																	
Mcp.	10,3	6,3	3,3	0,2	3,5			10,25	7,8	2,25	0,2	0,6	0,1	0,6	0,2		
	9,25	6,7	2,15	0,25	1,9	0,25		8,9	6,3	2,35	0,15	0,8	0,1	5,2	0,35		
&	1,8	2,4	2,1	0,3	1,5			2,1	1,5	1,5	0,6	1,2	0,3	1,8	0,3		
	1,3	1,3	1,0	0,3	1,0	1,3		1,6	1,6	1,6	0,3	0,3	0,3	1,9	0,3		
±m	0,5	0,7	0,6	0,09	0,5			0,6	0,5	0,5	0,2	0,4	0,1	0,5	0,1		
	0,3	0,3	0,2	0,06	0,2	0,3		0,4	0,4	0,4	0,06	0,06	0,06	0,5	0,06		
Результаты стандартизации																	
Mcp	10	7,35	8,35	0,75	2,2	0,19	0,55	9,6	6,8	2,55	0,3	0,9	0,07	5,1	0,6	0,6	0,5
	10,3	7,4	2,7	0,85	2,9	0,17	0,55	10,1	7,55	1,7	0,3	0,75	0,1	4,7	1,5	0,15	0,6
&	1,9	1,7	2,1	0,35	1,65	0,4	0,35	2,0	2,1	1,2	0,3	0,45	0,1	1,35	0,19	0,45	0,4
	2,35	1,9	2,15	0,3	1,65	0,35	0,2	2,07	2,5	1,3	0,2	0,7	0,4	1,8	0,22	0,35	0,37
±m	0,4	0,4	0,45	0,11	0,35	0,08	0,25	0,45	0,45	0,3	0,04	0,09	0,09	0,35	0,04	0,07	0,12
	0,45	0,4	0,45	0,9	0,4	0,08	0,12	0,5	0,6	0,3	0,5	0,19	0,08	0,4	0,06	0,07	0,06

Примечание : В числителе приведены показатели мальчиков, в знаменателе – девочек.

Таблица 43.

Типы личности (переживания) у больных ЯБ и здоровых (в %).

Тип переживания	Больные ЯБ	Здоровые
5. Экстратенсивный	78,1±7,31*	58,35±2,25
А) чистый	59,4±8,68	55,8±2,27
Б) смешанный	18,7±6,89*	2,6±0,72
6. Интроверсивный	3,2±3,11*	6,3±1,11
А) чистый		4,55±0,95
Б) смешанный	3,2±3,11	1,7±0,59
7. Амбиквальный		6,15±1,10
8. Коартивный	18,7±6,89	29,2±2,08

Отмеченные звездочкой, (\*) - статистически достоверны по отношению здоровой популяции ( $P > 0,05 - 0,001$ )

Специальные исследовательские работы, посвященные изучению личностных психологических особенностей у детей и подростков с ЯБ, нами в отечественной и зарубежной медицинской литературе не найдены.

Учитывая вышеизложенное, нами была предпринята попытка изучить особенности личностной акцентуации у детей и подростков с ЯБ.

Для изучения вопроса о частоте распространенности отдельных типов акцентуации характера у больных с ЯБ, нами был использован сокращенный и адаптированный вариант патохарактерологического диагностического опросника [112], [рац.предложения № 1249 от 05.05.1999] .

При сравнительном анализе результатов больных ЯБ и здоровых можно сделать вывод о том, что для личности больных ЯБ в целом характерна акцентуация черт личности. В отличие от здоровых подростков, у больных ЯБ достоверно чаще встречались следующие типы акцентуации характера: сенситивный ( $P < 0,001$  у мальчиков и девочек), циклоидный ( $P > 0,05$ ), лабильный ( $P > 0,001$ ).

Психоастеничный и истероидные типы акцентуации также чаще отмечались у подростков с ЯБ. У 2/3 обследованных детей ЯБ акцентуация характера установлена по типу моноакцентуации. У остальных (21,9%) она была сочетанного типа по нескольким признакам.

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о правомерности изучения особенностей личности больных ЯБ с позиций концепции акцентуированных личностей Леонгарда и А.Е. Личко и подтверждают предположение о личностной предрасположенности к заболеванию. Подростки, больные ЯБ, отличаются от здоровых сверстников общей высокой 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

Учитывая актуальность вопроса «диагностики семьи» в формировании и манифестации нервно – психических и психосоматических заболеваний у детей, нами проведен анализ некоторых элементов (сторон) взаимоотношений микросоциальной среды семьи, детей с ЯБ, который показал присутствие нервно – психического напряжения между членами семьи или, по Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. [223] «наличие семейной тревоги».

Почти у половины семей детей с ЯБ диагностировали частые скандалы (48 %) или между родителями нередко возникают (возникали) длительные ссоры по разным причинам (28%).

Причины частых конфликтов между супругами были в основном из-за воспитания детей (47,2%), из-за разных оценок событий (16,6%).

Часты 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 приказание и требование (57,1 %), а в 1\3 семьях практикуется физическое наказание (32,1%).

Парадоксально мнение родителей о степени их педагогической подготовленности к воспитанию детей. Лишь 18,1% супруги 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 ( $P < 0,001$ ).

Психотравмирующая ситуация в школе была у 38,9 % больных. Наиболее частыми были конфликты с учителями и ровесниками.

Таблица 44.

Частота отдельных акцентуаций характера у здоровых и больных подростов ЯБ.

№	Типы акцентуации.	Больные ЯБ		Здоровые	
		М	Д	М	Д
1	Гипертимный, гипертимно – неустойчивый, гипер Тимно-циклоидный	25±12,5	10±6,70	17±1,90	5,2±2,47
2	Циклоидный, циклоидно-гипертимный, циклоидно-лабильный	8,3±7,96	5±4,87	1,4±0,59	2,1±0,70
3	Лабильный, лабильно-психоастеничный, лабильно-неустойчивый	8,3±7,96	15±7,98	1,4±0,59	4,75±1,05
4	Сенситивный, сенситивно – психоастеничный	41,7±14,2*	30±10,2*	1,0±0,50	3,0±0,84
5	Психоастеничный, психоастенично – астеноневротично		10±6,7	2,2±0,74	5,4±1,11
6	Шизоидный (замкнутый), шизоидно – неустойчивый, шизоидно – эпилептоидный		10±6,7	5,75±1,17	10±1,48
7	Эпилептоидный, эпилептоидно – неустойчивый, эпилептоидно – шизоидный	16,7±10,7	10±6,7	9,5±1,48	8,8±1,40
8	Астеноневротический, астеноневротико – психоастеничный.			1,55±0,62	3,3±0,88
9	Неустойчивый		5±4,87	9,1±1,45	5,3±1,10

Отмеченные звездочкой, (\*) - статистически достоверны по отношению здоровой популяции ( $P > 0,05-0,001$ )

Таким образом, нарушение взаимоотношений между супругами, родителями и детьми, педагогическая безграмотность родителей провоцирует повышенную детскую возбудимость, раздражительность, а порой агрессивность. Реакции дезадаптации становится одним из факторов развития у ребенка психосоматических заболеваний.

