

Е. О. Полякова

ПРЕВЕНТИВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ ОСТАНОВКИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Исследование показало, что при психопрофилактическом сопровождении подростков с нейроциркуляторной дистонии, необходимо учитывать возможность искажения профиля личности, определяемого ретроспективно, уже в процессе болезни, и следует, вместе с тем, позитивно оценивать эти данные для лучшего понимания клинических проявлений болезни, особенностей ее течения, характера нервно-

психических расстройств, сопутствующих соматическому страданию, установления прогноза, построения лечебно-реабилитационных программ.

При своевременном выявлении и лечении вегетативных нарушений и последовательном проведении профилактических мероприятий- прогноз благоприятный.

Ключевые слова: нейроциркуляторная дистония, подросток, искаженная картина здоровья; превентивные меры.

E. O. Polyakova

PREVENTATIVE MEASURES TO HALT THE PROGRESSION OF NEUROCIRCULATORY DYSTONIA

As the study has shown, during the psycho prophylactic tracking of teenagers with neurocirculatory dystonia: it is important to take account of the possibility of distortion of the personality profile that is identified retrospectively, during the course of the disease; it is also important to evaluate these data positively in order to better understand the clinical presentations of the disease, peculiarities of its clinical course, the characteristics of the nature of neuropsychic disturbances that follow the somatic suffering, to determine prognosis for the disease, to work out an after – treatment program.

The prognosis for the disease is favourable when vegetative disorders are timely diagnosed and treated and preventive measures are taken in consecutive order.

Key words: neurocirculatory dystonia, teenager, distorted picture of health, preventive measures.

В сущности, невозможно отделить психическое здоровье от физического, настоящее здоровье объединяет в себе оба аспекта. И именно отсутствие ощущения своего тела является основой психосоматических болезней, фобий, депрессии и различных шизоидных состояний, а также и нейроциркуляторной дистонии (НЦД). Этот термин используется в тех случаях, когда среди набора вегетативных отклонений доминируют расстройства кардиоваскулярного (сердечно-сосудистого) типа.

Нарастание числа пациентов с НЦД происходит в переходном возрасте: у 20–40% старших школьников отмечаются типичные симптомы «вегетативной бури». НЦД, проявляющаяся в подростковом возрасте и при неблагоприятном воздействии фенотипических факторов может привести к развитию ишемической болезни сердца, атеросклероза или артериальной гипертензии (А. А. Александров; Л. А. Жданова, И. В. Леонтьева) [1;5].

Нейроциркуляторная дистония является мультифакториальным заболеванием, возникающим, как правило, на фоне стрессовых ситуаций, ведущих к нарушению нейрогуморальной и эндокринной регуляции мышечного тонуса преимущественно в структурах сердечно-сосудистой системы и проявляющимся множеством разнообразных клинических симптомов и синдромов. Специфика нейроциркуляторной дистонии в том, что она находится на границе разных заболеваний, и имеет черты разных недугов: психологические, неврологические, кардиологические и сосудистые расстройства.

Вопросы этиопатогенеза, классификации и дифференцированного лечения нейроциркуляторной дистонии в подростковом возрасте освещены в трудах отечественных и зарубежных авторов, так как В. В. Скупченко, Н. Н. Савицкий, С. А. Абакумов, Р. М. Баевский, В. Т. Кондрашенко, Д. И. Донской, А. А. Александров, Л. А. Жданова, И. В. Леонтьева, В. В. Аникин, А. А. Курочкин, В. Н. Гурин, А. С. Дмитриев, J. George, R. Lauer, A. Anderson, R. Beaglehole et al.; [2;3;9;10].

В. Т. Кондрашенко и Д. И. Донской говорят о важности учёта внутренней картины болезни в процессе рациональной терапии, называя это понятие скорее социально-психологическим, чем клиническим, и выделяя в нём три уровня: сенсорный, эмоциональный и интеллектуальный. По данным научных исследований – **80% пациентов с проявлениями НЦД нуждаются в психологической коррекции и психотерапии, остальные 20% – в поддерживающей и кон-**

сультативной помощи. Главное внимание нужно уделять причинной роли эмоциональных факторов в возникновении НЦД [3].

