***Содержание***

Введение

1. Теоретическая часть

1.1 Физиологические аспекты протекания синдрома ВСД

1.2 Психологические реакции детей с вегето-сосудистой дистонией

2.1 Организация и методы исследования

2.2 Выводы по практической части

Заключение

Литература

***Введение***

В последнее десятилетие в психолого-педагогической практике любого вида общеобразовательного учреждения всё чаще встречаются дети и подростки с проблемами в учёбе и поведении, в той или иной мере сочетающимися с проблемами их здоровья. Особенность этих проблем состоит в том, что в подавляющем большинстве они имеют **полифакторную природу** происхождения и развития, являясь результатом взаимоотягощающего переплетения внутренних и внешних причин: социально-психологических, индивидуально-психологических, медико-биологических, семейно-бытовых, макросоциальных и других факторов.

Здоровье ребенка - одна из важнейших предпосылок успешности его воспитания, обучения, стрессоустойчивости и социальной адаптации к сложным, постоянно изменяющимся условиям современной жизни. При этом все компоненты здоровья - соматическое, психическое, нравственное и социальное благополучие, как и во всякой иной системе, постоянно находятся в тесной взаимосвязи и зависимости.

Если психо-соматическое здоровье и социальное благополучие ребёнка являются основными условиями для правильного воспитания и обучения, то последние, в свою очередь, должны соответствовать его индивидуальным особенностям: характеру и мере способностей, уровню психофизического развития и состоянию здоровья в целом. Известно, что детям, составляющим "группу риска", на достижение одинаковых образовательных целей необходимо затратить значительно больше времени и усилий, чем их здоровым сверстникам.

Поскольку между телесным, психическим и социальным компонентами здоровья человека существует тесная взаимосвязь и взаимозависимость, психическое самочувствие и степень психической работоспособности ребёнка можно рассматривать как индикатор его биопсихосоциального благополучия, интегративно отражающий как функциональное состояние различных сторон организма (в том числе - мозга) ребёнка, так и влияние внешней среды через его психику на мозг и внутренние органы.

В настоящее время, в образовательных учреждениях различного типа продолжает нарастать число детей с различными видами нарушений развития и заболеваний, которые, в свою очередь, накладывают свой отпечаток на процесс школьного обучения, успешность нравственного воспитания. Одним из таких заболеваний является вегето-сосудистая дистония.

Вегето-сосудистая дистония - это нарушения в работе сосудистой системы организма, приводящие к недостаточному снабжению тканей и органов кислородом. ВСД может развиться в результате острых и хронических заболеваний, недосыпания, переутомления на работе, неправильного режима питания и др. Однако, основной ее причиной является стресс.

Синдром вегето-сосудистой дистонии можно определить как состояние, обусловленное дисбалансом вегетативного обеспечения деятельности внутренних органов и систем. Наверное, не совсем правильно считать ВСД заболеванием. Скорее, это - пограничное состояние, которое при определенных условиях, под влиянием внешних и внутренних факторов может трансформироваться в болезненное состояние, причем, чаще всего - это заболевания так называемого психосоматического ряда: артериальная гипертензия (гипертоническая болезнь), ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь и другие состояния.

**Необходимость изучения** и постоянство интереса к вегето-сосудистой дистонии объясняется тем, что при нарастающем ритме жизни, все большее количество детей и подростков страдают синдромом ВСД, что самым негативным образом влияет на процессы учебы, предпрофессиональной подготовки и на качество жизни в целом.

**Цель работы**: исследовать психологические реакции детей с вегето-сосудистой дистонией.

**Задачи исследования**:

. Провести теоретический анализ литературы по рассматриваемой теме.

. Определить наиболее характерные психологические реакции дете с ВСД.

**Предмет исследования**: психологические реакции детей с вегето-сосудистой дистонией

**Объект исследования**: Исследование проводилось на базе школы №585 г. С-Петербурга в марте 2007 года. В исследовании приняли участие 15 учащихся 3-7 классов, средний возраст - 12 лет.

Для достижения поставленной цели использовали общеклинические методы. Психологические особенности ребенка оценивали с помощью методики рисунковой фрустрации Розенцвейга и теста "рисунок несуществующего животного".