Все изменения семейных взаимоотношений, препятствующие развитию индивидуальности ребенка, не позволяющие ему открыто проявлять свои эмоции, делают его ранимым в отношении эмоциональных стрессов. Подавление агрессивных реакций, разочарования во избежание развития страха потери объекта приводят к стимулированию секреции желудочного сока и переносу состояния равновесия между агрессивными и защитными факторами в желудочно-дуоденальную область.

В связи с обнаруженными при обследовании больных ЯБ особенностями личности, нами рекомендуется обязательное включение в комплекс лечебных и ре-адаптационных мероприятий методы психотерапии, учитывающих тип акцентуации характера.

Рекомендуется особую роль отводить психотерапевтическим методам, препятствующим обострениям, направленным на психокоррекцию личности, устранение психотравмирующих обстоятельств, нормализацию микросоциальных (семейных, школьных) условий.

Успешное лечение ЯБ требует своевременного распознавания и совместных терапевтических усилий педиатра и психолога или психотерапевта. Такой подход к лечению больных ЯБ, по мнению Д.Н.Исаева [2000] позволит, предотвратить превращение начальных невротических и неврозоподобных психических нарушений в более тяжелые, такие как психопатическое развитие, соматогенный психоз и другие.

### **5. 3. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЧНОСТИ ДЕТЕЙ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИЕЙ.**

Сердечно – сосудистые заболевания стабильно занимают первое место в структуре заболеваемости и смертности во всем мире. В настоящее время акцент в изучении сердечно сосудистых заболеваний, перенесен в детский возраст [11, 17, 47, 53, 84]. Постоянно увеличивающаяся распространенность сердечно – сосудистых заболеваний зависит от многих факторов. На первом месте стоят социально – экономические факторы: развитие современной цивилизации, резко перестроивший образ жизни людей за счет возрастания населения городов, внедрения электричества и продуктов бытовой химии, интенсификация трудовых процессов, усложнение учебных программ, информационных перегрузок, транспортных трудностей, изменившегося питания и других психосоциальных стрессов.

Имеет также значение и наследственная предрасположенность к болезням органов кровообращения, однако ее невозможно рассматривать как основную причину, так как резкое увеличение заболеваемости и смертности от этих болезней произошло за столь короткий период времени, за который у человека невозможны генетические сдвиги [81].

Перечисленные вредности действуют на личность и организм ребенка и подростка. Из-за трудных житейских обстоятельств нередко у детей расстраивается деятельность нервной системы, ее вегетативного отдела, ответственного за совместную, согласованную активность органов и систем всего организма. Нарушение вегетативной регуляции может проявиться в форме вегетативно-сосудистой дистонии (ВСД).

Суть ВСД заключается в том, что первичные патологические изменения возникают не в «органе – мишени», а в аппарате его нервной регуляции. Нарушаются психосоматические отношения – связь психических

явлений, адаптационной деятельности вегетативной нервной и гуморальной систем с функциональной деятельностью сердечно-сосудистой системы.

По данным литературы, среди обращающихся к врачу детей с неинфекционными заболеваниями 50-75% составляют больные с ВСД [23].

Актуальность изучения личностных особенностей детей с ВСД диктуется тем, что многие психосоматические расстройства (ишемическая и гипертоническая болезни, бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и 12 п.к., нейродермит и др.) берут свое начало в детстве и их первичными проявлениями оказываются вегетативные нарушения.

Нейроциркуляторная дистония (НЦД) – вариант ВСД, проявляющейся преимущественно расстройствами сердечно – сосудистой системы.

В одних случаях преобладает повышение, в других – понижение артериального давления, в-третьих – нарушается регуляция деятельности сердца.

Изучение влияния психического состояния и особенностей личности больных на проявления и развитие НЦД представляется наиболее перспективным направлением в разработке данной проблемы [60, 61].

Нами исследовано 43 больных НЦД (18 мальчиков и 25 девочек) в возрасте от 7 до 16 лет с гипотоническим, гипертоническим и кардиальным типами.

В обследованной группе больных с НЦД преобладали дети с гипертоническим (46,5%) типом. У больных (39,5%) диагностирована НЦД по гипотоническому, а в 14 по кардиальному типу.

Для исследования индивидуально – типологических и личностных особенностей детей, кроме клинических и педагогических наблюдений, использовались традиционные экспериментально – психологические методы, позволяющие наиболее дифференцированно подходить к анализу личности больного ребенка.

Из представленных данных таблицы 45. следует, что больные с НЦД в целом, достоверно экстравертированы ( $P < 0,001$ ), что позволяет охарактеризовать их как более общительными, активными и склонными к лидерству. Для гипотонического и кардиального типов увеличение показателя общительности оказалось не достоверным ( $P > 0,05$ ).

Больным НЦД по гипотоническому типу характерна подавленность настроения или апатия. Большинство детей тревожат навязчивые страхи за соматическое здоровье, они считают себя тяжелобольными.

Высокая степень тревожности характерна как детям с гипертоническим, гипотоническим, так и с кардиальным типами НЦД. Больные с кардиальным типом НЦД отличались резким ослаблением физической и интеллектуальной работоспособности, а также фобиями, касавшихся замкнутых пространств, езды в транспорте, толпы, высоты. Среди психопатологических проявлений, кардиалгии и другие неприятные ощущения в области сердца встречались постоянно ( $P < 0,05$ ) и были наиболее значимы для больного с кардиальным типом НЦД. Высокий показатель психо – эмоциональной нестабильности у больных ( $P < 0,001$  у мальчиков и девочек) свидетельствует о повышенном уровне тревоги и нейротизма.

Больные НЦД раздражительны или напряжены. Часто недовольны своим окружением. Для гипертонического типа характерно высокое чувство ответственности и интенсивности. У большей половины больных выявляются признаки невропатий.

Актуальное психическое состояние детей НЦД определяемой по методике Kettell в целом проявляется как личность высоко невротического

Таблица .45.

Средние оценки показателей (в баллах) по опроснику Айзенка у детей контрольной группы и больных НЦД.

Показатели	Данные стандартизации		НЦД		Гипер. Тип.	Гипот. тип.	Кард.ти п.
	М.	Д.	М.	Д.			
Экстраверсия интраверсия	15,1 ± 0,4	14,3 ±0,4	17,3± 0,6*	16,7± 0,4*	17,6 ±0,4*	16,4 ±0,7	15,6 ± 0,9
Нейротизм	12,6± 0,5	13,3 ±0,5	15± 0,8*	16,6 ±0,6*	17,0 ± 0,7*	15,7 ±1,5	15,8 ± 1,4
Данные статистически достоверны (P < 0,05 – 0,001) по сравнению со здоровыми детьми.							

