

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ ПРИ НЕКОТОРЫХ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Арзикулов А.Ш.¹, Махсумов М.М.¹, Арзикулова Д.А.¹

¹*МВССО РУз, Андижанский государственный медицинский институт Минздрава Узбекистана, Андижан, e-mail adti-361@mail.ru*

Изучены личностные особенности детей и подростков узбекской популяции при некоторых психосоматических заболеваниях. Обследованы дети и подростки школьного возраста с психосоматическими заболеваниями (ЯБ, острый лейкоз, нейроциркуляторная дистония), находящиеся на стационарном лечении в детских клиниках АГМИ. У лиц, вошедших в эту группу, были верифицированы нейроциркуляторная дистония по гипер-гипотоническому и сердечному типу (НЦД) (41 ребенок), острый лейкоз (ОЛ) (43 ребенка), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБ) (32 ребенка). Цель работы: выявить личностные особенности у детей и подростков узбекской популяции и их роль в развитии и стабилизации некоторых соматических заболеваний. Проведено экспериментальное медико-психологическое обследование эмоциональной личностной сферы детей и подростков. Получены данные о личностно-характерологических особенностях у детей с нейроциркуляторной дистонией, острым лейкозом и ЯБ. Выявленные индивидуально-характерологические особенности детей и подростков на фоне неблагоприятных семейных и других социальных факторов являются преморбидными факторами развития и манифестации язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, лейкоза и нейроциркуляторной дистонии. Дети с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, лейкозом и нейроциркуляторной дистонией отличаются от здоровых сверстников общей высокой акцентуированностью.

Ключевые слова: личность, темперамент, нарушения адаптации, акцентуации характера, соматические заболевания.

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

Arzikulov A. Sh.¹, Makhsumov M.M.¹, Arzikulova D.A.¹

¹*MHSSE RUz, Andijan State Medical Institute, Ministry of Health of Uzbekistan, Andijan, e-mail adti-361@mail.ru*

The personal characteristics of children and adolescents of the Uzbek population with some psychosomatic diseases have been studied. Objects of research: children and adolescents of school age with psychosomatic diseases (ulcer, acute leukemia, neurocirculatory dystonia) who were hospitalized in pediatric clinics of the State Medical Institute were examined. In persons included in this group, neurocirculatory dystonia of the hyper-hypotonic and cardiac type (NCD) (41 children), acute leukemia (AL) (43 children), gastric ulcer and duodenal ulcer (PUD) (32 children) were verified ... Purpose of the work: To reveal the personality traits in children and adolescents of the Uzbek population and their role in the development and stabilization of some somatic diseases. Experimental, medical and psychological examination of the emotional personal sphere of children and adolescents. We obtained data on the personality traits in children with neurocirculatory dystonia, acute leukemia and ulcer. Identified individually - characterological characteristics of children and adolescents against the background of unfavorable family and other social factors are premorbid factors in the development and manifestation of gastric ulcer and duodenal ulcer, leukemia and neurocirculatory dystonia. Children with gastric ulcer and duodenal ulcer, leukemia and neurocirculatory dystonia differ from healthy peers in general high accentuation.

Keywords: personality, temperament, impaired adaptation, character accentuation, somatic diseases.

Тесная связь эмоциональных факторов с определенными соматическими болезнями первоначально привела к выделению последних из общего ряда. Были описаны типичные «психосоматические расстройства»: гипертоническая болезнь, артриты, мигрень, диабет, гипертиреоз, астма, язвенная болезнь, язвенный колит, нейродерматит [1].

В настоящее время в этой группе насчитывается более 230 нозологий. Они рассматриваются как результат стойкого эмоционального напряжения, связанного со специфическим для каждого из них личностным конфликтом. При этом из-за глубокого вытеснения личности особенно страдает вегетативная нервная система, а тип возникшего заболевания объясняется эмоциональной реактивностью [2-4].

Подавляемая агрессия, активируя симпатическую систему, может приводить, например, к мигрени, гипертиреозу, гипертонической болезни, а нереализованное стремление к признанию – к астме, язвенной болезни посредством включения холинэргических систем. Дальнейшее изучение показало, что эмоциональная и физиологическая реакция на значимый средовой стимул не может быть выведена из имеющихся качественных и количественных характеристик реагирующей личности и организма. Возникающая в ответ на стимул активация – психофизиологическая переменная по отношению к интенсивности и характеру этого стимула – зависит также от состояния субъекта в момент его действия [5–8].

Цель исследования: выявить личностные особенности у детей и подростков узбекской популяции и их роль в развитии и стабилизации некоторых соматических заболеваний.

