

ID: 2015-05-1212-A-4517

Оригинальная статья

Литовченко М.О., Филиппова Н.В., Барыльник Ю.Б.

Психологические особенности детей с вегетативно-сосудистой дистонией*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии***Резюме**

Вегетативно-сосудистая дистония до настоящего времени остается одной из ведущих медицинских проблем во всем мире. Это заболевание многими авторами относится к области психосоматической медицины. Это делает актуальным изучение психологических особенностей пациентов с ВСД в различные возрастные периоды. Целью данного исследования стало изучение психологических особенностей подростков в возрасте 14-16 лет с установленным диагнозом «Вегетососудистая дистония». В качестве методов исследования были использованы методики «Уровень тревожности ребенка», «Определение способов регулирования конфликтов», «Шкала самоуважения», опросник самооотношения и тест «Рисунок человека». Анализ полученных результатов показал, что у девочек ВСД встречается намного чаще, чем у мальчиков. Это связано с тем, что девочки зачастую значительно эмоциональнее, чем мальчики, которые чаще скрывают свои эмоции. И чем старше становится ребенок, тем сильнее проявляются симптомы заболевания. Полученные данные позволяют говорить о том, что наиболее яркая картина заболевания проявляется в возрасте 15-16 лет. В большинстве случаев по завершении пубертатного периода симптомы вегетососудистой дистонии купируются. Детям, у которых сохраняются болезненные проявления, необходимо наблюдение врача и проведение поддерживающей терапии.

Ключевые слова: вегетативно-сосудистая дистония, психологические особенности, дети, подростки**Введение**

Вегетативные нарушения являются одной из актуальнейших проблем современной науки, что прежде всего обусловлено их значительной распространенностью. По данным эпидемиологических исследований, 80 % детей страдают теми или иными нарушениями, клинически проявляющимися в виде вегетативной дисфункции.

Кроме того, вегетативная нервная система (ВНС) принимает активное участие в процессах адаптации и патогенезе большинства соматических заболеваний, по этой причине оценка ее состояния играет важную роль в комплексной терапии практически любой соматической патологии ребенка.

Изучение психологических особенностей поведения детей с вегето-сосудистым синдромом позволит специалистам выявлять начальные этапы заболевания и тем самым совершенствовать меры профилактики вегето-сосудистой дистонии (ВСД) у детей, т.к. наряду с медикаментозной терапией при лечении вегетативно-сосудистого синдрома широко применяется психотерапия, целью которой является устранение патологической симптоматики. Методы психотерапии могут быть различными (внушение, гипноз, убеждение, использование групповых занятий), а вегетативные расстройства практически всегда возникают как реакция человеческого организма на стресс.

Профилактика и лечение вегетативной дисфункции должны начинаться в детстве. Ошибочно мнение, что вегетативная дисфункция является состоянием, отражающим особенности растущего организма, которое со временем самостоятельно проходит. Возникшая в детском или подростковом возрасте вегетативная дисфункция является неблагоприятным фоном и предвестником многих заболеваний.

Анализ научно-методической литературы и исследований последних лет свидетельствует о том, что в настоящее время активизируется работа по данной проблеме; она освещается в сериях научно-популярных изданий, в психодиагностической, педагогической и методической периодике [1-7].

Серьезное внимание к этой проблеме не случайно, так как вегетативная дистония у детей развивается под действием различных факторов, таких как: эмоциональные стрессы, гормональная перестройка организма (половое созревание), смена климатических зон, физические или умственные перегрузки, обострение неврологических, эндокринных, соматических заболеваний, невротические расстройства, наследственная предрасположенность.

Цель: определение психологических особенностей подростков в возрасте 14-16 лет с установленным диагнозом «Вегето-сосудистая дистония», находившихся на стационарном лечении в детском отделении МУЗ «Городская клиническая больница №3 им. С.Р. Миротворцева» г. Саратова.

Материал и методы

Было обследовано 50 подростков в возрасте от 14 до 16 лет. Девочки составили 58 % обследованной популяции (29 чел.), мальчики – 42 % (21 чел.).