реагирования, что подтверждает связь НЦД с особенностями личности табл. 5.16.

В группе больных с НЦД наиболее характерными являлись легкое и частое возникновение немотивированной тревоги, колебания настроения субдепрессивные эпизоды в преморбиде. На мягкую ранимость и сенситивность указывает снижение фактора «С» ( $P < 0,001$ ). Их также отличают выраженная недоверчивость обидчивость, агрессивность, настойчивость в достижении цели и честолюбивые устремления (подъем фактора «Е»  $P < 0,05$ ). Снижение фактора «Н» ( $P < 0,001$ ) отражает наличие высокой неуверенности в себе, склонности к постоянным сомнениям при принятии решений, к формированию навязчивости, снижение предприимчивости и энергичности.

Недовольство ситуацией, своим поведением в ней и высокая напряженность неотрагированных побуждений отражались в подъеме фактора Q и Q<sub>3</sub> ( $P < 0,001$ ).

В целом для больных НЦД присуще выраженное повышение эмоционального напряжения, затруднение осуществления межличностных контактов и способствование нарушению психовегетативной регуляции индивида. Преобладание стремления к воспитанным формам поведения в сочетании с сознательным самоконтролем препятствует отреагированию отрицательных эмоций, что способствовало длительному сохранению эмоционального напряжения и дальнейшим затруднениям адаптации. У больных НЦД обычно отмечались сочетания дисгармоничных личностных особенностей, что приводило к появлению интрапсихических конфликтов между доминирующими и взаимоисключающими типами потребностей.

Таблица № 46.

Средние значения личностных факторов Кеттеля у больных НЦД ( $M \pm m$ ).

Группа обслед.	Пол	Факторы личностных свойств											
		A	B	C	Д	E	F	G	H	I	Q	Q <sub>3</sub>	Q <sub>4</sub>
НЦД	М (18)	7,4 ±0,4*	4,7 ±0,4	3,2 ±0,5	2,2* ±0,2	6,1 ±0,3*	6,3 ±0,4*	5,1 ±0,2	3,2 ±0,3*	7,1 ±0,6	6,8 ±0,3*	7,5 ±0,2*	6,8 ±0,4*
	Д (25)	6,8 ±0,2*	5,4 ±0,2	3,3 ±0,4*	2,7 ±0,4	6,6 ±0,4*	7,2 ±0,3*	5,0 ±0,15	1,6* ±0,4	7,0 ±0,5	7,04 ±0,15*	7,1 ±0,2*	6,9 ±0,3*
Данные. станд.	М	6,0 ±0,4	5,0 ±0,27	4,3 ±0,42	4,2 ±0,13	3,64 ±0,35	4,64 ±0,25	4,7 ±0,15	5,5 ±0,27	5,6 ±0,3	4,6 ±0,26	5,48 ±0,2	4,0 ±0,3
	Д	6,0 ±0,3	5,4 ±0,29	3,9 ±0,9	2,8 ±0,42	3,0 ±0,48	3,0 ±0,3	5,7 ±0,16	5,4 ±0,23	5,4 ±0,2	4,9 ±0,27	6,1 ±0,42	4,1 ±0,3

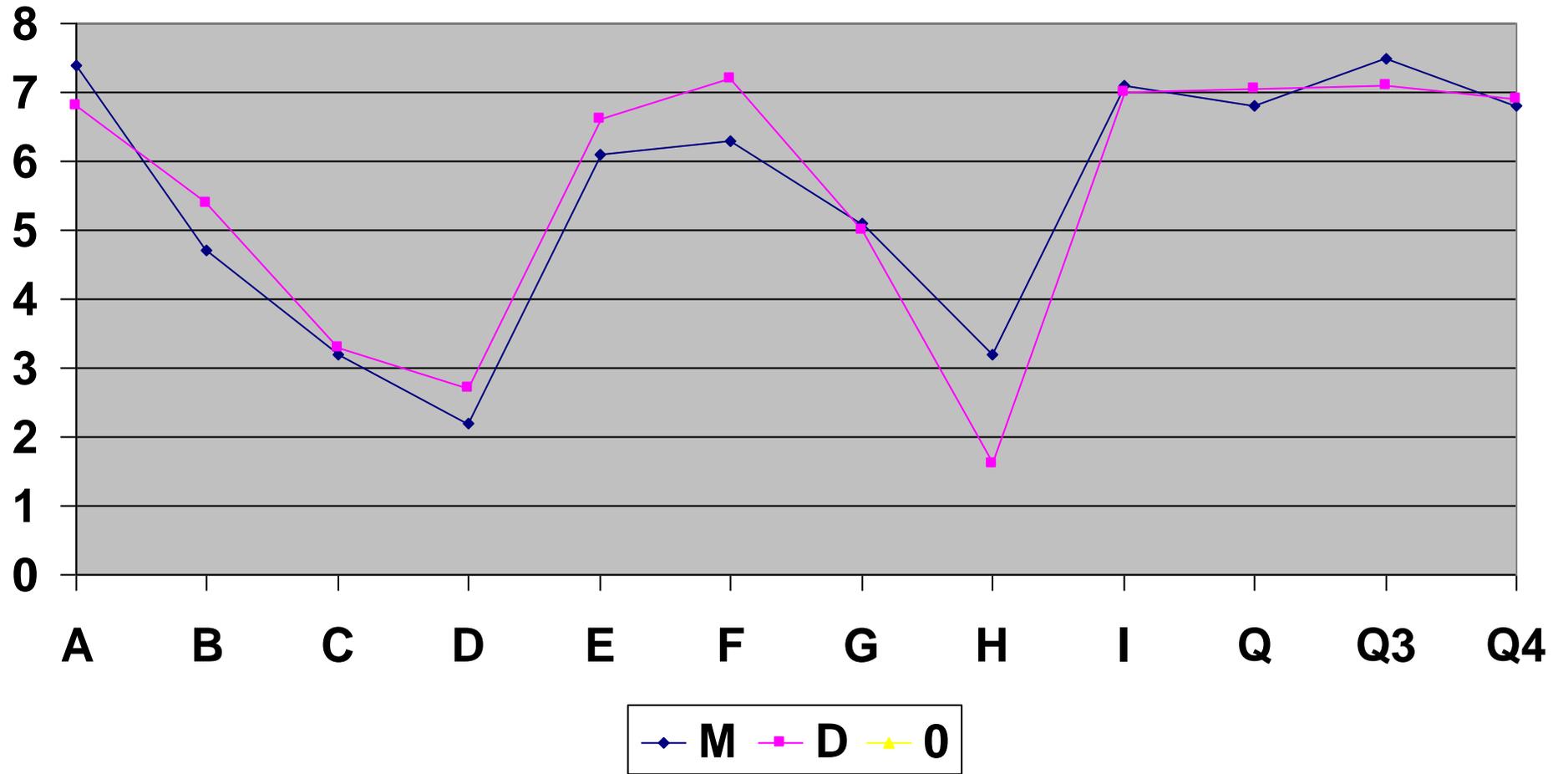
Отмеченные звездочкой \* статистически достоверны ( $P > 0,05 - 0,001$ ).