Материал и методы исследования

Проведено углубленное клинико-психологическое обследование контингента детей с некоторыми соматическими заболеваниями (такими как язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, острый лейкоз, нейроциркуляторная дистония), находившихся на стационарном лечении в детских клиниках Андijanского государственного медицинского института. У лиц, вошедших в эту группу, были верифицированы нейроциркуляторная дистония по гипер-гипотоническому и сердечному типу (НЦД) (41 ребенок), острый лейкоз (ОЛ) (43 ребенка), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБ) (32 ребенка). Программа включала:

- 1) обследование и наблюдение за поведением детей в ситуации эксперимента на предмет выявления особенностей эмоционально-волевой сферы;
- 2) частично стандартизированное диагностическое интервью Шванцера – беседу;
- 3) применение патохарактерологического диагностического опросника (ПДО) – для детей и подростков от 10 до 18 лет;
- 4) исследование самооценки по методу Дембо–Рубинштейна;
- 5) использование детского варианта личностного опросника Кеттелла для детей от 8 до 12 лет;
- 6) применение детского варианта личностного опросника Айзенка для детей;
- 7) проективные методы исследования личности:

- а) картиночный фрустрационный (стрессогенный) тест Розенцвейга для детей и подростков;
- б) тесты Роршаха;
- 8) анализ стандартной анкеты-характеристики на ребенка (заполнялась педагогом и родителями);
- 9) выявление особенностей микросоциальной среды – семьи и школы;
- 10) проведение ЭКГ-исследования (в 12 стандартных отведениях), эхоэнцефалографии, реоэнцефалогарфии и др.;
- 11) измерение АД, ДАД, подсчет частоты пульса;
- 12) исследование вегетативного гомеостаза (вегетативного тонуса, реактивности, обеспеченности).

Кроме этих исследований, применялись общепринятые клинические методы (общий анализ крови, мочи, кала, рентгенография грудной клетки и черепа), биохимические методы с определением общего белка, остаточного азота, мочевины, калия и кальция в сыворотке крови, ревмопробы. Проводились консультации специалистов (психиатра, психоневролога, эндокринолога, кардиоревматолога, травматолога). Объективное исследование детей осуществлялось в условиях детских стационаров с применением общепринятых методов – осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации.

Результаты исследования подвергнуты вариационно-статистической обработке: рассчитывались средние значения (X), среднее квадратическое отклонение (T) и его ошибки ($+m$); проверка гипотез от нормального распределения проверялись t -критерием Стьюдента. Проводился корреляционный и дисперсионный анализ согласно программе. Центильное распределение показателей личностных факторов рассчитывалось с использованием математического алгоритма.

Результаты исследования и их обсуждение. Установлено, что дети с лейкозом отличались низкими значениями шкалы «экстраверсия – интроверсия» ($13,5 \pm 0,4\%$ и $13,1 \pm 0,35\%$ ($P < 0,05$) соответственно у мальчиков и девочек). Фактор «нейротизма» (или психоэмоциональной стабильности) достоверно чаще наблюдался у мальчиков ($14,6 \pm 0,7\%$ и $13,7 \pm 0,4\%$; $P < 0,05$). Отмеченные выше особенности больных детей в их реагировании на болезнь делают их эмоционально лабильными и раздражительными. У мальчиков состояние повышенной тревожности выражено сильнее. У больных с ОЛ установлены низкие показатели шкалы «общительность и эмоциональность» – факторы «А» и «С» ($3,8 \pm 0,1$ и $4,3 \pm 0,2$ ($P < 0,001$) соответственно у мальчиков и девочек). Это подтверждается высокой корреляционной связью показателей личностного фактора «А» по Кеттеллу и общительности «экстраверсия – интроверсия» по Айзенку ($r = +1,0$), фактора «С» и нейротизма ($r = +1,0$). У больных мальчиков отмечаются низкие оценки по фактору «Е» ($2,3 \pm 0,1$; $P < 0,001$),

отражающему общительность, послушность, повышенную зависимость от взрослых и детей, пассивность. Высокая оценка по фактору «Д» ($6,2 \pm 0,4$ и $6,0 \pm 0,5$; $P < 0,001$) делает их эмоционально несдержанными, неуравновешенными [9].