Актуальность разработки темы исследования подтверждается наличием следующих противоречий:

между многочисленными исследованиями, касающихся различных аспектов проблемы нейроциркуляторной дистонии в подростковом возрасте и недостаточной изученностью применения превентивных мер, ЛФК при вегетососудистой дистонии считается еще совсем новой научно-практической дисциплиной;

между неопасностью вегето-сосудистой дистонии для жизни и ее коварностью, трудноизлечимостью и «размытостью» в диагностике;

между нарастанием числа подростков с ВСД смешанного типа и – загадочностью этого заболевания, ведь на сегодняшний день вегето-сосудистая дистония смешанного типа до сих пор осталась не разгаданной учеными. В международной классификации болезней даже нет ни одного упоминания о ней.

Целью нашего исследования явилось изучение степени адекватности внутренней картины здоровья и объективной картины болезни у подростков с нейроциркуляторной дистонией, в сравнении со здоровыми подростками, и последующей психологической помощью подросткам с искаженной картиной здоровья.

Исходя из цели исследования, в качестве его объекта выступили 50 подростков (25 девушек и 25 юношей, возраст 15–17 лет), на базе которых сформированы контрольная группа (здоровые дети) и экспериментальная (имеющие в анамнезе заболевание НЦД по сосудистому и смешанному типам).

Предметом исследования, явились когнитивные и эмоциональные компоненты искаженной картины здоровья у подростков с НЦД.

Задачи исследования: подобрать методики выявления отношения к здоровью и болезни, учитывая сложность и чрезвычайную индивидуальность психики подростка с НЦД; разработать тест-опросник для определения уровня страха перед будущим из-за НЦД; провести диагностику и установить роль и место НЦД в индивидуальной жизни исследуемых; разработать программу психопрофилактической помощи подросткам с искаженной картиной здоровья, оценить ее эффективность.

□ Оригинальные научные публикации

Материал и методы

Методологической основой исследования явились:

медицинский подход, позволивший провести сопоставительный анализ здорового и неправильного образа жизни у подростков с НЦД и расширить эмпирическую базу медицинской науки, доказав опасность последнего;

системный подход, позволивший выделить не только различные уровни и подсистемы внутренней картины здоровья (ВКЗ) у подростка с НЦД, но и основные системообразующие факторы, лежащие в основе ее формирования;

возрастной подход, позволивший изучить внешние и внутренние условия развития, определяющие временные характеристики индивидуального развития подростка;

личностно-ориентированный подход, позволивший определить возможность разработки основных направлений психопрофилактической помощи с учетом всех факторов формирования внутренней картины здоровья;

комплексный подход, позволивший дать знания для психологического просвещения и привлечь к психологической помощи учителей и родителей.

Для решения поставленных задач использовался комплекс методов: обеспечивающий достоверность полученных результатов и обоснованность выводов (наблюдение, тестирование, констатирующий, пилотажный, формирующий и контрольный эксперименты); методы качественного и количественного анализа данных (с применением t-критерия Стьюдента, j*-критерия Фишера и компьютерной программы «Statistica for Windows».

Диагностика ВКЗ у подростков с НЦД осуществлялась с учетом возрастных особенностей испытуемых, и включала **комплекс методик**: опросник «Что я знаю о НЦД» и тест-опросник «Мое будущее и НЦД» (авторская разработка); личностный опросник выявления типов отношения к болезни (ЛОБИ) (Л. И. Вассерман); методика оценки общего уровня здоровья (ООУЗ) (Г. А. Кураев); Гиссенский опросник соматических жалоб; PF–Study С. Розенцвейга, САМОАЛ (А. В. Лазукин), методика изучения уровня субъективного контроля (УСК) (Дж. Раттер); методика «ДДЧ» (Дж. Букк); [5; 8].

Научная новизна, практическая значимость полученных результатов:

предложенный комплекс методик дает возможность выявить внутреннюю картину здоровья больных НЦД, получить качественную и количественную оценку показателей гносеологических и эмоциональных компонентов отношения к здоровью у подростков с НЦД;

тест-опросник «Мое будущее с НЦД», соответствует установленным требованиям к опросникам, и позволяет измерять подверженность тревожности и страхам подростков с искаженной картиной здоровья, с достаточной валидностью ($r_{xb} = 0,5$); и надежностью ($r = 0,99$).