Указанные интрапсихические 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.

Сопоставление усредненного профиля лиц с НЦД и контрольной группы обнаружило достоверные различия. Усредненный профиль (рис 5.7.) группы лиц с НЦД отличается от усредненного профиля контрольной группы особенностями, отражающими более высокую тревожность ( $P < 0,01$ ), которая сопровождается склонностью к возникновению неприятных соматических ощущений, более пессимистической окраской перспективы и большой ригидностью. По мнению Ф.Б. Березин и соавт (18), в связи с этой ригидностью, однажды возникший аффект тревоги длительно не угасает. По-видимому, это обстоятельство может способствовать повтору тревожных реакций. Вышеописанные особенности профиля сочетались с признаками, свидетельствующими об относительно высоком уровне напряженности, раздражительности и фрустрированности (высокий  $Q_4P < 0,001$ . 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 (факторов «Н»  $P > 0,05$  ) профиля.

Повышение активности и готовности к действию в большей степени на кривой профиля отражается «пиками» (факторов «Е» и «F».) Таким образом, у больных НЦД, достоверно чаще возникают конфликты между потребностью быть в центре внимания окружающих (подъем факторов (А, Д, Е, F), стремлением ориентироваться на не конформные, особые внутренние критерии поведения,

Рисунок 5.7.



Усредненный профиль личностных свойств больных детей НЦД.

конфликты между эгоистическими и альтруистическими побуждениями, эмоциональной незрелостью (факторы «Н» и «I»), демонстративностью, слабостью психических «задержек» и особо значимыми для индивида честолюбивыми установками («Е», «G»).

Своеобразие реакции на фрустрацию зависит от характера индивидуального развития субъекта, которое в свою очередь базируется на сочетании определенных генетических посылок и социальных факторов. В основе этой реакции, по-видимому, могут лежать два момента. С одной стороны, это особенности психического реагирования, связанные с личностными характеристиками субъекта, с другой – особые взаимоотношения между двумя аспектами реагирования: психическими и вегетативным. Наконец, возможно, что для возникновения НЦД необходимо сочетание обоих этих моментов.

Нами было проведено изучение рассмотренных возможностей реакции на фрустрацию у больных детей НЦД.

Варианты психо – эмоционального реагирования на фрустрацию больных с НЦД и здоровых достоверно отличались (табл. 47).

У детей с НЦД достоверно снижена экстрапунитивная реакция «Е». 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 «P» ( $P < 0,05$  у мальчиков и девочек) и в несколько большей степени могли нарушать контроль поведения, однако как видно из табл 5.17 при этом отсутствовала достаточно типичная для контрольной группы экстрапунитивная реакция.

Таблица 47.

Варианты эмоционального реагирования здоровых и больных с НЦД в конфликтных ситуациях ( $M \pm m$ ).

Группа обследованных	Пол	Направленность реакции			Тип реагирования		
		Е Внешнеобви - нительные	И Самообвини - тельные	М Безобвини тельные	ОД Препятств. доминантный	ЕД Самозащит ный	IP Разрещаю щий
Больные НЦД	М	9,05±0,8*	12,11±0,5*	2,44±0,5*	7,0±0,7	3,3±0,46*	13,2±0,5*
	Д	8,8±0,5*	12,2±0,5*	3,0±0,4*	7,0±0,5	3,3±0,3*	13,0±0,6*
Данные стандартизации	М	11,07±0,5	5,21±0,28	8,43±0,46	7,51±0,47	10,7±0,51	5,58±0,29
	Д	10,16±0,45	5,5±0,29	8,32±0,49	7,2±0,45	10,3±0,52	6,48±0,28

(\*) - Данные статистически достоверны ( $P < 0,05 - 0,001$ ) по сравнению со здоровыми детьми.

Нарушение контроля поведения сопровождалось ограничением социальных контактов и выраженностью шизотимности «М» ( $P < 0,05$  у мальчиков и девочек).

Приведенные данные дают основание полагать, что лица с НЦД характеризуются как своеобразными особенностями личности, обуславливающими тенденцию к определенным типам психических реакций, так и своеобразными соотношениями между психическим и вегетативным аспектами реагирования, определяющими своеобразие вегетативной реакции.

В результате анализа таблицы 48. обнаружены резкие различия в качестве формообразования. У больных НЦД преобладали цветовые ответы ( $P < 0,05$ ) при небольшом снижении количества кинестетических, что свидетельствует о преобладании общей невротической симптоматики. Для них, по мнению Роршаха, более характерно репродуктивное, чем творческое мышление, лабильная аффективность и поверхностные контакты с другими людьми.

У больных НЦД достаточно резко выражен цветовой шок. Снижение интерпретаций и достоверное увеличение «Д» ответов указывают на снижение способности к синтезу. Снижение кинестетической интерпретации, по мнению Rickers - Ovsiankina является признаком затухания эмоциональных реакций (Рис. 8.).

Наряду с этим при изучении протоколов больных НЦД обнаружены и другие особенности, отличающие больных от здоровых: частые отказы, особенно на таблицы IV, VIII, IX, X, указание на симметрию, увеличение CF – ответов, повышение A + Ad, интерпретация стимульного материала в

Таблица 48.

Средние значения показателей Роршаха у больных и здоровых школьников.