**Методы исследования**:

. Анализ психолого-педагогической литературы.

. Эмпирическое исследование

. Количественная и качественная обработка результатов исследования.

# ***1. Теоретическая часть***

# ***.1 Физиологические аспекты протекания синдрома ВСД***

ВСД - это синдром, включающий в себя разнообразные по происхождению и проявлениям нарушения вегетативных функций, обусловленные расстройством их нейрогенной регуляции. Термин "дистония" отражает представление о дисбалансе тонуса симпатической и парасимпатической систем как источнике вегетативных расстройств. **Причины ее возникновения** достаточно разнообразны:

наследственно-конституционные факторы. В раннем детстве для возникновения ВСД имеет значение наследственная отягощенность, недостаток кислорода у плода во время беременности, родовые травмы и болезни младенческого возраста. Все эти факторы могут и не приводить к грубому органическому поражению мозга, но ведут к минимальной периферической дисфункции вегетативной системы.

психогенные или психоэмоциональные факторы: внезапные, неожиданные, потрясающие события или же состояния длительного эмоционального перенапряжения, приводящие к нервному срыву. Большое значение для развития болезни (как и для ее преодоления) имеет психологическая атмосфера в семье. Как правило, женщины при воспитании ребенка часто испытывают тревогу и сомневаются в своей компетентности, поэтому часто бросаются в крайности, чем могут вызвать недовольство "главы семейства". Подсознательная же неудовлетворенность, возникающая у ребенка из-за сложности отношений между матерью и отцом, нередко вызывает у него чувство протеста, агрессию, конфликтность и отражается на реакции вегетативной системы - появляются головные боли, эмоциональная неустойчивость, вспыльчивость, головокружение.

вегетативный сосудистый дистония психологический

Вегето-сосудистая дистония может развиться также вследствие перенесенных хронических инфекции, возрастных эндокринных перестроек организма, интоксикации и др.

Страдающие вегето-сосудистой дистонией дети отличаются от своих сверстников: они капризны, конфликтны, часто болеют, плохо переносят физическую и интеллектуальную нагрузку, особенно в начале учебного года. При этом у ребенка могут отмечаться постоянно повышенная температура тела, снижение или полное отсутствие аппетита. Многие мнительные родители начинают постоянно дергать свое любимое чадо измерением температуры, доводить до сведения окружающих его "слабости", ограждать ребенка от занятий спортом, "лечить" его всевозможными народными средствами. Все это может привести к развитию "комплекса неполноценности" у ребенка: он не такой как все остальные, с ним сложно дружить, его нужно оберегать и щадить. Все это вредит детской психике.

В **подростковом возрасте** дистония может проявляться приступообразно. Именно из-за этих приступов подростков часто преследуют повышенное потоотделение, покраснение кожи, сердцебиение, головокружение, звон в ушах, головные боли. Таким приступам наиболее подвержены эмоционально-неустойчивые и часто волнующиеся подростки.

Гормональный всплеск и несогласованность в скорости развития мышечной и сердечно-сосудистой систем у школьников накладываются на интенсивную учебу, особенно во время экзаменов. Подросток может жаловаться на головокружение, тошноту, головные боли - к счастью, подобные недомогания не опасны и с возрастом проходят сами.

Выделены определенные возрастные периоды риска формирования вегетативных нарушений. Первый возрастной пик - 7-8 лет, время, когда ребенок поступает в школу, и появляются первые серьезные стрессовые ситуации. Особенно тяжело адаптация проходит у детей, недостаточно подготовленных к высоким требованиям современной школы. Второй пик - препубертатный и пубертатный возраст, часто сопровождается быстрым ростом, изменением росто-весовых показателей, значительными гормональными изменениями. Третий пик - 16-18 лет, реже - более старший юношеский возраст.

Механизм действия стресса на организм развития многочисленных психосоматических расстройств, как неотреагированных сердечно-сосудистых, эндокринных, мышечно-тонических и других сдвигов, связанных с физиологическим обеспечением реакции напряжения. Так, повышение артериального давления и частоты сердечных сокращений при стрессе лежат в основе развития гипертонической болезни (последний фактор провоцирует также возникновение аритмий сердца).