авторская «Программа по снижению проявлений тревожности у подростков с НЦД», может быть использована в групповой тренинговой работе по формированию у подростков мотивации и осознанного отношения к здоровому образу жизни.

Результаты и обсуждения

Вопросы авторского опросника «Что я знаю о НЦД» были направлены на выявление причин, которые спровоцировали проявления НЦД у подростка и уровней отношения к здоровью:

уже на стадии сбора анамнеза обнаружили семейную отягощенность по вегетативным расстройствам и психосоматической патологии (нейродермит, бронхиальная астма,

язвенная болезнь желудка, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, гипертония, гипертиреоз);

все без исключения испытуемые правильно анализировали все основные этапы своего заболевания, правильно и уверенно называли место своей учебы и проживания, название, профиль и местонахождение лечебного учреждения, где они ранее находились на лечении (стационар, санаторий);

подростки с НЦД находятся в зоне риска физической реакции на стресс, т. е. они постоянно испытывают эмоциональные проблемы: в семье (75%); взаимоотношения в школе (65%); чрезмерные нагрузки (85%) и нерациональные диеты, которыми увлекаются испытуемые девочки (55%);

чувственный уровень отразил весь комплекс субъективных ощущений исследуемых, вызванных НЦД, поэтому не удивительно, что многие испытуемые жаловались на тошноту, головокружение и т. п.;

эмоциональный уровень отразил переживание подростками своего заболевания, он взаимосвязан с чувственным уровнем, а у здоровых подростков не наблюдалось особой удрученности или явных отрицательных эмоций.

Первичный анализ результатов диагностики типов отношения к болезни по ЛОБИ показал: испытуемые с диагнозом «НЦД» ($n = 25$), в основном обладают диффузным типом отношения к болезни, в котором лидирует эгоцентрический тип отношения к болезни («Уход в болезнь») ($21.1 \pm 6.6; 20.0 \pm 5.3$) и входят: тревожный ($17.6 \pm 6.7; 17.4 \pm 9.3$), ипохондрический ($11.3 \pm 10.03; 11.6 \pm 6.8$) и неврастенический ($11.5 \pm 5.9; 11.5 \pm 5.2$). В группе здоровых подростков наиболее выражены: гармонический ($11.3 \pm 7.5; 11.5 \pm 7.8$), эргонатипический ($8.6 \pm 8.6; 8.1 \pm 7.1$) и анозогнозический ($7.8 \pm 9.0; 68.0 \pm 11.1$) типы отношения к болезни.

На основании анализа результатов опросника ООУЗ (Кураев А. Г.), оценивая средние значения, можно сделать вывод, что для испытуемых в целом характерен средний и выше среднего уровни здоровья. При этом, показатели здоровья по первым шести синдромам, характеризующим поведение человека, в группе с диагнозом «НЦД», имеют более низкий уровень, согласно критериям оценки ($26.43 \pm 1.39 - 29.4 \pm 0.55$ -среднее), чем по синдромам, отражающим состояние функциональных систем организма и вегетативной нервной системы ($12.51 \pm 0.82 - 25.87 \pm 0.80$ – выше среднего).

Уровень здоровья с диагнозом «НЦД» по анемическому синдрому достоверно выше, чем у здоровых подростков ($t = 2/825, p < 0/05$). Достоверные отличия по психастеническому и цереброастеническому синдромам отсутствуют.

Методика PF–Study С. Розенцвейга позволила выявить тип реагирования, до некоторой степени, вскрывающий ценности личности, т. е. найти ответ на вопрос: в какой сфере кроется наиболее уязвимое место испытуемого, и с чем, прежде всего, будут связаны его эмоции.

Данные говорят о недостаточной адаптированности к социальному окружению подростков с НЦД ($j^* = 2.333$), и хорошую адаптированность здоровых подростков ($j^* = 3.537$).

Обработанные данные методики САМОАЛ А. В. Лазукина, позволили выявить: в целом, подросткам с НЦД присущ ниже среднего уровень самоактуализации, при этом, в данной группе выявлены высокие показатели по шкале «спонтанность» ($j^* = 3.537$), в то время, как способность к спонтанному поведению фрустрируется культурными нормами, и в естественном виде ее можно наблюдать разве что у маленьких детей.