Показатели	Детерминанты интерпретации																
	R	W	D	M	CF	FC	C	F	F+	F-	F+	H	Hd	A	Ad	Dd	Do
Больные ИЦД																	
Мср.	11,2	5,3	5,1	0,2	3,5	0,05		10,4	8,3	2,3		0,8	0,2	6,1	0,1		0,6
	10,8	5,7	4,7	0,3	2,7	0,5		9,6	7,9	2,4		0,9	0,1	6,0	0,2		0,2
&	2,7	2,2	2,4	0,2	2,2	0,2		2,2	2,2	1,4		0,8	0,2	2,4	0,2		0,16
	2,3	2,8	2,3	0,25	2,0	1,0		2,6	2,3	1,5		0,8	0,5	2,5	0,2		0,05
±m	0,6	0,5	0,6	0,06	0,5	0,06		0,5	0,5	0,3		0,2	0,06	0,6	0,06		0,04
	0,5	0,6	0,5	0,05	0,4	0,12		0,4	0,46	0,3		0,15	0,1	0,5	0,5		0,01
Результаты стандартизации																	
Мср	10	7,35	8,35	0,75	2,2	0,19	0,55	9,6	6,8	2,55	0,3	0,9	0,07	5,1	0,6	0,6	0,5
	10,3	7,4	2,7	0,85	2,9	0,17	0,55	10,1	7,55	1,7	0,3	0,75	0,1	4,7	1,5	0,15	0,6
&	1,9	1,7	2,1	0,35	1,65	0,4	0,35	2,0	2,1	1,2	0,3	0,45	0,1	1,35	0,19	0,45	0,4
	2,35	1,9	2,15	0,3	1,65	0,35	0,2	2,07	2,5	1,3	0,2	0,7	0,4	1,8	0,22	0,35	0,37
±m	0,4	0,4	0,45	0,11	0,35	0,08	0,25	0,45	0,45	0,3	0,04	0,09	0,09	0,35	0,04	0,07	0,12
	0,45	0,4	0,45	0,9	0,4	0,08	0,12	0,5	0,6	0,3	0,5	0,19	0,08	0,4	0,06	0,07	0,06

Примечание: В числителе приведены показатели мальчиков, в знаменателе – девочек.

Рисунок 8.

Пример протокола обследования больного с НЦД по методу Роршах.

	Таблица I	
0.	1. Летучая мышь	WF+A
	Таблица II	
Боковая деталь	2. Два слона.	WF+A
	Таблица III	
Центральная деталь	3. Красный бантик	WCF+obg (красный шок)
	Таблица IV	Отказ
	таблица V	
0.	4. Летучая мышь	WF+A
	таблица VI	
	5. Черное пятно	WCF+obg (Черный шок)
0.	Таблица VII	
Верхняя деталь	6. Два зайчика	DCF+A
Нижняя деталь	7. Какие - то кляксы	DCF+odg
	Таблица VIII	
Боковые детали	8. Два красных медведя	DF+A
	таблица IX	
0.	9. Цветы	WCF+P1
	Таблица X	
Две боковые	10 Красное пятно	DCF+obg (цветовой шок)
	11. Маска человека	WCF+obg

R = 11	M =	F = 11 (100%)	H	=
W = 7	FC =	F+ = 11 (100%)	Hd	=

D =4	CF = 8	F=-	A = 5
W% =63,6%	C =	F±=	Ad =
D% =36,4%	M : C	Fc=	obg = 4 (9,0%)
	C <sup>1</sup> =		Pl= 1 (45,4%)

Отказ на таблицу № 4.

Больной Эркинов М., 1985г.р.

Диагноз: Нейроциркуляторная дистония,.

Экстратенсивный тип переживания

Цветовой шок.

форме вопросов, увеличение процента ответов по содержанию Р1  
уменьшение оригинальных ответов. (Табл. 49).

Тип переживания при НЦД в целом экстратенсивный. В отличие от здоровой популяции школьников, в группе больных НЦД отмечается достоверное увеличение смешанного типа экстратенсии. Амбивальный вариант личности не регистрировался.

Использование шкалы объективной оценки патохарактерологического диагностического опросника (ПДО), (112) показало, что число подростков с акцентуациями характера достоверно различалось ( $P < 0,001$ ) среди здоровых (52,35%).

В отличие от здоровых подростков, у больных с НЦД достоверно чаще встречались следующие типы акцентуации характера: циклоидный ( $P < 0,05$ ), лабильный ( $P < 0,001$ ), сенситивный ( $P < 0,001$ ). Психоастеничный, истероидный и эпилептоидные типы акцентуации также чаще отмечались у подростков с НЦД, однако это различие было статистически недостоверным ( $P > 0,05$ ).

Выраженность акцентуации оказалась неодинаковой у подростков с различными типами НЦД. (табл. 51.) При НЦД гипертонического типа достоверно чаще ( $P < 0,01$ ) диагностировались неустойчивые, лабильные и циклоидные типы акцентуации, а для гипотонического типа НЦД характерными оказались сенситивные, лабильные и циклоидные типы.

Значительное преобладание лиц с акцентуациями характера среди больных с НЦД может рассматриваться в аспекте патогенетической роли эмоционального стресса и других психологических факторов в развитии НЦД по гипертоническому типу. По данным А.Е. Личко, при неустойчивом, эпилептоидном и астеноневротическом типах акцентуации характера особенно характерна психологическая конфликтность.

Таблица 50.

Типы личности (переживания) у больных НЦД и здоровых (в %)  $M \pm m$ .

Тип переживания	Больные НЦД	Здоровые
9. Экстратенсивный	67,5±7,14*	58,35±2,25
А) чистый	53,5±7,6	55,8±2,27
б) смешанный	14±5,29*	2,6±0,72
10. Интроверсивный	4,7±3,22	6,3±1,11
А) чистый	4,7±3,22	4,55±0,95
б) смешанный	-	1,7±0,59
11. Амбивальный	-	6,1±1,10
12. Коартивный	27,8±6,83	29,25±2,08

Данные статистически достоверны ( $P < 0,05 - 0,001$ ) по сравнению со здоровыми детьми.

Рисунок 5.9.

