

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение .....	6
<b>Глава 1.</b> История дерматологии и развитие идей о психосоматических и соматопсихических соотношениях в патогенезе дерматологических нарушений .....	8
1.1. Становление дерматологии как отдельной дисциплины и определение роли нервной системы в генезе дерматологических нарушений .....	8
1.2. Соотношение психического и соматического при дерматологических нарушениях в понимании психиатров, психологов, физиологов и других специалистов .....	37
1.3. Проблемы психодерматологии детского возраста .....	62
<b>Глава 2.</b> Общие вопросы дерматологии детского возраста .....	79
2.1. Анатомия, гистология и биохимия детской кожи .....	79
2.2. Иммунология и аллергология кожных покровов .....	94
2.3. Особенности иммунной и аллергической реактивности кожи детей .....	98
2.4. Физиология кожных покровов .....	100
2.5. Психология кожи .....	105
<b>Глава 3.</b> Характеристика дерматологического контингента детей и факторов риска возникновения психических и кожных нарушений .....	108
3.1. Клинико-патогенетические особенности дерматологической патологии у детей .....	109
3.2. Представленность факторов риска возникновения психических нарушений в общей группе больных с дерматологической патологией .....	114
3.3. Факторы риска возникновения психических нарушений и степень выраженности дерматологической патологии .....	122
3.4. Факторы риска возникновения психических нарушений и длительность существования дерматологической патологии .....	129
<b>Глава 4.</b> Клинико-психопатологическая характеристика дерматологического контингента детей .....	134
<b>Глава 5.</b> Особенности нейрофизиологических нарушений у детей с кожными заболеваниями .....	157

<b>Глава 6.</b> Клинико-патогенетическая и клинико-психопатологическая характеристика детей с различными видами кожной патологии .....	166
6.1. Кожные аллергические проявления .....	166
6.2. Зуд кожи .....	183
6.3. Крапивница .....	189
6.4. Атопический дерматит .....	195
6.5. Псориаз .....	213
6.6. Склеродермия .....	221
6.7. Гнездная алопеция .....	226
6.8. Сравнительный анализ показателей с учетом нозологии дерматологических нарушений у детей .....	240
<b>Глава 7.</b> Лечение детей с дерматологическими проявлениями соматизации психических нарушений .....	259
7.1. Причины недовыявления, неадекватного лечения и принципы терапии соматизированных психических нарушений .....	259
7.2. Психофармакотерапия соматизированных аффективных (психодерматологических) нарушений у детей .....	265
7.2.1. Лекарственные средства растительного происхождения .....	273
7.2.1.1. С антидепрессивным характером действия ....	273
7.2.1.2. Со стимулирующим и тонизирующим действием .....	294
7.2.1.3. Оказывающие противотревожное, седативное действие .....	313
7.2.2. Синтезированные психотропные препараты .....	366
7.2.2.1. Антидепрессанты .....	366
7.2.2.2. Транквилизаторы .....	369
7.2.2.3. Нейролептики .....	374
7.2.2.4. Препараты нейрометаболического действия ....	376
7.2.3. Дифференцированная психофармакотерапия соматизированных психических (психосоматических) расстройств .....	378
7.2.4. Психофармакотерапия с учетом локализации соматизированных психических расстройств .....	383

7.2.5. Особенности терапевтической динамики соматизированных психических (психосоматических) расстройств в детском возрасте .....	397
7.3. Профилактика соматизированных психических расстройств у детей .....	401
<b>Заключение</b> .....	405
<b>Список литературы</b> .....	410



## ГЛАВА 3.

## ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОГО КОНТИНГЕНТА ДЕТЕЙ И ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ И КОЖНЫХ НАРУШЕНИЙ

Исследования дерматологических нарушений у детей проводились и проводятся с обязательным изучением факторов, играющих ту или иную роль в возникновении и течении заболевания, а также выздоровлении больных.

Вопросы пато- и сааногенеза чаще решаются на биологической основе с привлечением методических подходов, основанных на анализе особенностей онтогенеза и дизонтогенетических механизмах формирования кожной патологии.