Был проведен констатирующий эксперимент с целью изучения психологических особенностей поведения детей с ВСД. Для установления доверительных отношений диагностическое исследование проводилось непосредственно с каждым испытуемым индивидуально. Диагностика одного испытуемого в среднем занимает 2,5-3 часа (по 25-30 минут в день).

При проведении данного исследования были использованы следующие методики:

1. Методика «Уровень тревожности ребенка» (Лаврентьева Г.П., Титаренко Т.М, 1992) [8];
2. «Определение способов регулирования конфликтов» (тест Томаса К.) [9];
3. Методика «Шкала самоуважения» (Розенберг М., 1972) для изучения самоуважения и защитных механизмов [10];
4. Опросник самооотношения (Столин В.В., Пантелеев С.Р., 1988) [11];
5. Тест «Рисунок человека» (Маховер К., Гудинаф Ф.) [12].

Результаты

Возрастная группа 14 лет

Из всех обследованных в рамках данного исследования пациентов к возрастной группе 14 лет относились 15 подростков, из которых 73,3 % (11 чел.) - девочки и 26,7 % (4 чел.) - мальчики.

При исследовании уровня тревожности по методике Лаврентьевой Г.П., Титаренко Т.М. (1992), в группе пациентов 14-летнего возраста было обнаружено, что преобладающее большинство девочек демонстрировали средний и низкий уровень тревожности. Результат тестирования у девочек 7-14 баллов был зарегистрирован у 45,5 % обследованных (5 чел.), 1-6 баллов – у 54,5 % (6 чел.). Среди мальчиков данного возраста у 50 % опрошенных (2 чел.) уровень тревожности находился в пределах 1-6 баллов, по 1 подростку (25 %) – 7-14 баллов и 15-20 баллов. Высокий уровень тревожности отражает психологическое неблагополучие ребенка, низкий уровень его адаптированности к окружающему.

При определении способов регулирования конфликтов по тесту К. Томаса было обнаружено, что к сотрудничеству склонны 18,2 % обследованных девочек и 25 % мальчиков, к компромиссу – 36,4 % девочек и 25 % мальчиков. Решение конфликтных ситуаций по принципу избегания предпочитают 36,4 % девочек-подростков в возрасте 14 лет (мальчиков в данной подгруппе не было), и приспособления – 9 % девочек и 50 % мальчиков.

При оценке по шкале самоуважения М. Розенберга были получены следующие результаты. Преобладающее большинство подростков продемонстрировали средний уровень по данной шкале (23-34 балла) – 72,7 % девочек и 50 % мальчиков. Низкие показатели (18-22 балла) были зафиксированы лишь 25 % мальчиков, в то время как высокие (35-40 баллов) – у 27,3 % девочек и 25 % мальчиков.

Анализ результатов опросника самооотношения в группе подростков 14-ти лет по «Интегральной шкале (S)» явно выраженные (ЯВ) показатели были констатированы у девочек и мальчиков практически в равных соотношениях (72,7 % и 75 % соответственно), выраженные (В) – у 9,1 % девочек и 25 % мальчиков, не выраженные (НВ) – лишь у 18,1 % девочек. По шкале I «Самоуважение» процентные соотношения в выделенных половых группах имели более значимые различия: ЯВ и НВ значения признака у девочек отмечались в равных соотношениях (по 36,4 %), В – в 27,3 % случаев; среди мальчиков преобладали ЯВ значения (в 50 % наблюдений), В и НВ – по 25 %. Шкала II «Аутосимпатия» у девочек продемонстрировала наиболее частое выраженное значение признака (63,6 %), ЯВ – 27,3 % и НВ – 9,1 %; у мальчиков – по 50 % ЯВ и В. По шкале III «Ожидание отношения от других» получены практически равные значения (у девочек В – 45,5 % и НВ – 54,5 %; у мальчиков – В и НВ по 50 %). Шкала IV «Самоинтерес» у девочек выявила ЯВ – 54,5 %, В – 36,4 %, НВ – 9,1 %; у мальчиков – ЯВ и В – по 25 %, НВ – 50 %. По шкале 1 «Самоуверенность» среди девочек обнаружены равные соотношения в подгруппах ЯВ и В (по 27,3 %) и В – 45,4 %; у мальчиков – по 50 % в подгруппах В и НВ. Шкала 2 «Отношение других» у девочек – ЯВ – 64 %, НВ – 36 %; у мальчиков – В – 25 %, НВ – 75 %. По шкале 3 «Самопринятие» результаты группы девочек: ЯВ – 45,5 %, В – 36,4 %, НВ – 18,2 %, в то время как у мальчиков выраженные значения у 100 % опрошенных. Шкала 4 «Саморуководство» у девочек: ЯВ и В – по 18,2 %, НВ – 63,6 %, у мальчиков: ЯВ и В – по 25 %, НВ – 50 %. По шкале 6 «Самообвинение» у девочек: ЯВ – 27,3 %, В – 18,2 %, НВ – 54,5 %; у мальчиков: В – 100 %. Шкала 6 «Самоинтерес» у девочек: ЯВ – 63,6 %, В – 27,3 %, НВ – 9,1 %; у мальчиков: ЯВ – 50 %, В и НВ – по 25 %. По шкале 7 «Самопонимание» у девочек: ЯВ – 27,3 %, В – 18,1 % и НВ – 54,5 %; у мальчиков: ЯВ – 75 %, НВ – 25 %.