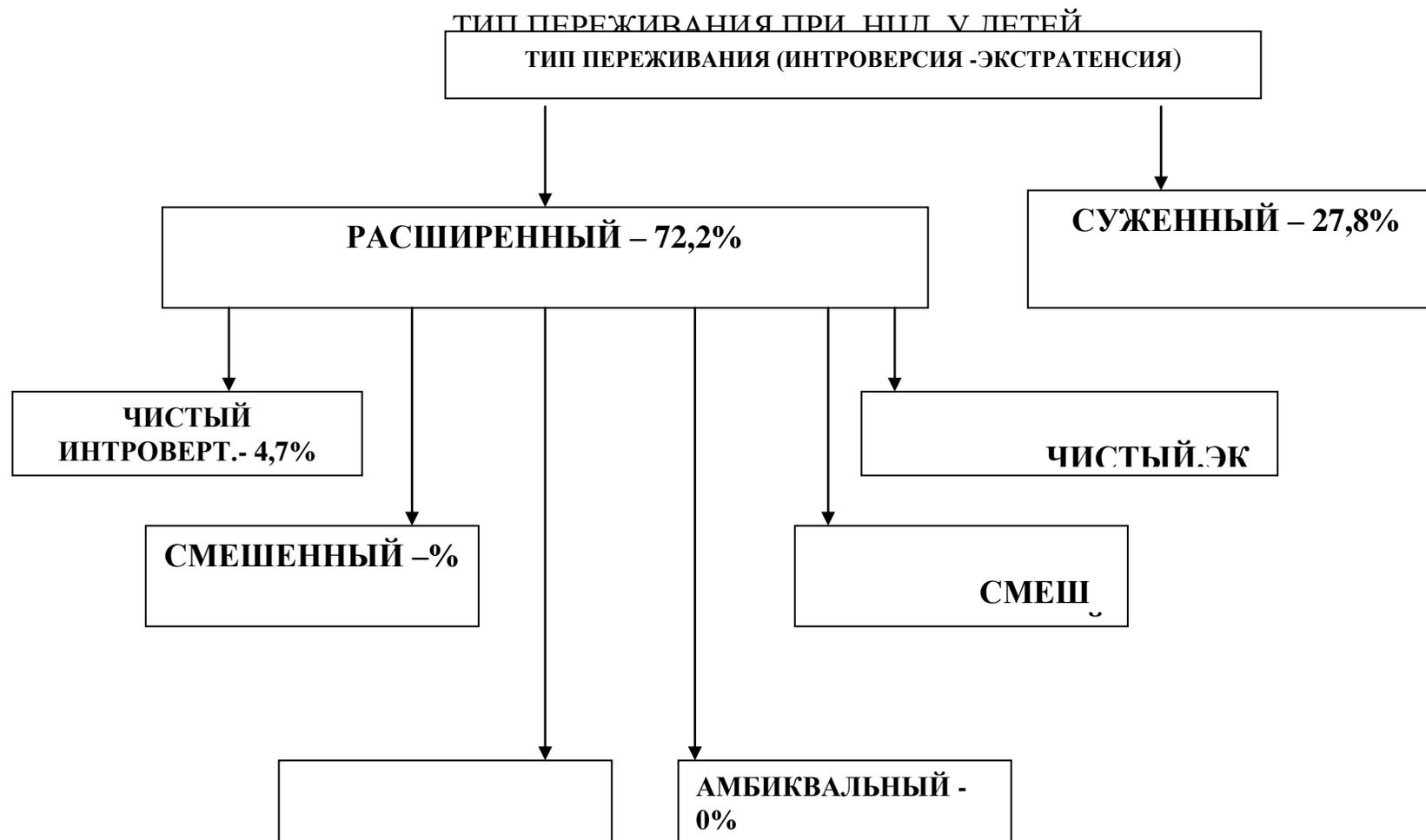


Таблица 51.

Частота отдельных акцентуаций характера у здоровых и больных НЦД (M±m).

№	Типы акцентуации	НЦД				Здоровье		
		Гипот. тип. n =17	Гипер. тип. n= 20	Кард. тип. N= 6	Всего n=43	М	Д	Всего
1.	Гипертимный	(1) 5,9	(2) 10	-	(3) 7±3,89	17±1,90	5,2±2,40	11,1±4,8
2.	Циклоидный	(2) 11,8	(2) 10	-	(4) 9,3±*4,42	1,4±0,59	2,1±0,70	1,75±1,99
3.	Лабильный	(4) 23,6	(3) 15	(1) 16,6	(8) 18,6±*5,93	1,4±0,59	4,75±1,05	3,07±2,8
4.	Сенситивный	(4) 23,6	(1) 5	-	(5) 11,6±4,88*	1,0±0,50	3,0±0,84	2,0±2,13
5.	Психоастеничный	(1) 5,9	-	(1) 16,6*	(2) 4,65±3,21	2,2±0,74	5,4±1,11	3,8±2,91
6.	Замкнутый	(1) 5,9	(1) 5	-	(2) 4,65±3,21	5,75±1,17	10±1,48	7,87±4,10
7.	Эпилептоидный	(1) 5,8	(2) 10	(1) 16,6*	(4) 9,4±4,45	9,5±1,48	8,8±1,40	9,15±4,39

8.	Астеноневротный	(1) 5,9	(2) 10	(2) 33,7*	(5) 11,6±4,88*	1,55±0,62	3,3±0,88	2,4±2,33
9.	Неустойчивый	(1) 5,9	(4) 20	-	(5) 11,6±4,88*	9,1±1,45	5,3±1,10	7,2±3,94
10.	Истероидный	(1) 5,7	(1) 5	(1) 16,6	(3) 7±*	(3) 7±*	-	7,0±3,89

Данные статистически достоверны ( $P < 0,05 - 0,001$ ) по сравнению со здоровыми детьми.

Таким образом, представленные нами результаты исследований позволяют предположить, что в развитии НЦД гипотонического, гипертонического и кардиального типов у детей определенную роль играют личностные факторы.

В последнее время большое внимание уделяется изучению роли психосоциальных факторов в генезе НЦД. Отсутствие четких представлений о механизме патогенного влияния психосоциальных факторов в детском возрасте резко ограничивает возможности профилактики и лечения функциональных психосоматических расстройств.

С целью изучения этиологической роли психотравмирующих факторов и их участия в формировании клинической картины НЦД нами было обследовано микро социальное окружение семьи и школы детей с НЦД. Для этой цели применялся разработанный нами опросник «Изучение влияния микросоциальной среды на формирование патологической личности» [рац.пред.принятое к внедрению в АндГосМи № 1288 от 12.06.99].

Углубленное обследование родителей детей и подростков с НЦД и их семей выявило данные, представляющие практический интерес, как для врачей педиатров, так и 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%).

Некоторое представление об уровне педагогической культуры родителей дает проведенный нами опрос родителей детей с НЦД о применяемых методах в воспитании детей. В целом, первое место в педагогическом арсенале семьи заняли приказание и требование (23,4%), запрещение без особых разъяснений (29,8), физическое наказание (21,2%).

Таким образом, удалось получить информацию об особенностях участия психотравмирующих факторов в этиологии НЦД. Выявлено влияние отрицательной семейной среды. В семьях детей с НЦД присутствует хроническое нервно – психическое перенапряжение. Последняя оказывается на фоне внешнего благополучия в семье и школе. Стресс при этом не связан с сильными и однократными потрясениями, обидами, разочарованиями. Он является отражением объективно существующих трудностей в жизни и учебе ребенка, преодоление которых превышает его адаптационные возможности.

Как свидетельствуют наши данные, такие условия чаще всего создаются в результате завышенных требований к нему в семье и школе. Родители любыми путями заставляют ребенка добиваться успехов. Они, как правило, переоценивают возможности сына или дочери, используют в достижении своих целей авторитарные методы (приказание, требование, физическое наказание, запрещение без особых причин).

Таким образом, в семьях детей с НЦД характерно воспитание по типу «гиперопеки». Повышенные гиперсоциальные установки, недостаточный эмоциональный контакт родителей с детьми, педагогическая безграмотность родителей у детей развивали высокий уровень нейротизма, чувство внутреннего напряжения, раздражительность, отвлекаемость внимания, подавленность настроения или апатия, снижение

физической и интеллектуальной работоспособности, фобии, стремление к лидерству. 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.