Роль психологического воздействия соматологами, и дерматологами в том числе, чаще сводится к нозогенному, связанному с соматическим заболеванием, характеру воздействия, провоцирующему возникновение и рецидив различных соматических, и дерматологических в частности, нарушений, а также ухудшающих качество жизни больных. Несомненно, эта точка зрения имеет право на существование, но вместе с тем чаще в основе тех или иных соматических (функциональных) нарушений лежит неблагоприятное психологическое воздействие. Кроме того, экзогенные и эндогенные биологические факторы могут вызывать различные эмоциональные нарушения с различным соматическим (нередко дерматологическим) оформлением, которое в дальнейшем, так же как при психогенном воздействии, приобретает нозологическую самостоятельность за счет фиксации функциональных нарушений.

Фиксация на биологической стороне вопроса с игнорированием или почти игнорированием психологической, пожалуй, наиболее заметна в дерматологии, где разработка аллергической основы дерматозов приняла глобальные, подавляющие другие научно-практические подходы, правда, принося определенные практические особенно быстро достижимые результаты, размеры.

Вместе с тем излишняя биологизация такого рода наряду с психологической составляющей отодвинула на задний план церебрально-органический аспект проблемы, хотя на ранних возрастных этапах (первых месяцах жизни) возникновение дерматозов связано с нарушением деятельности головного мозга, обусловленной патологией беременности, родов и новорожденного. Раннее появление дерматоаллергологических расстройств отмечается многими дерматологами без соответствующей оценки роли экзогенно-церебральных нарушений в генезе патологии кожных покровов.

Резидуально-органическая недостаточность центральной нервной системы (ЦНС) в определенной степени влияет на возникновение и обострение дерматоаллергологических расстройств и на более поздних этапах развития индивида. В одних случаях в качестве органически неполноценной почвы, способствующей патологическому воздействию стрессов (фактор условия), в других – как этиологический фактор, усиленный дополнительным воздействием любого соматического, особенно влияющего на ЦНС, заболевания, а также метеовоздействием.

Генетический аспект проблемы обычно рассматривается дерматологами в плане наследования кожной патологии с возможностью возникновения поражения кожных покровов при воздействии различных внешних повреждающих нервную систему факторов, тогда как наследуемые особенности психики – темперамент, обычно не учитываются.

Вместе с тем представляется важным изучение психической патологии, но более всего конституциональных особенностей родственников 1–2 степени родства – личностных отклонений у родителей и прародителей, их эмоционального реагирования и наиболее общих приспособительных реакций при взаимодействии с окружающим – темперамента.

Психологический аспект проблемы в большинстве исследований дерматологов и даже психиатров сводится к изучению выраженных или массивных психотравмирующих воздействий с игнорированием мелких и, тем более, эпизодических психических травм. Хотя последние чаще вызывают эмоциональные нарушения с изменением в соматической сфере, оформленным как дерматоаллергологические расстройства.

Для детского возраста такая разработка проблемы дерматологической патологии тем более неприемлема, так как дети отличаются не только кратковременностью и порой интенсивностью эмоционального реагирования, часто достигающего степени аффекта при незначительном психотравмирующем воздействии, но и неадекватностью реагирования, при котором изменения в эмоциональной сфере возможны даже при отсутствии значительных внешних стрессорных воздействий.

### 1.1. Клинико-патогенетические особенности дерматологической патологии у детей

С учетом важности изучения ряда факторов, способствующих возникновению как психической, так и дерматологической патологии, были проанализированы данные изучения 487 детей, страдающих различными дерматологическими и психическими расстройствами, находившихся на обследовании и лечении в детской многопрофильной – Российской детской клинической больнице (главный врач – профессор Ваганов Н.Н.) в 1991–2006 годах.



Основанием для наблюдения дерматологом этих больных были изменения цвета и чувствительности (обычно повышение) кожных покровов, изменения температуры кожи, кожный зуд, различные высыпания на коже с зудом или без зуда, повреждения эпидермиса, диффузные изменения соединительной ткани и выпадение волос.

Проявления кожной патологии расценивались направляющими учреждениями как кожный зуд, аллергические реакции, крапивница, физическая крапивница, отек Квинке, пигментная крапивница, экзема, нейродермит, атопический дерматит, аллергический дерматит, почесуха, дерматомиозит, склеродермия, красная волчанка, псориаз, витилиго, ихтиоз, гнездная алопеция, диффузная алопеция и др.