Резко повышенные показатели у больных ОЛ по фактору «Q₃» ($P < 0,001$) позволяют говорить об их склонности к ипохондрии, фобиям, повышенной тревожности, что является основой возникновения невротичности. Повышенные оценки по фактору «Q₄» ($7,2 \pm 0,1$ и $7,0 \pm 0,5$; $P < 0,001$) свидетельствуют о преобладании в поведении больных нервного напряжения. Кривая усредненного профиля личности характеризуется выраженными «пиками» и «провалами». Выраженный «пик» по шкале фактора «Q» и не менее выраженные «пики» по факторам «Q₃», «Q₄», «Д» и «G» отражают степень невротизации больного ребенка. «Провалы» по шкале факторов «A», «C» и «D» указывают на тенденцию аутизации личности. В целом полученные методом Айзенка и Кеттелла [10, 11] данные указывают на достаточно высокий уровень невротизации личности при ОЛ. С целью прогноза поведения больных во фрустрационных ситуациях мы исследовали устойчивые характеристики их фрустрационных реакций. Обнаружено, что у больных ОЛ количество безобвинительных реакций было снижено ($9,6 \pm 0,6$ и $9,5 \pm 0$ ($P < 0,059$) соответственно у мальчиков и девочек), а количество самообвинительных реакций – достоверно увеличено ($5,21 \pm 0,28$ и $5,5 \pm 0,29$ ($P < 0,001$) соответственно у мальчиков и девочек). При анализе типов реагирования выявлено, что у детей, больных ОЛ, наблюдается достоверное снижение количества препятственно-доминантных ($6,8 \pm 0,5$ и $4,9 \pm 0,6$; $P < 0,05$) и самозащитных ($9,5 \pm 0,4$ и $9,4 \pm 0,9$; $P < 0,05$) реакций, что является показателем слабости личности по Розенцвейгу и свидетельствует о недостаточно адекватном реагировании на фрустрацию. Низкий процент этих реакций характеризует внутреннюю беспомощность ребенка, неспособность справиться с жизненными трудностями. У больных ОЛ детей отчетливо повышается разрешающий тип реагирования ($7,7 \pm 0,5$ и $9,8 \pm 0,3\%$ ($P < 0,001$) соответственно у мальчиков и девочек). Анализируя результаты, полученные с помощью метода Роршаха у детей, больных ОЛ, можно отметить общее повышение продуктивности («R» больше целостных «W», $P < 0,05$). В группе больных ОЛ выявлены некоторые особенности формообразования или «четкости перцепции». В этой группе отмечается отчетливое снижение положительных форм «F+» с повышением отрицательных форм «F-» ($P < 0,001$). Для больных характерна частая интерпретация больших деталей стимульного материала «Д» ($P < 0,05$), а затем на ее основе происходит формирование обобщающего толкования. Наблюдаются снижение количества популярных («Pop») интерпретаций и отсутствие оригинальных («Orig») ответов, что укладывается в синдром «нестандартности» актуализируемых свойств и признаков при исследовании мышления. Результаты анализа

показывают, что у больных ОЛ отмечаются тенденция к увеличению интерпретации растительного содержания ($p_l = 6,5\%$, $P > 0,05$), «неодушевленных предметов» ($O_{vq} = 14,5\%$, $P > 0,01$) и ответы анатомического содержания (анат = $8,0\%$ $P > 0,05$). Судя по соотношению кинестических (двинестических) цветовых интерпретаций $1,12 < (5,1 + 0,6)$, аффективность оценивается как неустойчивая, а адаптация к окружающей среде, возможно, и к физическим, психологическим изменениям, возникшим вследствие ОЛ, – как низкая.

Больные с тенденцией к коартаивности в $12,1\%$ (суженный) были социально более адаптированы. Обследованная нами группа детей, больных ОЛ, заметно отличалась по частоте ряда акцентуаций от здоровой популяции школьников. Обращает на себя внимание достоверно высокий процент подростков с гипертимными ($34,8\%$ и $30,8\%$ ($P < 0,05$) соответственно у мальчиков и девочек), эпилептоидными чертами характера ($21,8\%$ и $38,4\%$ у мальчиков и девочек). Следует указать на более высокий процент ($15,4\%$; $P < 0,05$) замкнутых акцентуаций у больных подростков-девочек по сравнению с мальчиками. Среди обследованных нами подростков, больных ОЛ, $26,0\%$ мальчиков и $15,4\%$ девочек были отнесены к неакцентуированным ($P < 0,001$). Доминирующей явилась эпилептоидная акцентуация характера, у девочек с ОЛ она регистрировалась почти в $6,4$ раза чаще, чем у здоровых. Это хорошо объясняет склонность больных детей с ОЛ к эксплозивности (взрывчатости), неспособность корректировать свои эмоциональные и поведенческие реакции.