Таким образом, у большинства обследованных нами детей 40 (93%) с НЦД имели место неблагоприятные факторы микро социальной среды, которые в той или иной мере участвовали в формировании психосоматических расстройств. Выявленные острые и хронические типы психотравмирующих ситуаций играют различную роль в формировании клинической картины НЦД.

По мнению Д. Н. Исаева, остро и тяжело протекающие травмы в наибольшей мере способствуют возникновению вторичных нервно – психических синдромов. Многократно повторяющиеся психические стрессы имеют отношение к вегетососудистому уровню реагирования, и вызывая длительные прессорные реакции сосудов, принимают непосредственное участие в формировании предгипертонического состояния. Психогенные стрессы большей глубины, возникающие на фоне длительного нервного перенапряжения, способствуют развитию более развернутых картин психовегетативных расстройств.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арзикулов А.Ш. Эпидемиология синдрома удлиненного интервала Q-T у школьников. Автореф.дисс...канд. мед. наук. – Андижан, 1995 – 27 с.
2. Бобров А.Е., Кульгина М.А., Мельниченко Г.А и др. Медико-психологическая реабилитация больных сахарным диабетом. // Российский медицинский журнал, 2003, № 4, с.24-29.
3. Боброва Н.Р., Шевченко Ю.С., Смирнова Т.Н. Психосоматические соотношения в патогенезе расстройств желудочно – кишечного тракта у детей и подростков (диагностика и лечение в условиях детской поликлиники). // Мед. журнал Узбекистана. 2000. № 5-6. с 2-5.
4. Вельтищев Ю.В. Проблемы охраны здоровья детей России // Российский вестник перинатологии и педиатрии.- 2000.- №1.- С.2.
5. Великанова Л.П. // Теоретические вопросы современной медицины, биологии и общественного здоровья. Т.20.- Астрахань, 2001.-С.41-47
6. Великанова Л.П. Клинико-эпидемиологический мониторинг состояния нервно-психического здоровья детей и подростков. // Педиатрия, №1, 2004, С.67-70
7. Вейн А.М. Вегетативные расстройства.- М.: МИА, 2000, 500 с.
8. Вигдорчик М. И. Возможности применения психодинамического подхода оценки личности в диагностике психосоматических заболеваний. // Вторая Всероссийская INTERNET – конференция, 2004, с.3-8.
9. Волошин В.М., Казаковцев Б.А., Шевченко Ю.С. и др. Состояние и перспективы развития детской психиатрической службы в России - // Социальная и клиническая психиатрия, - 2002.- Т. 12. Вып. 2. – С 5-9.
10. Волгина С.Я., Менделевич В.В., Альбицкий В.Ю. Состояние психического здоровья и структура психических и поведенческих расстройств у детей родившихся недоношенными // Социальная и клиническая психиатрия, - 2000.- Т. 10. Вып. 2. – С 16 – 19.

11. Горская Е. А., Ишевская Г. И. Изучение психосоматических характеристик у старшеклассников. // Вторая Всероссийская INTERNET – конференция, 2004, С.1-3.
12. Гурович И.Я., Волошин В.М., Голланд В.Б. Актуальные проблемы детской психиатрической службы в России. Социальная и клиническая медицина, Том 12, Вып. 2. 2002, стр 15-18.
13. Григорова А.В., Канкадзе К.А., Жвания М.А. Особенности социальной установки детей-беженцев из Абхазии с неспецифическими заболеваниями дыхательной системы. Georg. Med. News. 2001, № 6. С. 55-58.
14. Гуськова А. Болезнь и личность больного. // Врач. 2003. №5, С.57-58.
15. Джураев Э.Ю. Психовегетативные особенности подросткового возраста и их изменения при хроническом холецистите и дискинезии желчевыводящих путей // Нефрология.- 2000.- №3.- С.55-57.
16. Добровольский А.В. Клинические особенности ишемической болезни сердца и внутренняя картина болезни // Неврология и психиатрия им. С.С.Корсакова.- 2000.- №9.- С.17-23.
17. Доскин В.А., Вельтищева В.Е. Лечебная педагогика Марии Монтессери и детская реабилитология // Росс. вестник перинатол. и педиатрии.- 2000.- №2.
18. Иовчук Н.М., Батыгин Г.З. Распространенность и клинические проявления депрессий в школьной подростковой популяции // Неврология и психиатрия.- 2000.- №9.- С.3.
19. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей и подростков и психосоматический подход. // Социальная и клиническая психиатрия Т. 12. Вып. 2.- 2002. - с.36-40.
20. Калачева И. О., Карнаухова Е. Н., Мазур А. Г. Психогенные расстройства у детей и подростков (Вопросы диагностики и реабилитологии). // Психиатрия и психофармакотерапия, Том 05, № 1, 2003, с. 1-6.

21. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. - М.: Медицина, 1995.- 600 с.
22. Козловская Г.В. Состояние психического здоровья детского населения раннего возраста и актуальные проблемы раннего возраста. // Социальная и клиническая психиатрия, Том 12, вып. 2, 2002, стр.27-30
23. Ключева М. Г., Рывкин А. И., Троицкая И. Н. Особенности психовегетативных нарушений у подростков с бронхиальной астмой. // Педиатрия им. Сперанского. – 2004.- С. 61-64.
2. Клиническая психология / сост. и общ. ред. Н. В. Тарабриной. СПб.: Питер, 2009.
24. Маджидов Н.М. Первичная профилактика заболеваний нервной системы // Неврология. - 2000.- №1.- С.4-6.
25. Максимова Н.Ю., Милютин Е.Л. курс лекций по детской патопсихологии, - Ростов н/Д.: Феникс, 2000.- 576 с.
26. Менделевич В.Д. Неадаптивные поведенческие паттерны в детском и подростковом возрасте: расстройства или девиации. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – Т. 12. №2. – с. 50-53.
27. Маневич Т.М., Соколова Е.Д., Яхно Н.Н. Особенности личности и психического состояния детей и подростков, страдающих хроническими головными болями напряжения. // Неврологии и психиатрии.-2004.- Т.104,С.11-16.
28. Нагай Л.Л. Различные типы синдрома вегетативной дистонии у детей: генетические маркеры//Неврология.- 2000.- №3.- С.61-62.
29. Напреенко А. К. Психосоматические расстройства: подходы к фармакотерапии. // Международный медицинский журнал.2002, Т.8. №4. С. 40-45.
30. Назирова У. Ф. К оценке психосоматического статуса детей дошкольного возраста. // Педиатрия. 2004. № 2, С. 37-41.