Дерматоаллергологическая патология с учетом клинического диагноза была представлена следующим образом: аллергические реакции – 88 (18,1%) больных, крапивница – 18 (3,71%), экзема – 4 (0,8%), нейродермит – 4 (0,8%), атопический дерматит – 174 (35,7%), гнездная алопеция – 143 (29,4%) – очаговая – 81 (16,6%), субтотальная – 11 (2,5%), тотальная – 46 (9,2%), универсальная – 0 (1%), кожный зуд – 17 (3,5%), псориаз – 25 (5,1%), склеродермия – 16 (3,3%), красная волчанка – 4 (0,8%), ихтиоз – 2 (0,4%), витилиго – 2 (0,4%), почесуха – 2 (0,4%) и другие кожные заболевания. У некоторых больных отмечалось два и даже три вида кожной патологии.

Нарушения функционирования кожных покровов отмечаются у детей, особенно на первом году жизни, очень часто, но если изменения терморегуляции и сыпь привлекают пристальное внимание врачей, чаще в связи с подозрением на инфекционное заболевание, то изменения потоотделения, возможность отрицательного запечатления (импринтинга) и реагирование на неблагоприятный психологический климат, связанный с психическим состоянием, чаще личностными особенностями матери, практически не учитываются.

Основная причина недоучета функциональных изменений кожи заключается в игнорировании ее роли в оформлении эмоций, формировании на основе тактильной чувствительности сложных приспособительных реакций, нередко отрицательных, а также становление сексуального чувства. В определенной степени этому способствует стремление дерматологов не выходить за рамки своей специальности, а то, что кожа – “зеркало души”, т.е. отражает основные психические процессы и тем более их нарушения, многие просто игнорируют.

Причиной этого является не только отсутствие явных клинических проявлений со стороны кожи на ранних возрастных этапах, в том числе и зуда, но и нередко нестойкий характер этих нарушений, с частой редукцией кожных проявлений эмоционального реагирования или наоборот неадекватная выраженность отставленной дерматоаллергологической патологии (отек Квинке, экзема) при “слабом” негативном внешнем психологическом воздействии, вскоре после периода новорожденности.

Особенностью дерматологической патологии, обусловленной психическими нарушениями, является как проявление нарушенного функционирования центральной нервной системы и эмоциональной (аффективной) сферы в частности, так и сочетание дерматологических расстройств не только с психическими расстройствами, но и с функциональными нарушениями в других органах и системах, нередко представленными в большей степени и выходящими на первый план, и потому рассматриваемые дерматологами, как причина кожной патологии. На первом году жизни это в большей степени связано с функциональными нарушениями пищеварительного тракта, связанными с психическими (эмоциональными) расстройствами, расцениваемыми как дисбактериологические или инфекционные, которые обычно рассматривались как основа аллергических реакций с соответствующими рекомендациями исключения грудного вскармливания и назначением противовоспалительных препаратов.

**Соматический статус** этих больных наряду с патологией кожных покровов в большинстве случаев имеет некоторые отклонения от нормы. У почти половины – 249 (49,6%) детей отмечается диспластичное телосложение, у незначительного числа – 19 (3,8%) – астеническое. Выраженные уродства крайне редки – у одного (0,2%) больного. Физическое развитие большинства больных соответствует возрасту и лишь у 34 (6,8%) ускоренное, а у 17 (3,4%) – задержанное. Изменение массы тела выявляется у 283 (56,4%) детей, у 239 (47,6%) с преобладанием снижения, а у 44 (8,8%) – повышения. Отклонения в половом созревании отмечаются редко – у 16 (3,2%) больных: задержанное – у 10 (2%), ускоренное – у 6 (1,2%) больных.

У всех детей отмечаются изменения по различным органам и системам, в подавляющем большинстве наблюдений функционального характера, у 358 (71,5%) больных незначительные и у 129 (26,5%) – выраженные. При этом заболевания органов чувств встречаются редко: снижение зрения у 20 (4%), а слуха – у 5 (1%) больных.

**Неврологический статус:** у незначительного большинства – 259 (62,6%) детей устанавливается диспластичность черепа, а у 50 (10%) из них череп гидрцефальный. Изменения центральной нервной системы выявляются у многих больных: незначительные (минимальная дисфункция мозга) у 89,3% обследованных, и более выраженные – с явлениями атрофии различных отделов головного мозга у единичных – 1%. 39,7% больных предъявляют жалобы на головные боли, у некоторых (1,9%) больных отмечаются другие неврологические нарушения – гемипарез, оральные автоматизмы, детский церебральный паралич, центральный паралич и гиперкинезы. У всех больных устанавливаются вегетативно-сосудистые нарушения, в подавляющем большинстве (95,4%) наблюдений незначительные, в 4,3% выраженные и в 0,3% наблюдений – пароксизмальные.