Необходимо заметить, что низкий баллы по шкалам методики свойственен людям, которых Д. Рисмен называл

«ориентированными извне» в отличие от «ориентированных изнутри»: это люди, невротически погруженные в прошлые переживания, мнительные и неуверенные в себе [5].

Первичный анализ результатов проективной методики «Дом-дерево-человек» показал, что подростки с НЦД имеют высокие показатели по шкалам неуверенности, замкнутости и ухода от реальности (19.5 ± 2.01 ; 8.1 ± 1.3 ; 7.2 ± 1.4). Поскольку эти шкалы были объединены из ряда значительных признаков, следовательно, подростки демонстрируют наличие у себя этих признаков.

Пилотажное исследование. При переходе от подросткового возраста к юношескому, происходит изменение в отношении к будущему, и подросток смотрит на свое будущее с позиции настоящего, что становится основой для сильных переживаний, связанных с овладением своим поведением, своими перспективами и, пока пусть небольшим, но уже имеющимся жизненным опытом. Вышеперечисленное усугубляется НЦД.

Чтобы понять, какие меры еще возможно принять для устранения тревожности перед будущим из-за НЦД, апробирован тест «Мое будущее с НЦД», разработанный на базе Личностной шкалы проявления тревоги Дж. Тейлора и Шкалы социальной желательности В. Г. Норакидзе.

Пилотажное исследование (первичное и повторное) проводилось с интервалом в 1 месяц. Примерно 98% испытуемых выполнили задание с теми самыми значениями. Анализ заданий по результатам, получившимся в пилотажном исследовании, позволил отобрать окончательные вопросы, определить трудности задания, при этом, рассчитать: дискриминативность ($S_x = 10,54$); надёжность ($r = 0,99$) и надёжность частей теста ($r = 0,7$; $r_{xx} = 0,8$); валидность теста ($r_{xb} = 0,4$); провести стандартизацию показателей ($0,54$); рассчитать асимметрию ($A = -0,14$) и эксцесс эмпирического исследования ($E = -0,29$). Это говорит о достаточной высокой надежности разработанного теста.

По данным тест-опросника выявлено: уровень тревожности и страха перед будущим у подростков с НЦД намного выше чем в группе здоровых ($j^* = 5.592$), хотя им тоже присущи в той или иной степени волнение и страх перед будущим, но в данном случае, страх выполняет положительную функцию – заставляет сконцентрироваться и повышает чувство ответственности.

У больных подростков НЦД тревожность и страх приобретают совсем иную природу и, вместо концентрации и мобилизации ресурсов, приводят к их блокированию, начинают тормозить любые формы социальной активности и доставлять подростку с НЦД (и лицам из его близкого окружения) массу неприятных переживаний.

Результаты корреляционного и факторного анализов, показали:

Гиссенский опросник соматических жалоб выявил интенсивность эмоционально окрашенных жалоб по поводу состояния физического здоровья, который у подростков с НЦД высоко коррелирует с тревожностью ($+0.74$);

подростки с НЦД демонстрируют у себя наличие симптомокомплексов «меланхолия» ($+0.89$), «раздражительность» ($+0.76$), «эгоцентризм» ($+0.75$) и «тревога» ($+0.64$);

у подростков с НЦД выявлены факторы: «уход в болезнь» ($+0.64$), «неуверенность» ($+0.59$) и «агрессия в ответ на болезнь» ($+0.56$).

По окончании констатирующего этапа, подростки были приглашены на профилактический этап: 6 подростков (из 25) принять участие не захотели.

Базисные рекомендации состояли из немедикаментозных средств в виде регламентации режима дня, увеличе-

ния продолжительности сна и дневного отдыха, включение утренней зарядки. Одно из центральных мест отводило диете. Подросткам с НЦД по гипотоническому типу предлагали вводить в пищевой рацион продукты, содержащие достаточное количество солей, маринадов, чая, кофе, шоколада, молока, кефира, гречневую кашу, горох, то есть продукты, стимулирующие активность адренорецепторов, ответственных за регуляцию сосудистого тонуса. Напротив, у подростков с НЦД по гипертоническому типу – ограничение поваренной соли, жидкости, чая, кофе. Рекомендовали включать продукты, способные понижать сосудистый тонус и уменьшать активность вегетативной иннервации: ячневая каша, фасоль, морковь, салаты, шпинаты, молоко, творог. Подросткам с НЦД по кардиальному типу рекомендовали пищу, способную улучшать реологические свойства крови и уменьшать сосудистый спазм – растительные масла, серые каши, цитрусовые, умеренное количество специй.