Изначальное же приспособительное значение этих физиологических изменений, как отмечалось ранее, направлено на усиление кровотока скелетных мышц. Общая тенденция к централизации кровотока - максимум крови, максимум энергии к скелетным мышцам и сердцу за счет экономии на кровоснабжении внутренних органов - негативно сказывается на состоянии последних.

К этому добавляются локальные сосудистые реакции, также связанные с перераспределением кровотока, со спазмом периферических сосудов в дистальных отделах конечностей - не случайно при стрессе ледяные руки и зябкие ноги (точнее, холодные кисти и стопы - синдром перчаток и носков). Первоначальное, эволюционно-приспособительное значение этих физиологических реакций - уменьшение риска кровопотери при травмах, так как при физическом противоборстве первобытного человека (с хищным зверем или с себе подобным) повреждение именно этих частей тела было наиболее вероятным.

Такие биохимические сдвиги, как повышение в крови уровня глюкозы (адаптивная цель которого - обеспечить мышцы источником энергии) и холестерина (строительного материала для стрессовых стероидных гормонов, вырабатываемых корой надпочечников) - предпосылка развития соответственно сахарного диабета и атеросклероза с такими грозными осложнениями, как инфаркты миокарда и инсульты. В сочетании же с повышением свертываемости крови (еще один адаптивный механизм предотвращения кровопотери при травмах) риск этих осложнений и других сосудистых тромбозов еще больше возрастает.

Итак, изначально приспособительная реакция напряжения при определенных условиях может становиться антиадаптивной, особенно если ей на смену вовремя не приходит противоположная по физиологической направленности реакция релаксации. Как же сочетаются реакция стресса и реакция релаксации в норме? В здоровом организме, как это и было изначально предусмотрено природой, они циклически чередуются, сменяя друг друга естественным образом. Как только стрессовая ситуация закончилась - и при этом связанные с ней физиологические сдвиги были должным образом использованы организмом либо истощились необходимые для реализации стрессовой реакции энергетические ресурсы, - автоматически включается реакция релаксации, призванная эти ресурсы восполнить и нормализовать физиологическое состояние. В противном же случае, если физиологическая подготовка к борьбе или бегству осталась не востребованной организмом, этого не происходит.

А отсюда недалеко и до психосоматических болезней, особенно если подобное состояние повторяется раз за разом и вызванные им телесные реакции накапливаются, становясь все более выраженными, постепенно переходя ту пограничную черту, за которой заканчиваются допустимые для здорового организма пределы физиологических изменений.

# ***.2 Психологические реакции детей с вегето-сосудистой дистонией***

Еще в 20-е годы физиологом У. Кэнноном была разработана теория эмоций, рассматривающая стенические отрицательные эмоции как защитные реакции борьбы или бегства. С этой точки зрения, негативные эмоции (гнев, страх и др.) биологически целесообразны: они подготавливают организм к тому, чтобы развить максимально интенсивную мышечную активность, вступая в схватку или спасаясь бегством. При этом происходит активация симпатического отдела вегетативной нервной системы - в кровь выбрасывается адреналин, вызывающий учащенное сердцебиение, повышается артериальное давление, перераспределяется кровоток; учащается дыхание, в крови повышается уровень глюкозы и холестерина. Такая симптоматика характерна для ВСД.

Все эти физиологические сдвиги необходимы организму для того, чтобы подготовиться к двигательной активности - соответственно, лучше обеспечить мышцы кислородом и питательными веществами, чтобы развить максимальное мышечное усилие - вступить в схватку или спастись бегством.

Этот механизм унаследован человеком от эволюционных предшественников и работает у него так же, как и у животных. Но если у первобытного человека такой механизм был исключительно важен для его физического выживания, то для человека современного он создает одни лишь проблемы, ибо вступает в противоречие с правилами поведения в цивилизованном обществе.

Ведь в большинстве ситуаций ни физическая агрессия, ни простое бегство в решении проблем не помогают. И хотя человек, столкнувшись с неприятной информацией, внутренне напрягается, готовясь к действию (и так же повышается давление, и учащается пульс, чтобы обеспечить мышцы энергией, и напрягаются мышцы), но самого действия не происходит. Физиологические же сдвиги, представляющие собой вегетативное обеспечение неотреагированных эмоций, остаются. Со временем они могут становиться хроническими и приводить к формированию тех или иных заболеваний. Можно сказать, что согласно этой модели причина психосоматических расстройств кроется в противоречии биологической и социальной эволюции человека.