При анализе результатов по тесту «Рисунок человека» (Маховер К., Гудинаф Ф.) соответствие общепринятой норме рисунка наблюдалось лишь у 27,3 % девочек и 25 % мальчиков. Остальные 72,7 % девочек и 75 % мальчиков демонстрировали различные особенности рисунка, такие как обилие штриховки, сильный нажим, а также маленькие размеры изображений, частое «застывание» на мелких, несущественных деталях. У большинства обследованных во время рисования было отмечено серьезное, сдержанное выражение лица, опущенные глаза; подростки сидели на стуле очень аккуратно, стараясь не делать лишних движений, не шуметь, предпочитая не обращать на себя внимание окружающих, что может быть расценено как проявления застенчивости и скромности.

Таким образом, сравнивая данные, полученные при обследовании мальчиков и девочек с установленным диагнозом «Вегетососудистая дистония» в возрасте 14 лет, можно сказать, что результаты по всем 5 использованным методикам различны. По некоторым показателям психологического развития девочки уступают мальчикам, в то время как по другим, напротив, опережают их. В ходе проведения обследования было отмечено, что девочки в данном возрасте более спокойно выполняют тестовые задания, а мальчики чаще нервничают, о чем свидетельствуют их мимические реакции и поведение в целом.

Возрастная группа 15 лет

В обследованную группу в возрасте 15 лет вошли 19 подростков; из них 36,8 % (7 чел.) - девочки и 63,2 % (12 чел.) - мальчики. Полученные результаты представлены в таблицах №6-10.

В данной возрастной группе ни у одного ребенка не было зарегистрировано высокого уровня тревожности. Распределение по среднему и низкому уровню тревожности у мальчиков было абсолютно равным (по 50 %), у девочек – практически равным (42,9 % и 57,1 % соответственно).

Ни у одного из детей в данной возрастной группе не было отмечено желаний регулировать конфликтные ситуации путем сотрудничества, хотя компромиссные решения предпочли 42,9 % девочек и 50 % мальчиков. Соперничество как способ регулирования конфликта выбрали 28,6 % девочек и 25 % мальчиков данного возраста, избегание – 28,6 % девочек и 16,6 % мальчиков, приспособление – лишь 8,3 % мальчиков.

По шкале самоуважения М. Розенберга большинство подростков 15-летнего возраста продемонстрировали средние значения баллов (23-34 балла) – 71,4 % девочек и 50 % мальчиков. Равное количество девочек (14,3 %) продемонстрировали как низкие (18-22 балла), так и высокие (35-40 баллов) показатели по данной шкале. Среди мальчиков значительно больше подростков имели высокие баллы – 41,7 %, низкие же – только 8,3 %.