Параклиническая характеристика контингента обследованных была следующей.



Фиброэзофагогастроуденоскопия (ФЭГДС) выявляет у подавляющего большинства (92,7%) обследованных различную патологию – антрумгастрит, бульбит, дуоденит (36,3%), гастродуоденит (17,7%), гастрит (9,7%), антрумгастрит (7,3%), язвенную болезнь (4%), бульбит (2,4%) и др.

Ректороманоскопия (РРС) устанавливает у большинства (61,9%) обследованных детей проктосигмоидит; у 7,1% синдром раздражения толстой кишки и у 2,4% фиброколоноскопия (ФКС) – колит.

По данным ультразвукового исследования (УЗИ), у большинства больных отмечаются, в основном функциональные, изменения со стороны желудочно-кишечного тракта – дискинезия желчевыводящих путей (14,8%), реактивный панкреатит (9,2%), обменная нефропатия (3,5%), сочетание панкреатита и ДЖВП (21,1%), панкреатита, ДЖВП и нефропатии (28,2%) и др.

Электрокардиографически (ЭКГ) у подавляющего большинства (90,1%) обследованных отмечаются функциональные нарушения, у 0,7% органические и у остальных патологии не выявляются. Эхокардиография (ЭХО-КГ) выявляет функциональные нарушения у 89,7% обследованных.

Дыхательные пробы позволяют констатировать нарушения вентиляции по обструктивному типу у 28,1% обследованных, по смешанному типу у 18,7%, гиперреактивность бронхов у 9,4%, нарушения вентиляционной функции легких по реактивному типу у 3,4%, умеренные рестриктивные нарушения у 3,4%.

Эхоэнцефалоскопия (ЭХО-ЭГ) у 3,6% обследованных детей выявляет расширение боковых желудочков, усиленную пульсацию III желудочка и боковых желудочков, большое количество дополнительных эхо-сигналов. Выявленные изменения свидетельствуют об умеренных признаках внутричерепной гипертензии. У 32,7% изменения незначительные, а у остальных без особенностей.

Реоэнцефалография (РЭГ) устанавливает почти у всех обследованных больных асимметрию кровотока с изменением (повышением или понижением, а часто сочетанным) кровенаполнения и тонуса сосудов среднего и мелкого калибра бассейна сонных и позвоночных артерий, а также затруднением венозного оттока. Только у 1,4% обследованных изменений не отмечалось.

Компьютерная томография (КТ) выявляет у 14,3% обследованных выраженные изменения головного мозга, не соответствующие клиническим проявлениям, у 4,8% явления гидроцефалии, арахноидальные кисты, атрофию обеих долей мозга и незначительные изменения. У 57,1% больных патологии не выявлено.

Рентгенограмма черепа установила явления гидроцефалии у 31,6% обследованных, позвоночника – патологию шейного отдела у 26,3%, остеодисплазию у 5,3% обследованных, поясничного отдела – спина бифида у 12,5%, изменение грудной клетки у 25% обследованных.

Электромиографически (ЭМГ) у большинства (61,6%) обследованных выявляются нарушения надсегментарных влияний, у 15,4% больных отмечаются явления дегенерации, у 7,7% имеются указания на сочетанные нарушения над-

сегментарных влияний и дегенеративные изменения в некоторых отделах периферической нервной системы, тогда как у 15,4% обследованных патологии не выявляется.

По данным кардиоинтервалографии (КИГ), у 88,4% больных выявляются нарушения гомеостаза. У 68,3% детей отмечается преобладание тонуса (выраженное – у 37,8%) парасимпатического отдела вегетативной нервной системы (нормальная реактивность у 4,4% больных, симпатическая – у 21,3%, гиперсимпатическая – у 36,6%, асимпатическая реактивность – у 6% больных). У 20,1% детей гомеостаз нарушен за счет преобладания тонуса (выраженное – у 5,2%) симпатического отдела (нормальная реактивность у 2,4% больных, симпатическая – у 8,5%, гиперсимпатическая – у 6,8%, асимпатическая реактивность – у 2,4%). Нормальный гомеостаз у 11,6% больных сочетается с нормальной реактивностью у 1,6%, симпатической – у 3,6%, гиперсимпатической – у 4% и асимпатической реактивностью – у 2,6% больных. Преобладание тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы свидетельствует о наличии относительно длительно существующих депрессивных расстройств, а асимпатическая вегетативная реактивность – о срыве адаптационных механизмов регуляции.