Менее описана в литературе обратная сторона медали - противоположная по направленности совокупность закономерных регуляторных сдвигов, призванных нейтрализовать, уравновесить изменения в организме, вызванные острым стрессом.

Поиск связей между характером психического стрессового фактора и поражением определенных органов и систем лежит в основе психосоматического направления в медицине. В детской практике оно связано с изучением влияния эмоций на процессы познания, сравнения и узнавания предметов, памяти, развития; становления игровой деятельности и обучения; формирования ассоциативной деятельности, межличностных отношений и особенностей изменения эмоций при нарушениях поведения. При этом многие авторы (В. Кеннон, 1927; К.Е. Изард, 1980; Ю.М. Губачев, Е.М. Стамбровский, 1981; А. Адлер, 1995; Л.С. Выготский, 1997; Ж. Пиаже, Б. Интерхельдер, 2003 и др.) подчеркивали двойственное (психологическое и телесное) выражение эмоций.

По мнению большинства исследователей (Д.Н. Исаев, 1996; П.И. Сидоров, А.В. Парняков, 2000 и др.), психосоматический подход, как принцип врачебной деятельности, заключается в как можно более тщательном изучении влияния различных психотравмирующих факторов на возникновение и течение любых соматических болезней и психотерапевтическом лечении больных с учетом этих факторов.

О роли неотреагированных эмоций в формировании соматических расстройств, в частности, писал Г.Ф. Ланг в 1932 г.: "Печаль, не выплаканная слезами, заставляет плакать другие органы".

Ребенок тонко воспринимает эмоции окружающих лиц, быстро начинает копировать эмоциональные реакции взрослых, особенно, матери. Определенная специфичность эмоциональных (поведенческих) реакций у детей отмечалась многими исследователями (А.И. Модина, 1971; К.Е. Изард, 1980; Р. Кайл, 2002 и др.) К таким специфическим свойствам относятся следующие:

) эмоции ребенка кратковременны;

) эмоции ребенка интенсивны;

) эмоции ребенка разнообразны.

Среди многочисленных эмоционально-негативных состояний, таких как тревога, эмоциональная напряженность, депрессия, враждебность (агрессия), фрустрация, эмоциональный стресс, наиболее частыми и характерными для детей-дошкольников являются тревога, депрессия, враждебность (агрессия) (Д.Н. Исаев, 1996; Ю.Ф. Антропов, Ю.С. Шевченко, 2000 и др.).

Например, мальчики с дистонией испытывают высокую тревожность, ощущение неудобства в различных частях тела, что еще больше затрудняет их взаимоотношения с внешним миром, способствует погружению в себя, зацикливанию на своих мнимых проблемах. У девочек также имеется склонность к тревожным оценкам, активной, эгоцентрической деятельности, в их поведении легко прослеживаются истерическая наклонность, завышенная самооценка, длительное муссирование неприятных событий. Все эти отрицательные черты только подпитывают дистонию. Ребенок оказывается как бы в порочном круге, и далеко не всем женщинам удается по мере взросления навсегда избавиться от этих черт характера и самой дистонии.

Большое значение для развития болезни (как и для ее преодоления) имеет психологическая атмосфера семьи. Тяжелее всего переносят дистонию дети, в чьих семьях наблюдается противоречивый подход к проблеме воспитания детей. Отцы, как правило, полностью отстраняются от этой задачи, а матери испытывают тревогу по поводу своей компетентности и ее результатов и поэтому часто бросаются в крайности. Подсознательная неудовлетворенность во взаимоотношениях с матерью и отцом вызывают у ребенка чувство протеста, агрессию, конфликтность и отражаются на реакции вегетативной системы. Как реакция появляются головные боли на уроках и во второй половине дня, головокружения, эмоциональная неустойчивость, вспыльчивость.