Подросткам с НЦД по гипотоническому типу рекомендовали массаж икроножных мышц, кистей рук и общий массаж. При НЦД по гипертоническому типу – массаж по зонам позвоночника и шейно-воротниковой области, а при НЦД по кардиальному типу – общий массаж, головы и воротниковой зоны. Предлагали лечебные ванны. Для подростков с НЦД по гипертоническому типу – хвойные и хлоридные с поваренной солью. При НЦД по гипотоническому типу – контрастный или циркулярный душ, солено-хвойные ванны. При НЦД по кардиальному типу – хвойные ванны, контрастный душ.

Отношение к занятию различными видами физкультуры было неоднозначным. Так, при НЦД по гипотоническому типу рекомендовали занятия танцами, теннисом, лыжами, коньками, шейпингом. При НЦД по гипертоническому типу – плавание, ходьба, туризм, катание на коньках, лыжах. При НЦД по кардиальному типу: медленный бег, плавание, бадминтон, некоторые виды восточных единоборств.

При всех видах НЦД не рекомендовали занятия групповыми и связанными с ударами по голове видами спорта: футболом, баскетболом, волейболом, боксом, борьбой, кикбоксингом. Категорически запрещали подросткам принимать участие в соревнованиях.

Автором была разработана и внедрена в образовательный процесс Программа по снижению проявлений тревожности у подростков с НЦД. Разработка занятий происходила на основе уже существующих программ Л. Анн, М. Р. Битяновой, Т. А. Арефьевой и была направлена на предотвращение прогрессирования НЦД: формирования у подростков мотивации и осознанного отношения к здоровому образу жизни; повышению уровня коммуникабельности, самооценки и стрессоустойчивости; приобретению навыков эффективного межличностного общения, успешного разрешения стрессовых ситуаций.

Проведение занятий не требовало специальных материалов. Необходимо было иметь: тетради для рисования и записей (на время перерыва между занятиями хранились у ведущего); наборы цветных карандашей; бейджи. Занятия проводились по принципу социально-психологического тренинга два раза в неделю, ограничения на проведение каждого занятия, – оно не превышало 40 минут. Программа состояла из двух блоков, включающих 23 занятия. Работа осуществлялась с помощью игровых методов, метода групповой дискуссии, проективных методов «репетиции поведения» и элементов психогимнастик, осуществлен опыт арт-терапии.

Для контрольного этапа была предложена та же процедура тестирования, что и на констатирующем этапе. По-

□ Оригинальные научные публикации

лучены достоверные отличия по результатам тестирования, при этом:

наблюдается тенденция повышения показателей здоровья у подростков с НЦД по первым шести синдромам, характеризующим поведение (уровень выше среднего, согласно критериям оценки ($13.51 \pm 0.82 - 25.87 \pm 0.80$)); по синдромам, отражающим состояние функциональных систем организма и вегетативной нервной системы – высокий, выше среднего ($11.6 \pm 0.44 - 16.3 \pm 1.02$);

у 10 подростков (из 25) с НЦД на данном этапе наиболее выражены: гармонический ($11.3 \pm 7.5 : 11.5 \pm 7.8$), эргонатипический ($8.6 \pm 8.6 : 8.1 \pm 7.1$) и анозогнозический ($7.8 \pm 9.068 : 0 \pm 11.1$) типы отношения к болезни;

данные говорят о хорошей адаптированности к социальному окружению у 11 (из 25) подростков с НЦД ($j^* = 2.333$);

данные методики САМОАЛ А. В. Лазукина, позволили выявить: 15 подросткам с НЦД присущ средний уровень самоактуализации;

По результатам контрольного этапа были вновь выделены признаки, которые вошли в корреляционную плеяду. У испытуемых выделены симптомокомплексы: «Меланхолия», «Раздражительность» и «Тревога»; и у испытуемых выделено два фактора: «Неуверенность», «Агрессия в ответ на болезнь», что свидетельствует еще о наличии в личностной структуре ВКЗ подростков с НЦД враждебных импульсов, психических травм, беспомощности, незащищенности, тревожности, неполноценности, ощущения напряженности и раздражительности, потребности в физическом совершенствовании, стремления к самозащите, депрессии.