В возрастной группе 15-летних подростков при анализе результатов опросника самооотношения В.В. Столина, С.Р. Пантелеева получены следующие данные. По «Интегральной шкале (S)» у девочек ЯВ и В – по 43 %, НВ – 17 %; у мальчиков ЯВ – 33,3 %, В – 25 %, НВ – 42 %. Шкала I «Самоуважение» - у девочек: ЯВ и В – по 29 %, НВ – 43 %; у мальчиков – ЯВ – 25,1 %, В – 16,6 %, НВ – 58,3 %. Шкала II «Аутосимпатия» - у девочек: ЯВ – 38,6 %, В – 14,3 %, НВ – 57,1 %; у мальчиков – ЯВ и НВ – по 42 %, В – 17 %. Шкала III «Ожидаемое отношение от других» у девочек: ЯВ – 29 %, НВ – 71 %; у мальчиков: В – 16,7 %, НВ – 83,3 %. Шкала IV «Самоинтерес» у девочек: В – 28,8 %, НВ – 71,2 %, у мальчиков: ЯВ – 33,3 %, В – 16,7 %, НВ – 50 %. Шкала 1 «Самоуверенность» у девочек: ЯВ и В – по 29 %, НВ – 43 %, у мальчиков: ЯВ – 8,3 %, В – 33,3 %, НВ – 58,3 %. Шкала 2 «Отношение других» у девочек: В – 14 %, НВ – 86 %, у мальчиков – В – 25 %, НВ – 75 %. Шкала 3 «Самопринятие» у девочек: ВЯ – 14,3 %, В – 29 %, НВ – 57,1 %, у мальчиков: ЯВ – 42 %, В – 25 %, НВ – 33,3 %. Шкала 4 «Саморуководство» у девочек: В – 57 %, НВ – 43 %, у мальчиков: ЯВ – 25 %, В – 8,3 %, НВ – 67 %. Шкала 5 «Самообвинение» у девочек: ЯВ и В – по 29 %, НВ – 42 %, у мальчиков – ЯВ – 8,3 %, В – 25 %, НВ – 66,7 %. Шкала 6 «Самоинтерес» у девочек: ЯВ – 86 %, НВ – 14 %, у мальчиков: ЯВ – 33,4 %, НВ – 66,6 %. Шкала 7 «Самопонимание» у девочек: ЯВ – 43 %, В и НВ – по 29 %, у мальчиков: ЯВ – 33,3 %, В – 8,4 %, НВ – 58,3 %.

В «Рисунке человека» норме соответствовали изображения лишь у 28,6 % девочек и 16,7 % мальчиков, что несколько меньше, чем в группе 24-летнего возраста, хотя особенности рисунков были сходными.

При общем анализе данных, полученных по данной возрастной группе, было отмечено, что возрастном периоде 15 лет для девочек крайне важно отношение к ним окружающих; при этом периодически отмечается нежелание чем-либо заниматься, неопределенность в отношении будущего, перемены настроения от малозначительных причин. У мальчиков же в этом возрасте, наоборот, наблюдается появление новых интересов, они задумываются о дальнейшей жизни, хотя периодически демонстрируют агрессивное поведение.

Возрастная группа 16 лет

К данному возрастному периоду было отнесено 16 подростков, из которых 68,75 % (11 чел.) составляли девочки, 31,25 % (5 чел.) - мальчики. В ходе проведения обследования были получены следующие результаты (табл. №11-15).

Уровень тревожности в этой возрастной группе, оцененный по методике Г.П. Лаврентьевой и Т.М. Титаренко, среди девочек имел практически равное процентное распределение (54,5 % - от 7 до 14 баллов и 45,5 % - от 1 до 6 баллов). У мальчиков преобладал низкий уровень тревожности – у 80 % опрошенных, средний – у 20 %. Как и в группе 15 лет ни один из подростков не проявил высокого уровня тревожности.

При определении способов регулирования конфликтов среди девочек преобладал выбор в пользу компромисса – у 45,5 % и соперничества – у 36,4 %; приспособление наблюдалось лишь у 18,2 % подростков. У мальчиков преобладало решение конфликтов путем соперничества (40 %); сотрудничество, компромисс и приспособление отмечалось в равных соотношениях (20 %).