31. Николаев. Е.Л., Козлов А.Б., Орлов Ф.В. О формах психотерапевтической помощи в условиях городской детской поликлиники. Социальная и клиническая психиатрия, Том 12, Вып 2, 2002, стр 64-65.
32. Панков Д. Д., Румянцов А.Г, Кузнецова И. Д. Психосоциальные проблемы детского и подросткового возраста. // Российский педиатрический журнал.- 2003.- №3.-С.4-6.
33. Печера К.Л. Психологическая готовность детей к школе.// Российский педиатрический журнал.-2004.- №3, С.60-62.
34. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных. - М.: Изд. Медпрактика, 2002.- 179 с.
35. Психиатрия: учебник для студентов медицинских вузов // Под ред. Б.Д.Карвасарского. СПб.: Питер, 2000.- 544 с.
36. Романова Н.П. Особенности психологического статуса у юношей при АГ//Кардиология.- 2000.- №7.- С.9-11.
37. Румянцев А.Г., Панков Д.Д. Актуальные проблемы подростковой медицины.-М.,2002, 230 с.
38. Румянцев А.Г., Панков Д.Д.,Чечельницкая С.М. Новые подходы к мониторингу здоровья школьников. // Российский педиатрический журнал.-2004.-№3, С.4-7.
39. Ребров А.П., Кароли Н. А. Особенности психики больных Бронхиальной астмой. // Росскийский медицинский журнал, 2003, № 1, с. 23-26.
40. Ре5мшmidt X., Дмитриева Т.Н. Современное состояние и перспективы международного сотрудничества в детско-подростковой психиатрии. Клиническая и социальная психиатрия, Том 12, Вып. 2, 2002, стр.22-26.
41. Свядощ А.М. Психотерапия: пособие для врачей. СПб.: Питер, 2000.- 288 с.
42. Сетко Н. П., Кузько Н. Н., Кирнасюк Е.В. и др. Физиолого-гигиенические аспекты сохранения индивидуального здоровья школьников. // Российский медицинский журнал, 2003, №2, с.48-49.

- 43.Смулевич А.Б., Шостакович Б.В. Старые и новые проблемы расстройства личности.// Неврология и психиатрия.-2001.-Т. 101. №4.  
С.3-9.
- 44.Слободская Е.Р., Сафронова М.В., Савина Н.Н // Вопросы психического здоровья детей и подростков2001.-№1.-С.32-40.
- 45.Ташбаев О.С., Тургунов К.И. Эпидемиологический подход к изучению артериального давления у сельских школьников//Мед. журнал Узбекистана.- 1989.- №7.- С.29-31.
- 46.Тургунов К.И. Распространенность артериальной гипертензии у сельских школьников. Автореф. Дисс... канд мед наук. Ташкент, -1994. 27 с.
- 47.Турсунходжаев М.Х., Магзумова Ш.Ш. Взгляды Ибн Сины на проблемы медицинской психологии и психотерапии // Неврология. - 2000.- №1.- С.65-66.
- 48.Холецкая О.В., Троицин В.М. Минимальная дисфункция мозга в детском возрасте//Неврология и психиатрия. - 2000.- №9.-
- 49.Ходжаева Н.И., Мизельский В.Б., Байахмедова У.М., Цатурьян В.А. Клинические особенности ремиссии у лиц с героиновой наркоманией в зависимости от преморбидных особенностей личности // Неврология. - 2000.- №3.- С.26-29.
- 50.Хамракулов Х.М. Значение двигательной активности и роли вегетативной нервной системы в проявлении факторов риска атеросклероза и ишемической болезни сердца у детей школьного возраста // Автореф... Дисс.канд. мед.наук, 1990,- Ташкент, 24 с.
- 51.Черкасов Н.С., Бахмутова Л.А., Глоба О.П. // Научно-практическая конференция «Экология региона и состояние здоровья детей г. Астрахань».-Астрахань, 2002.-С.8.
- 52.Чичерин Л.П., Сафонова Т.Я. Жестокое обращение с детьми и подростками: Проблемы, меры профилактики//Педиатрия им. Сперанского. - 2000.- №5.- С.51-57.

53. Човдырова Г.С. Введение в экстремальную психологию (по материалам органов внутренних дел): Учебное пособие. Изд-во ВНИИ МВД РФ, 2003. 131 с.
54. Шарова Н.Н. // Моделирование школы здоровья.-М., 2001.-С.39-46.
55. Шомансуров Ш.Ш., Измайлова А.Я. Функциональное состояние вегетативной нервной системы у детей с синдромом вегетативной дистонии различного генеза // Неврология. - 2000.- №1.- С.43.
57. American academy of pediatrics, committee on nutrition. Prevention of pediatric overweight and obesity //Pediatrics. 2003. - Vol. 112. - № 2. - P. 424-430.
58. Blumberg S.J., Halfon N., Olson L.M. The national survey of early childhood health //Pediatrics 2004. - Vol. 113. - № 6. - P. 1899-1906.
59. Burdette H.L., Whitaker R.C., Daniels S.R. Parental report of outdoor playtime as a measure of physical activity in preschool-aged children //Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 2004. - Vol. 158. - № 4. - P. 353 - 357.
60. Koomen H.M., Hoeksma J.B. Regulation of emotional security by children after entry to special and regular kindergarten classes //Psychol. Rep. 2003. -Vol. 93. - № 3. - Pt. 2. - P. 1319-1334.
61. Mansour M.E., Kotagal U., Rose B. Et al. Health-related quality of life in urban elementary schoolchildren //Pediatrics 2013. - Vol. 111. - № 6. - P. 1372 - 1381.
62. Moya J., Bearer C.F., Etzel R.A. Children's behavior and physiology and how it affects exposure to environmental contaminants //Pediatrics 2013. - Vol. 113.- № 4. P. 996-1006.
63. Samet J.M. Risk assessment and child health //Pediatrics 2012. - Vol. 113. - №4.-P. 952-956.
64. Snyderman R., Williams R.S. Prospective medicine: the next health care transformation //Acad. Med. 2012. - Vol. 78. - № 11. - P. 1079-1084.

64. Thorpe L.E., List D.G., Marx T. et al. Childhood obesity in New York City elementary school students //American Journal of Public Health. 2004. - Vol. 94.- №9.-P. 1496-1500.к
65. Trudeau F., Shephard R.J., Arsenault F., Laurencelle L. Tracking of physical fitness from childhood to adulthood //Can. J. Appl. Physiol. 2003. - Vol. 28. -№2.- P. 257-271.
66. Zambon A.C., McDearmon E.L., Salomonis N. et al. Time- and exercise-dependent gene regulation in human skeletal muscle //Genome Biol. 2003. -Vol. 4.-№10.- P. 61.
- 67.[http: www. Pediatricsjournal. ru.](http://www.Pediatricsjournal.ru) № 5\2004. Приложения 8.