Следует подчеркнуть, что нормальный гомеостаз с нормальной вегетативной реактивностью с помощью кардиоинтервалографии устанавливается только у 1,6% больных.

Лишь у незначительного числа – 7 (1,4%) детей дерматологические нарушения, обусловленные психическими, определяют клиническую картину соматической патологии, т.е. с учетом только поражения соматической сферы могут быть расценены как моносистемные. Как определяющая дерматологическая патология чаще (1,2%) выступает гнездная алопеция, реже (0,2%) – атипичский дерматит. У остальных (98,6%) больных кожная патология сочетается с нарушениями в других соматических органах и системах (от 2 до 8), то есть выступает в структуре полисистемного психосоматического расстройства и в большинстве 340 (69,8%) наблюдений является ведущей, а в 147 (30,2%) – сопутствующей.

Наиболее частым является сочетание нарушений функций кожной системы с нарушениями в пищеварительной системе (у 82,1% больных), представленными в 35,2% дискинезией желчевыводящих путей, в 15,9% хроническим гастродуоденитом, в 6,8% реактивным панкреатитом, в 5,9% гастродуоденитом, в 3,7% гастритом и в меньшей степени другими нарушениями, несколько реже сочетание с алгическими (у 51,7% больных), преимущественно (42,8%) цефалгическими проявлениями и расстройствами выделительной системы (у 51,5% больного), преимущественно обменной нефропатией (44,4%).

При этом гастроэнтерологические расстройства являются ведущими, т.е. более выраженными, у 13,8% больных, алгические проявления – у 5,1%, а выделительные нарушения – у 0,6% больных.



Сочетание с функциональными нарушениями в других системах менее частое. Так, патология сердечно-сосудистой системы отмечается у 22,6% дерматологических больных, эндокринной – у 20,3%, респираторной – у 13,8%, двигательной – у 12,9%, температурные нарушения – у 7,4% и нарушения речи – у 5,5% больных. Кроме того, ведущие дерматологические расстройства у 10,3% больных сочетались с другими кожными нарушениями.

Патология двигательной сферы является ведущей у 5,2% больных, эндокринной – у 2,7%, респираторной – у 3,4%, терморегуляторные расстройства – у 1,9%, тогда как сердечно-сосудистые нарушения выступают только как сопутствующие дерматологическим.

Полиморфизм клинических проявлений у детей с дерматологическими расстройствами в определенной степени свидетельствует об общности патогенеза, т.е. психогенезе большинства функциональных нарушений у этих больных.

Выраженность дерматологических расстройств и сочетание их со значительными нарушениями в пищеварительной и респираторной системах позволили расценить их у 21,4% обследуемых с определяющими и ведущими кожными нарушениями как психосоматические заболевания, у 58,1% обследуемого с определяющими, ведущими и сопутствующими нарушениями как психосоматические состояния и у 20,5% обследуемых с ведущими и сопутствующими кожными нарушениями как психосоматические реакции.

### 3.2. Представленность факторов риска возникновения психических нарушений в общей группе больных с дерматологической патологией

Среди дерматологических больных, как и в большинстве случаев психосоматических расстройств, дети мужского пола (224) представлены несколько в меньшей степени, чем женского (263). Соотношение больных по полу – 1:1,17.

Возраст больных от 1 до 17 лет. Из них раннего детского (1–4 года) возраста – 62 (12,7%) ребенка, дошкольного (5–6 лет) – 51 (10,5%), младшего школьного (7–9 лет) – 84 (17,3%), предпубертативного (10–11 лет) – 89 (18,3%), младшего подросткового (12–13 лет) – 95 (19,5%), среднего подросткового (14–15 лет) – 85 (17,4%) и старшего подросткового (16–17 лет) возраста – 21 (4,3%) ребенок. Средний возраст больных –  $9,9 \pm 0,4$  года. Большинство (369) больных составляли учащиеся.

В исследованном клиническом контингенте начало заболевания на первом году жизни установлено у 188 (38,6%) детей. На первом месяце начальные проявления кожных расстройств отмечены у 12,5% больных, на втором – у 5,8%, на третьем – у 7%, на четвертом – у 3,1%, на пятом – у 1%, на шестом – у 6%, на седьмом – у 1%, на восьмом – у 1,6%, на девятом–десятом месяцах – у 0,6% больных.