Результаты проведения методики самоуважения М. Розенберга в данной возрастной группе продемонстрировали выраженные половые различия. Так, у девочек крайне редко отмечались низкие и высокие показатели (по 9,1 %), довольно редко – значения от 18 до 22 баллов (18,2 %); преобладали результаты в диапазоне 23-34 баллов (63,6 %). У мальчиков было зарегистрировано преобладание высоких и крайне высоких значений (по 40 %); в диапазоне 18-22 баллов находились показатели лишь у 20 % опрошенных.

При проведении обследования по опроснику самооотношения в группе 16 лет были получены следующие результаты. По «Интегральной шкале (S)» у девочек ЯВ – 36,4 %, В – 9,1 %, НВ – 54,5 %; у мальчиков ЯВ – 60 %, НВ – 40 %. Шкала I «Самоуважение» - у девочек: ЯВ – по 9,1 %, В – 27,3 %, НВ – 63,6 %; у мальчиков – ЯВ и НВ – по 40 %, В – 20 %. Шкала II «Аутосимпатия» - у девочек: ЯВ – 27,3 %, В – 9,1 %, НВ – 63,6 %; у мальчиков – ЯВ – 60 %, НВ – 40 %. Шкала III «Ожидаемое отношение от других» у девочек: ЯВ – 9,1 %, В – 27,3 %, НВ – 63,6 %; у мальчиков: В – 40 %, НВ – 60 %. Шкала IV «Самоинтерес» у девочек: ЯВ – 36,4 %, В – 9,1 %, НВ – 54,5 %, у мальчиков: ЯВ и В – по 20 %, НВ – 60 %. Шкала 1 «Самоуверенность» у девочек: ЯВ – 27,3 %, В – 18,2 %, НВ – 54,5 %, у мальчиков: ЯВ – 40 %, НВ – 60 %. Шкала 2 «Отношение других» у девочек: ЯВ – 18,2 %, В – 45,5 %, НВ – 36,4 %, у мальчиков – ЯВ и В – по 20 %, НВ – 60 %. Шкала 3 «Самопринятие» у девочек: ВЯ – 36,4 %, В – 9,1 %, НВ – 54,5 %, у мальчиков: ЯВ – 60 %, В и НВ – по 20 %. Шкала 4 «Саморуководство» у девочек: В – 36 %, НВ – 64 %, у мальчиков: ЯВ и НВ – по 40 %, В – 20 %. Шкала 5 «Самообвинение» у девочек: ЯВ – 54,5 %, В – 9,1 %, НВ – 36,3 %, у мальчиков – ЯВ и НВ – по 40 %, В – 20 %. Шкала 6 «Самоинтерес» у девочек: ЯВ – 45,5 %, В – 18,1 %, НВ – 36,4 %, у мальчиков: ЯВ – 20 %, НВ – 80 %. Шкала 7 «Самопонимание» у девочек: ЯВ – 9,1 %, В – 45,4 %, НВ – 45,5 %, у мальчиков: ЯВ – 20 %, В и НВ – по 40 %.

При анализе теста «Рисунок человека» в 16-летнем возрасте больше девочек выполнили задание в соответствии с нормой (36,4 %), у мальчиков показатели были несколько ниже (20 %), хотя и превышали аналогичные в группе 15 лет.

Сравнивая возрастные группы подростков 14, 15 и 16 лет по результатам выполнения теста самооотношения можно сказать, что по большинству шкал ярко выраженные показатели демонстрируют девочки в возрасте 14 и 15 лет, в то время как у мальчиков наиболее выраженные значения признаков констатируются в 16-летнем возрасте. Это позволяет предположить, что девочки на протяжении данного возрастного периода любопытнее мальчиков, больше интересуются познанием своего собственного «Я», ждут какого-либо отношения со стороны окружающих, хотя и принимают ситуацию как должное; в 14 и 15 лет они крайне самоуверенны, но в 16 лет уровень уверенности снижается. У мальчиков же, напротив, показатели самоуверенности в возрасте 14 лет низкие, однако в возрасте увеличиваются; они понимают окружающих, проявляется самоуважение, принимают ситуации как должное, не обращают внимание на отношение других людей и не любят интересоваться собственным «Я».