Показатели Гиссенского опросника, коррелирующего с тревожностью по тест-опроснику «Мое будущее с НЦД», показал достоверные результаты снижения соматических жалоб и уменьшения уровня тревоги.

Для того, чтобы установить оказала ли коррекционно-развивающая работа влияние на снижение уровня тревожности экспериментальной группы, выяснилась причинно-следственная связь между независимой переменной психопрофилактической работой и зависимой переменной – уровнем тревожности (применили t-критерий Стьюдента).

Среднее значение по двум выборкам соответственно: 44,1 и 34,7.

Выборочные дисперсии для двух сравниваемых выборок значений: $S_1 = 243,4$ и $S_2 = 141,6$. Соответственно: $m_1^2 = 10,5$ и $m_2^2 = 6,2$; показатель $t = 2,35$.

Значение показателя t сравнивалось с табличным для числа степеней свободы и равно 48. Вероятность допустимой ошибки равна $p = 0,05$.

Для данного числа степеней свободы и заданной вероятности допустимой ошибки значение t должно быть не меньше чем 2,015. В исследовании, этот показатель оказался равным $t = 2,35$, т. е. больше табличного. Следовательно, сравниваемые средние значения в данном случае 44,1 и 34,7 статистически достоверно различаются: профилактическая работа, направленная на снижение страха и тревожности подростков с НЦД, оказалась эффективна.

Таким образом, главной трудностью исследования подбор методик по выявлению внутренней картины болезни у подростков с НЦД, её гносеологического и эмоционального компонентов. Причём, если первый представляет собой умозаключения подростка, продукт его логической переработки информации о болезни, полученной из разных источников, то второй проявляется эмоциональными реакциями страха и тревоги.

Сегодня существует немало тестов и методик, с помощью которых врач может выяснить, какие из причин в каждом

конкретном случае сыграли решающую роль, вызвав появление признаков вегетативно-сосудистой дистонии. При установлении диагноза врачу необходимо разграничить расстройства функционального характера и те, которые связаны с поражением тканей и органов. Это необходимо для того, чтобы выяснить, являются ли симптомы следствием болезненных изменений какого-либо органа или они возникли именно из-за нарушения регуляции его работы со стороны вегетативной нервной системы.

Помимо трудностей выполнения исследований чисто технического порядка, сложность исследования заключается в том, что личность подростка не остается неизменной – меняются система ее отношений, установки, потребности, мотивы, что следует иметь в виду при анализе результатов наблюдения. Поэтому, необходимо учитывать возможность искажения профиля личности, определяемого ретроспективно, уже в процессе болезни, и следует, вместе с тем, позитивно оценивать эти данные для лучшего понимания клинических проявлений болезни, особенностей ее течения, характера нервно-психических расстройств, сопутствующих соматическому страданию, установления прогноза, построения лечебно-реабилитационных программ.

Проявления при НЦД, в большинстве случаев у исследуемых подростков содержат негативный психоэмоциональный субстрат, который на протяжении длительного течения заболевания привел к формированию реакций психосоматического типа. Они органично вписываются в симптоматику НЦД, чем затрудняют диагностику и лечение, формируют стёртую картину заболевания.

Само заболевание дает подростку вторичную выгоду от болезни: освобождение от учебных нагрузок, снижение требований со стороны родителей, окружение заботой и вниманием, трепетное отношение к незначительным жалобам.

Выявлены типичные для исследуемых подростков с НЦД реакции, проходящие по конверсионному типу: часто подавляемые негативные эмоции, хронические психотравмирующие ситуации, приводящие к тяжёлым переживаниям, сниженному фону настроения, раздражительности, эмоциональной возбудимости. В данном случае, защитные механизмы психики срабатывают, вытесняя переживания, как бы не реагируя на них (игнорируя), но постоянно нарастающее нервно-психическое напряжение «бьет» по самым слабым местам организма.