Также наблюдается эмоциональная лабильность, плаксивость, нарушение сна, ощущение страха, кардиофобии. У больных ВСД более высокий уровень тревожности, они склонны к самообвинению, испытывают боязнь в принятии решений. Преобладают личностные ценности: большая забота о здоровье (ипохондрия), активность в период болезни снижается.

***2. Эмпирическое исследование проблемы***

В последние годы появился новый психологический подход к изучению ряда соматических заболеваний. По данным В.А. Скумина, при соматических заболеваниях четко проявляется психосоматическое единство организма. Так, Н.П. Топорова и О.А. Синявская, изучая особенности в структуре личности у детей при нейродермите, экземе, атопическом дерматите, показали психосоматическую природу алергодерматозов. Особенности нарушений психической деятельности у детей с патологией легких (бронхиальной астмой) изучали лишь несколько авторов. Но и они предлагали лишь учитывать роль нервной системы при развитии этих заболеваний, не утверждая ее первопричины. А работы, посвященные особенностям психической деятельности у детей с патологией сердечно-сосудистой системы, в доступной литературе практически отсутствуют.

Поэтому целью нашего исследования было изучение психологических особенностей детей с острой и хронической соматической патологией.

# ***2.1 Организация и методы исследования***

Целью данного исследования было изучение психологических реакций детей с ВСД.

Исследования проводились индивидуально, в изолированном помещении. Перед началом обследования у ребенка создавалась положительная мотивация на успешное выполнение задачи. После этого пациент получал подробные инструкции по поводу выполнения любого из тестов. Все задачи были однотипными, в них учитывались стандартные показатели.

В исследовании приняли участие 15 учащихся 3-7 классов, средний возраст - 12 лет.

Для достижения поставленной цели использовали общеклинические методы. Психологические особенности ребенка оценивали с помощью методики рисунковой фрустрации Розенцвейга и теста "рисунок несуществующего животного".

Методика рисунковой фрустрации Розенцвейга предназначена для оценки степени развитости у человека черты личности "агрессивность", понимаемой как не вызванная объективными обстоятельствами и необходимостью тенденция враждебно реагировать на большинство высказываний, действий и поступков окружающих людей. Агрессивность - это черта личности, проявляющаяся в более или менее постоянном враждебном отношении человека к человеку, животным и предметам природы и материальной культуры, склонность к их разрушению и агрессивным неспровоцированным действиям.

В данном тесте, основой которого явился известный тест Розенцвейга, испытуемые получают 24 разных рисунка. На этих рисунках представлены люди в различных эмоциогенных, близких к стрессовым и вызывающих фрустрацию ситуациях. Общим для всех рисунков, используемых в тесте, является то, что один человек в них проявляет в отношении другого такие действия, которые этим, вторым человеком могут быть поняты по-разному: как агрессивные, преднамеренно вызывающие или оскорбительные, или случайные, совершенные неумышленно, по незнанию, без сознательного желания навредить или унизить другого человека.

Предполагается, что индивид с достаточно развитой чертой характера "агрессивность" на большинство действий подобного рода со стороны окружающих людей будет реагировать агрессией, причем даже тогда, когда действие другого человека не было вызвано стремлением причинить ему неприятности. Индивид, у которого личностная черта агрессивности выражена слабо, на подобные ситуации будет реагировать по-другому: дружелюбно, стараясь разрядить возникшую напряженность, успокоить, не придать значения случившемуся и т.п.

Перед началом исследования все испытуемые получают инструкцию следующего содержания:

"На каждой из 24 предлагаемых вам картинок изображены два или несколько человек, Один из них совершил какое-то действие в отношении другого, и в связи с этим произнес какие-то слова. Вы должны поставить себя на место этого, другого человека и ответить за него. Свой ответ необходимо дать как можно скорее и тут же его записать на листе бумаги под порядковым номером, соответствующим номеру просмотренного рисунка".

Оценка результатов и выводы об уровне развития

Ответ испытуемого на каждую картинку анализируется отдельно. В итоге такого анализа он должен быть отнесен к одной из следующих двух категорий:

. Агрессивные реакции.

. Неагрессивные реакции.