При анализе результатов исследований с использованием метода Роршаха установили, что у $78,1\%$ обследованных больных ответ, содержащий «движения человека», отсутствует. Лишь у $21,9\%$ встречается не более одной кинестетической интерпретации. В части случаев отмечается отказ от интерпретации на отдельные (IV, VI, VII, IX) таблицы Роршаха. Уменьшение количества ответов на IV, VI, VII, IX и X таблицы у наших обследованных больных – признак цветового шока, что свидетельствует о желании избежать трудности, наличии беспокойства, фрустрации.

У больных ЯБ наблюдается относительно высокий процент ответов по содержанию: Obj, Anat, Pl ($P > 0,05$). Популярных и оригинальных ответов больше, чем у здоровой популяции.

У обследованных нами больных интроверсивная направленность достоверно снижена ($4,7\%$; $P < 0,001$).

Для больных ЯБ в целом характерны акцентуированные черты личности. В отличие от здоровых подростков у больных ЯБ достоверно чаще встречались следующие типы акцентуации характера: сенситивный (сверхчувствительный) ($41,7 \pm 14,2$ и $30,0 \pm 10,2$ ($P < 0,001$) соответственно у мальчиков и девочек), циклоидный ($P > 0,05$), эмоционально-

лабильный ($P > 0,001$). Психоастеничный и истероидный типы акцентуации также чаще отмечались у подростков с ЯБ. У 2/3 обследованных детей, больных ЯБ, акцентуация характера установлена по типу моноакцентуации. У остальных больных (21,9%) установлен сочетанный тип по нескольким признакам. Подростки, больные ЯБ, отличаются от здоровых сверстников акцентуированностью и большей частотой сенситивного, эмоционально лабильного, циклоидного типов акцентуации.

Данные исследования детей с нейроциркуляторной дистонией по методу Айзенка свидетельствуют, что больные в целом достоверно экстравертированы ($17,3 \pm 0,6$ и $16,7 \pm 0,4$ ($P < 0,001$) соответственно у мальчиков и девочек), что позволяет охарактеризовать их как более общительных, активных и склонных к лидерству. Для гипотонического и кардиального типов увеличение показателя общительности оказалось недостоверным ($P > 0,05$).

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

Больным НЦД присуще выраженное повышение эмоционального напряжения, затруднявшее осуществление межличностных контактов и способствующее нарушению психовегетативной регуляции индивида. Преобладание стремления к воспитанным формам поведения в сочетании с сознательным самоконтролем (повышение факторов «I», $P < 0,05$ и «Q₃», $P < 0,001$) препятствует проявлению отрицательных эмоций, что способствует длительному сохранению эмоционального напряжения и дальнейшим затруднениям

адаптации. У больных НЦД обычно отмечались сочетания дисгармоничных личностных особенностей, что приводило к появлению внутренних конфликтов между доминирующими и взаимоисключающими типами потребностей. Указанные внутренние конфликты лежали в основе нарушений социальной адаптации в школьной и семейной сферах, а также препятствовали психовегетативной адаптации, что проявилось в психопатологических и вегетативно-соматических расстройствах при данном заболевании.

В результате анализа данных по методу Роршаха обнаружены резкие различия в качестве формообразования. У больных НЦД преобладали цветовые ответы ($3,5 \pm 0,5$ и $2,7 \pm 0,4$ ($P < 0,05$) соответственно у мальчиков и девочек) при небольшом снижении количества кинестетических ($0,2 \pm 0,06$ и $0,3 \pm 0,05$ у мальчиков и девочек соответственно), что свидетельствует о преобладании общей невротической симптоматики. Для них более характерны репродуктивное, чем творческое, мышление эмоционально-лабильная аффективность и поверхностные контакты с другими людьми. У больных НЦД достаточно резко выражен цветовой шок. Снижение интерпретаций ($5,3 \pm 0,5$ и $5,7 \pm 0,6$ соответственно у мальчиков и девочек) и достоверное увеличение «Д» ($P < 0,001$) ответов указывают на снижение способности к синтезу, что является признаком затухания эмоциональных реакций. Наряду с этим при изучении протоколов больных НЦД обнаружены и другие особенности: частые отказы, особенно на таблицы IV, VIII, IX, X, указание на симметрию, увеличение CF-ответов, повышение A + Ad, интерпретация стимульного материала в форме вопросов, увеличение процента ответов по содержанию P1, уменьшение оригинальных ответов. Тип переживания при НЦД в целом экстратенсивный, достоверно увеличен смешанный тип экстратенсии. Амбиквальный вариант личности не регистрировался.