Диагностика ВКЗ выявила так называемый, «двойной стандарт» в оценке значимости личных усилий в сохранении здоровья у подростков с НЦД, у них наблюдается сочетание: желания лечиться и неверия в успех; желания стать взрослым и нежелание взрослеть и принимать на себя ответственность за поступки.

Выявлены основные психологические характеристики личности подростка больного НЦД, проявляющиеся: в эмоционально-волевой сфере высокими показателями личностной тревожности и низкими показателями самооценки и уверенности в себе; в коммуникативной сфере повышенным уровнем конфликтности; в мотивационной сфере – ее направленностью в сторону избегания неудач.

Выделены основные направления психологической помощи подростку больного НЦД, заключающиеся: в информировании о механизмах НЦД на личность; в выработке стратегий высокофункционального поведения, устойчивости к отрицательным социальным влияниям; в формировании внутриличностных мотивов и системы ценностей, соответствующих здоровому образу жизни; в развитии личностных ресурсов подростков, с целью инициации их личностно-

Оригинальные научные публикации □

го роста; развитию навыков достижения личностных целей в жизни.

Психокоррекционная работа с подростками, страдающими НЦД, приводит к стабилизации психоэмоционального состояния, поведенческим изменениям, стойкому избавлению от множественных симптоматических проявлений. Так, за время психопрофилактического сопровождения, 15 подростков с НЦД (из 25) не пропустили занятия в школе по причине плохого самочувствия, при этом, сравниваемые средние значения статистически достоверно различаются, что можно говорить о несомненном позитивном влиянии психопрофилактического сопровождения.

Таким образом, НЦД у подростков в настоящее время следует считать самостоятельным заболеванием, очерченностью клинико-функциональных проявлений которой будет наполняться новым содержанием по мере расширения технико-инструментальных способов распознавания данной патологии. Однако, уже сегодня ясно, что эти подростки должны непосредственно находиться на диспансерном учете у кардиолога, при осуществлении консультативной помощи невропатолога или психоневролога;

Полагаем, что у подростков, уже имеющих данное заболевание (НЦД), необходимо осуществлять превентивные диагностические и лечебные мероприятия, направленные на стабилизацию гемодинамики и нейро-вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы, – только при непосредственном содружестве педиатра, клинического психолога, школьного психолога, родителей, учителей и самих подростков.

Адекватно сформированные модели прогноза и модели ожидаемых результатов, выступают как важнейший фактор оптимизации психического и общего состояния

больного подростка на всех этапах лечения, а «передача эстафеты» и регулярность при проведении этих мероприятий, позволяет не только предупредить обострение НЦД, но и уменьшить их проявления.

Литература

1. Антропов, Ю. Ф. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков: Изд. второе, испр. / Ю. Ф. Антропов, Ю. С. Шевченко. М.: Изд. НГМА, 2001. 320 с.
2. Белоконь, Н. А. Вегетативно-сосудистая дистония у детей: клиника, диагностика, лечение: метод. рекомендации / Н. А. Белоконь, Г. Г. Осокина, И. В. Леонтьева // М.:1987.
3. Вейн, А. М. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика: руководство для врачей / А. М. Вейн; под ред. В. Л. Голубева. М.: Медицинское информационное агентство, 2010. 642 с.
4. Маколкин, В. И., Аббакумов С. А. Нейроциркуляторная дистония в терапевтической практике // М., 1985. 192.
5. Малкина-Пых, И. Г. Психосоматика: новейший справочник // М.: Изд-во ЭКСМО; СПб.: Сова, 2003. 928 с.
6. Куликов, Л. В. Психогигиена личности. Вопросы психологической устойчивости и психопрофилактики: учеб. пособие. – СПб.: Питер, 2004. 464 с.
7. Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии: учеб. пособие / Под ред. А. А. Крылова, С. А. Маничева // Пб.: Питер, 2003. 560 с.
8. Смирнов, В. М., Резникова Т. Н. Основные принципы и методы психологического исследования внутренней картины болезни // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л., 1983.
9. Cinciripini, P. M. Cognitive stress and cardiovascular reactivity // Amer. Heart J. 1986; 112:5:1051–1065.
10. Julius, S., Weder A., Hinderliter A. et al. Handbook of Stress, Reactivity and Cardiovascular Disease. // New York; 1985:41–81.

Поступила 27.09.2012 г.