В целом результаты проведенного обследования свидетельствуют о том, что у подростков с вегетососудистой дистонией в возрасте 14-16 лет сильно развиты такие качества как неуверенность в себе, ощущение своей несостоятельности, однако они довольно хорошо понимают себя сами и ждут положительного отзыва о себе со стороны окружающих. Кроме того, как у мальчиков, так и у девочек отмечается агрессивное поведение; при этом мальчики стараются сдерживать агрессивные тенденции, а у девочек проявления агрессии к окружающему проявляется в истерических реакциях.

Обсуждение

При вегето-сосудистой дистонии отмечаются разнообразные психические нарушения, связанные с непосредственным и опосредованным влиянием болезни на психику: по различным данным, в 70-100 % случаев заболевания. Преобладание невротических расстройств над психотическими свидетельствует о необходимости пристального внимания к личностным особенностям больных, в то время как в большинстве случаев анализу подвергаются в главном образом психопатологические проявления болезни. При этом используется преимущественно клинический метод. Психодиагностические методы применяются достаточно редко и, как правило, в качестве вспомогательных.

Интерес медицинских психологов сосредоточивается преимущественно в области классических психосоматических заболеваний. Вероятно, именно поэтому психологические исследования больных с ВСД до сих пор столь малочисленны. В последнее время большое внимание уделяется определению качества жизни (это способность индивидуума соответствовать своему положению и получать удовольствие от этого) различных категорий больных. Основными причинами снижения качества жизни являются сердцебиения, перебои в работе сердца, ощущения остановки сердца, общая слабость, быстрая утомляемость, необходимость ограничивать физические усилия, умственную работу, тревога за свое здоровье. Таким образом, соматическое страдание при ВСД тесно переплетается с нарушениями психической сферы.

Многие авторы говорят о высоком уровне личностной и ситуативной тревоги у больных ВСД. Д.Н. Исаев [13] подчеркивает, что существует тесная связь между личностными, психическими отклонениями и изменениями вегетативной регуляции, причем эта связь тем более отчетлива, чем более выражены эти отклонения.

Взаимодействие значимых отношений личности больного с неблагоприятной жизненной ситуацией способствует развитию психологического конфликта. Таким образом, для освещения процессов, происходящих между личностью и средой, следует изучать их взаимовлияние, подвергая анализу как личностные, так и средовые переменные. Необходимо дополнить индивидуально-психологический подход социально-психологическим, а именно: конкретизировать личностный подход анализом социальных ситуаций, в которых личность функционирует. Воспринимая социальную адаптацию через взаимодействие личности и среды, необходимо понимать, что ни личность, ни ситуация не существуют сами по себе, являясь тесно взаимосвязанными и взаимозависимыми. Крайне интересными представляются взаимоотношения между особенностями личности и особыми средовыми ситуациями, имеющими отношение к личностным характеристикам.

Настоящее исследование имеет практическое значение. Такие особенности индивидуального сознания детей с ВСД, как упрощенное восприятие себя и других людей, специфическое понимание сущности личностных качеств, могут служить психотерапевтическими «мишенями». Большое количество защитных механизмов, и прежде всего реакция отрицания, свидетельствует о необходимости специальных разработок по их ослаблению, создания коррекционных программ.

Проявления, характерные для вегетативно-сосудистой дистонии, довольно часто наблюдаются в подростковом возрасте. Это может быть связано с переходом ребенка в более взрослую жизнь; кроме того, данное заболевание может быть сопутствующим при таких заболеваниях, как артриты, бронхиальные астмы и др. Анализ полученных в ходе проведенного исследования результатов показал, что у девочек ВСД встречается намного чаще, чем у мальчиков. Это связано с тем, что девочки зачастую значительно эмоциональнее, чем мальчики, которые чаще скрывают свои эмоции. И чем старше становится ребенок, тем сильнее проявляются симптомы заболевания. Полученные данные позволяют говорить о том, что наиболее яркая картина заболевания проявляется в возрасте 15-16 лет. Многие дети при выполнении методики «Рисунок человека» выражали свое негативное отношение к какому-либо конкретному человеку, проявляя агрессивное поведение. В большинстве случаев по завершении пубертатного периода симптомы вегетососудистой дистонии купируются. Детям, у которых сохраняются болезненные проявления, необходимо наблюдение врача и проведение поддерживающей терапии.