В период с 1 года до 5 лет заболел 131 (26,9%) ребенок (с 1 года до 2 лет – 10,3%, с 2 до 3 – 5,5%, с 3 до 4 – 6,8%, с 4 до 5 – 4,3%), с 5 до 10 лет – 95 (19,5%) детей (с 5 до 6 лет – 5,3%, с 6 до 7 – 3,9%, с 7 до 8 – 4,5%, с 8 до 9 – 2,78%, с 9 до 10 – 3,1%), с 10 до 15 лет – 72 (14,8%) ребенка (с 10 до 11 лет – 5,1%, с 11 до 12 – 3,3%, с 12 до 13 – 2,1%, с 13 до 14 – 2,7% с 14 до 15 лет – 1,6%) и с 15 лет – 1 (0,2%) ребенок. Средний возраст начала дерматоаллергологических расстройств –  $3,8 \pm 0,4$  года.

Длительность заболевания до года – у 28 (5,8%) детей, от одного года до 5 лет – у 190 (39%), от 5 до 10 лет – у 155 (31,8%) и свыше 10 лет – у 114 (23,4%) детей. Средняя длительность расстройств –  $6,2 \pm 0,4$  года. Длительность обострения кожных нарушений –  $1,9 \pm 0,2$  года. Данные по общей группе больных с дерматоаллергологическими расстройствами представлены в таблицах 2–6.

Генетические факторы риска возникновения психических и связанных с ними дерматологических расстройств в исследуемом контингенте больных представлены следующим образом. Наиболее часто отмечается патологические особенности личности у (467/95,9%) больных, чаще в виде акцентуированных черт характера по *лабильно-истероидному* (29%) типу, при котором проявления эмоциональной лабильности сочетаются с демонстративностью, манерностью, эгоцентризмом. Ситуационно провоцирующими декомпенсацию у этих детей и особенно подростков являются недостаточность внимания со стороны окружающей, игнорирование их достижений и роли в жизни. *Эмоционально лабильный* тип акцентуации – это дети с крайне изменчивым настроением, оно меняется слишком часто и круто, по малейшему поводу, подростки часто имеют достаточно устойчивые негативные эмоции – расстройства настроения, расцениваемые как депрессии, выявляются несколько реже (23,4%). Психологическая слабость этих детей заключается в отвержении со стороны эмоционально привлекательных лиц, разлука с близкими, утрата их или значимых для них объектов. У 15,8% больных с дерматологическими расстройствами отмечается *истероидный тип* акцентуации черт характера – этих детей и подростков характеризует эгоцентризм, жажда внимания, восхищения и сочувствия, у них, как правило, возника-

Таблица 2

#### Половозрастные и временные показатели в общей группе детей с дерматологическими расстройствами

Дерматологические нарушения. Общая группа 487 больных	
Пол	
мужской	224
женский	263
соотношение муж./жен.	1:1,17
средний возраст больных	$9,9 \pm 0,4$
средний возраст начала заболевания	$3,8 \pm 0,4$
средняя длительность расстройств	$6,2 \pm 0,4$