У больных НЦД достоверно чаще встречались следующие типы акцентуации характера: циклоидный ($P < 0,05$), эмоционально-лабильный ($P < 0,001$), сенситивный ($P < 0,001$). Психоастеничный, истероидный и эпилептоидный типы акцентуации также чаще отмечались у подростков с НЦД, однако это различие было статистически недостоверным. Нами установлено, что выраженность акцентуации оказалась неодинаковой у подростков с различными типами НЦД. При НЦД гипертонического типа достоверно чаще ($P < 0,01$) диагностировались неустойчивые, эмоционально-лабильные и циклоидные типы акцентуации, а для гипотонического типа НЦД характерными оказались сенситивные, эмоционально-лабильные и циклоидные типы. Значительное преобладание лиц с акцентуациями характера среди больных НЦД можно рассматривать в аспекте патогенеза в развитии НЦД по гипертоническому типу. Углубленное обследование родителей детей и подростков с НЦД и их семей выявило следующие особенности семейных взаимоотношений. У 6,8% супружеских пар возникали кратковременные размолвки. У большей части семей

детей с НЦД (59%) возникали частые и длительные ссоры, переходящие в 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%). Деструктивные отношения между родителями и детьми в определенной мере есть следствие конфликтности супружеских отношений. Большинство конфликтов между родителями и детьми возникают из-за раздражительности и усталости родителей (19,2%), нежелания детей участвовать в домашней работе (11,5%), их плохого поведения (30,7%). Ведущие места в педагогическом арсенале семьи заняли приказание и требование (23,4%), запрещение без особых разъяснений (29,8%), физическое наказание (21,2%).

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

Таким образом, обобщая результаты экспериментально-психологического исследования и клинического наблюдения детей с проявлениями нарушения адаптации (акцентуации характера, реакции дезадаптации), можно утверждать, что в школьном возрасте выявляется высокая распространенность пограничных расстройств личности (акцентуации характера – 48,2%, дезадаптация – 20,8%), способствующих формированию и развитию нервно-психических или психосоматических заболеваний. В структуре индивидуальности у больных с ОЛ, ЯБ и НЦД выявляются такие особенности проявления личности, которые придают клиническое своеобразие внутренней картине болезни.

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

проводить дифференцированные профилактические, лечебные и медико-психологические реабилитационные мероприятия.

Выводы

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

2. Дети с ЯБ, лейкозом и нейроциркуляторной дистонией отличаются от здоровых сверстников общей высокой акцентуированностью ($P < 0,001$): достоверно высок процент подростков с сенситивным ($P > 0,001$), циклоидным ($P > 0,05$), эмоционально-лабильным ($P > 0,05$) типами характера среди детей с ЯБ, с гипертимным ($P > 0,001$), эпилептоидным ($P > 0,05$), замкнутым ($P > 0,05$ у девочек) типами характера среди больных с лейкозом. У больных с нейроциркуляторной дистонией достоверно чаще встречались циклоидный ($P < 0,05$), эмоционально-лабильный ($P < 0,001$) и сенситивный ($P < 0,001$) типы.

3. Для детей с нейроциркуляторной дистонией, лейкозом и ЯБ характерны множественные психологические и нервно-психические расстройства, оказывающие отрицательное влияние не только на личность больного, но и на течение болезни.

Список литературы

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина. М.: КАН Н - ПЛЮС, 2018. 352 с.
2. Юсупова У.У. Синдром вегетативной дистонии у детей // Авиценна. 2017. № 12. С. 45-49.
3. Исаев Д.Н. психиатрия детского возраста: психопатология развития.учебник для вузов. СПб.: СпецЛит, 2013. 481 с.
4. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства в клинической практике. М.: МЕДпресс-информ, 2016. 776 с.
5. Goodman D. M. Family health is child health. J. Pediatr. 2017. Vol. 181. P. 1• 12.
6. Меринов А.В. Детская и подростковая психиатрия: учебное пособие. Рязань: РИО РязГМУ, 2016. 132 с.

7. Kristin H. Introduction to Pediatric Psychological Care.-Cambridge University Press. 2020. P. 1-11.
8. Johny L. Matson. Handbook of Childhood Psychopathology and Development Disabilities Assessment. Springer Press. 2018. 504 p.
9. Arzikulov A. Sh., Makhsumov M. K. Comparative age Features of Clinic and Pathogenetic Aspects of School Disadaptation. European Science Review. 2016. № 7-8. P. 101-103.
10. Eysenck H.J. Readings in extraversion – introversion II; Fields application. London: Staples, 1971. 250 p.
11. Cattell R.B., Nesselroade J.R. Likeness and completeness theories examined by 16 personality factor measures on stably and unstably married couples. Journal of Personality and Social Psychology. 1967. V. 7. P. 351-361.