Заключение

Прогноз вегетососудистой дистонии благоприятен, нередко ее проявления навсегда остаются в детстве. Однако без профилактики и лечения ВСД может приводить к стойкому повышению артериального давления, из-за чего изменяется структура

и функции различных внутренних органов; к нарушениям процессов пищеварения и т.д. При наличии симптомов вегетососудистой дистонии необходимо проводить регулярные (обычно сезонные) курсы профилактики обострений, включающие фототерапию, витаминотерапию, массаж, лечебную физкультуру, физиотерапевтические процедуры, санаторно-курортное лечение [14].

Профилактику развития вегетососудистой дистонии необходимо начинать еще в детском возрасте. Нередко высказывается мнение, что ВСД у ребенка является заболеванием, которое даже без лечения проходит с возрастом. Однако доказано, что у большинства взрослых пациентов уже в раннем детстве были те или иные клинические проявления дистонии, которые с течением времени лишь усилились [15].

Для предупреждения развития заболевания необходимо нормализовать режим дня, полноценно отдыхая не менее 8 часов в сутки; правильно, регулярно и разнообразно питаться; отказаться от всех вредных привычек и употребления кофе; вести активный образ жизни, избегать стрессов и нервных перегрузок.

Таким образом, вегетососудистая дистония является заболеванием, которое не создает угрозы для жизни человека, но при этом существенно снижает ее качество. Наличие любых признаков ВСД является поводом для консультации врача. Ведь только своевременное и правильное лечение является гарантией улучшения состояния или полного выздоровления.

Литература

1. Леонович А.Л. Актуальные вопросы невропатологии / А.Л. Леонович. - К.: Медицина, 1999. - 188 с.
2. Васильева А.В. Вегетососудистая дистония: симптомы и эффективное лечение / А.В. Васильева. - СПб.: Невский проспект, 2007. - 160 с.
3. Беленков Ю.Н., Оганова Р.Г. Вегетативная дисфункция сердца. - М.: Гэотар-Медиа., 2008. - С. 158-168.
4. Латфуллин И.А. Нейроциркуляторная дистония: диагноз или синдром? / И.А. Латфуллин // Кардиология. - 2008. - № 4. - С. 59-61.
5. Маколкин В.И. Нейроциркуляторная дистония: миф или реальность? / В.И. Маколкин // Кардиология. - 2008. - № 4. - С. 62-65.
6. Гитун Т.В. Лечение вегетативно-сосудистой дистонии. Новейшие медицинские методики / Т.В. Гитун. - М.: Рипол Классик, 2010. - 64 с.
7. Филиппова Н.В., Барыльник Ю.Б., Литовченко М.О. Вегетативно-сосудистая дистония: современный взгляд на проблему / Н.В. Филиппова, Ю.Б. Барыльник, М.О. Литовченко // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. - 2014. - №9. - С.16-23.
8. Лютова Е.К., Моница Г.Б. Шпаргалка для взрослых: психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми / Е.К. Лютова, Г.Б. Моница. - М.: Генезис, 2000.
9. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика. Справочник практического психолога / И.Г. Малкина-Пых. - «Психосоматика»: Эксмо. - Москва; 2008. - 554 с.
10. Rosenberg M. Self-Esteem Scale // Measures of Social Psychological Attitudes / Ed. Robinson J.P., Shaver P.R. Ann Arbor: Institute for Social Research, 1972. - P. 98-101.
11. Столин В.В., Пантелеев С.Р. Опросник самооценки / В.В. Столин, С.В. Пантелеев // Практикум по психодиагностике: Психодиагностические материалы. - М., 1988.
12. Тейлор К. Психологические тесты и упражнения для детей / К. Тейлор // Книга для родителей и воспитателей. - М., 2005. - 224 с.
13. Исаев Д.Н. И71 Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей / Д.Н. Исаев. - СПб.: Речь, 2005. - 400 с.
14. Лечебная физическая культура: справочник / под ред. В.А. Епифанова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 2004. - 592 с.
15. Васильева А.В. Вегетососудистая дистония: симптомы и эффективное лечение / А.В. Васильева. - СПб.: Невский проспект, 2007. - 160 с.