ют негативные реакции при отсутствии излишне доброжелательного отношения, вместе с тем их отличает безразличие и равнодушие к окружающим, внушаемость, выраженность эмоциональных реакций, демонстративность, склонность к драматизации, лживости, фантазированию при отсутствии глубоких искренних чувств, частая условная желательность отрицательных событий и болезни с целью привлечь к себе внимание и извлечь какую-то пользу. "Слабое звено" у детей с истерической акцентуацией – недостаточность внимания со стороны значимых в плане получения эмоциональных и материальных выгод лиц. У 14,4% больных устанавливается *тревожно-замкнутый тип* акцентуации. Эти дети легко ранимы, излишне эмоционально реагируют на любое событие, которое порой их даже не касается, тревожатся по пустякам, нередко вспоминают негативные события, произошедшие относительно давно, склонны к удержанию и неоднократному "прокручиванию" отрицательных эмоций, рассуждениям на неприятные для них темы. Подростки, при повышенной ранимости, обычно помнят многие "несчастные" случаи, произошедшие с ними, окружающими и даже посторонними людьми, "проигрывают" отдельные события, как правило, с негативным концом, пугая себя, накапливая отрицательный потенциал, вследствие чего могут дать выраженную отрицательную реакцию на незначительные события. Излишнее внимание со стороны посторонних, вовлечение в мероприятия, требующие ответственного подхода, недооценка своих возможностей в выполнении заданий и адаптации в новых условиях способствуют становлению и пролонгированию негативных эмоций и определяют декомпенсацию индивидуумов. *Сенситивный тип* относительно редок (6,4%). Дети старательные, робкие, застенчивые, пугливые, боязливые, замкнутые, избегающие новых контактов, боящиеся проверок, экзаменов. Подростки излишне впечатлительные с выраженным чувством собственной недостаточности, неуверенности в своих силах. Слабое место такой личности – отношение к ним окружающих, непереносимость насмешек, ударом является недоброжелательность, насмешки окружающих, подозрение в неблагоприятных поступках. *Астено-невротический тип* устанавливается у 1,6% больных. Дети повышено утомляемы, истощаемы, капризны, недовольны, раздражительны по малейшему поводу и без повода, склонны к ипохондрическим переживаниям, быстро истощаются в общении, стараются уединиться. Подростки часто депрессивны, малопродуктивны из-за утомляемости, излишне переживают за свое здоровье. Дети и подростки декомпенсируются при любом внимании со стороны окружающих, при этом у них возникают сомнения в своей состоятельности как физической, так и интеллектуальной. Также редок (1,4%) *эпилептоидный тип* акцентуации. Некоторая обстоятельность, фиксированность на мелочах, при снижении способности общей оценки происходящего, склонность к ретенции негативных проявлений аффекта, медлительность, стремление к самоутверждению характеризуют этих детей и подростков. Ухудшение состояния происходит при кон-

фликтах по поводу ущемления интересов, при возможности проявить деспотическую власть над другими, либо под действием алкоголя. Слабым местом эпилептоидной акцентуации является также непереносимость неподчинения себе и материальных утрат, неспособность ограничить свое властолюбие, ревность. *Психастенический тип* акцентуации черт характера определяется у меньшего (1%) числа больных. Робкие, пугливые дети, склонны к рассуждательству и преждевременным интеллектуальным интересам, ранним навязчивостям. Подростки нерешительные, тревожно-мнительные, любят заниматься самоанализом, у них легко возникают obsessions, педантичные, формальные, они боятся будущего и часто совершают защитные действия. Ситуационно провоцирующей является для них внезапная смена событий, изменение обстановки, отношение людей, осуществляющих их защиту, предъявление высоких требований к чувству ответственности.

В подавляющем большинстве наблюдений (68,7%) выявленные особенности формирующейся личности отмечались у больных с преобладающими сангвиническими проявлениями темперамента. Это живые, подвижные дети и подростки, быстро отзывающиеся на происходящие события, внешне сравнительно легко переживающие неприятности и неудачи, но нередко склонные к усилению или ретенции эмоций, особенно в случаях ограничения *их свободы*, что всегда отвечает при гиперопеке. В значительно меньшем числе наблюдений (30,9%) патологические черты характера формировались у детей с преобладающими холерическими чертами темперамента, которые отличаются излишней активностью, порывистостью, стремлением к деятельности с отдачей делу в полной мере, но неуравновешенных, склонных к бурным эмоциональным реакциям, особенно при ограничении *их самостоятельности* или активности в выполнении задуманного. И крайне редко (0,4%) у лиц с особенностями характера устанавливался темперамент с флегматическими чертами, – медлительных, невозмутимых, задумчивых, с устойчивыми стремлениями и более или менее постоянным настроением, не всегда удовлетворительным, со слабым внешним выражением душевных состояний, отрицательно реагирующих на попытки изменить характер или ускорить их деятельность, то есть *ограничить время* работы.

Патологические особенности личности устанавливались у 326 (66,9%) матерей с преобладанием тревожно-мнительных (42,2%), существенно реже аффективно возбудимых (7,2%), эпилептоидных (6,4%), истероидных (4,6%) и эмоционально лабильных (4,6%) черт и у 206 (42,3%) отцов, более часто (18,1%) аффективно возбудимых, тревожно-мнительных (5,6%), эпилептоидных (4,6%) и шизоидных (3,4%).

Соответственно у родителей чаще преобладал сангвинический темперамент с тревожной заботливостью, излишней опекой детей и холерический со стремлением преодолеть нередко создаваемые ими придуманные трудности и попытками реализовать свои мечты в детях. Следует отметить высокий образователь-