К числу агрессивных относятся такие реакции, в которых действия другого лица рассматриваются как преднамеренно враждебные и сама ответная реакция на них является враждебной (агрессивной). В этом случае ответ испытуемого должен содержать в себе явное осуждение, оскорбление или угрозу в адрес другого лица.

К неагрессивным относятся реакции, суть которых состоит в стремлении разрядить, смягчить обстановку, в желании испытуемого принять вину на себя за случившееся, не придать ему значение или просто объективно, без эмоций разобраться в сложившейся ситуации и принять спокойное, взвешенное решение. Никакой неприязни или враждебности в данном случае в ответах испытуемого не должно содержаться.

В заключение подсчитывается соотношение агрессивных и неагрессивных реакций по их числу. Если количество агрессивных реакций явно доминирует над числом неагрессивных (агрессивных 14 и больше, а неагрессивных 10 и меньше), то делается вывод о том, что у данного испытуемого явно выражен мотив агрессивности. Если, напротив, неагрессивных реакций оказывается ненамного больше, чем агрессивных (неагрессивных 14 и больше, а агрессивных 10 и меньше), то делается вывод о том, что данный испытуемый неагрессивен. При числе агрессивных и неагрессивных реакций в пределах от 9 до 13 ничего определенного об агрессивности данного испытуемого сказать нельзя, т.е. нет возможности уверенно утверждать, что он агрессивный или, напротив, неагрессивный человек.

Тест "Несуществующее животное" - это проективная методика исследования личности; предложена М.3. Друкаревич.

Испытуемому предлагают придумать и нарисовать несуществующее животное, а также дать ему ранее не существовавшее имя. Из имеющейся литературы видно, что процедура обследования не стандартизована (используются разных размеров листы бумаги для рисования, в одних случаях рисунок выполняется цветными карандашами, в других - одним цветом и т.д.). Общепринятой системы оценки рисунка не существует. Теоретические посылки, положенные в основу создания методики, совпадают с таковыми у прочих проективных методик. Как и многие другие рисуночные тесты, тест направлен на диагностику личностных особенностей, иногда ее творческих потенций.

Показана удовлетворительная конвергентная валидность методики путем установления связи между результатами, полученными с ее помощью, и данными других личностных методика материале обследования пациентов психиатрической клиники и лиц, проходящих профотбор в штат МВД (П.В. Яньшин, 1988, 1990). Валидность также подтверждена при дифференциации больных неврозами и здоровых (Т.И. Краско, 1995).

Это одна из наиболее популярных рисуночных методик. Она широко используется отечественными психологами при обследовании детей и взрослых, больных и здоровых чаще всего в качестве ориентирующей методики, т.е. такой, данные которой позволяют выдвинуть некоторые гипотезы об особенностях личности.

Инструкция:

"Придумайте и нарисуйте несуществующее животное и назовите его несуществующим названием".

Вверху на листе поставьте свой условный номер, сегодняшнюю дату. Внизу - свою роспись.

Желаем Вам творческих успехов!"

Метод интерпретации рисуночных тестов, в том числе и "Рисунка несуществующего животного построен на теории психомоторной связи. Для регистрации состояния психики используется исследование моторики (в частности, моторики рисующей доминантной правой руки, зафиксированной в виде графического следа движения, рисунка).

Если реальное движение по какой-то причине не осуществляется, то в соответствующих группах мышц суммируется определенное напряжение энергии, необходимой для осуществления ответного движения (на представление - мысль). Так, например, образы и мысли-представления, вызывающие страх, стимулируют напряжение в группах ножной мускулатуры и в мышцах рук, что оказалось бы необходимым в случае ответа на страх бегством или защитой с помощью рук - ударить, заслониться.

Тенденция движения имеет направление в пространстве: удаление, приближение, наклон, выпрямление, подъем, падение. При выполнении рисунка лист бумаги (либо полотно картины) представляет собой модель пространства и, кроме состояния мышц, фиксирует отношение к пространству, т.е. возникающую тенденцию.

Пространство, в свою очередь, связано с эмоциональной окраской переживания и временным периодом: настоящим, прошлым, будущим. Связано оно также с действенностью или идеально-мыслительным планом работы психики. Пространство, расположенное сзади и слева от субъекта, связано с прошлым периодом и бездеятельностью (отсутствием активной связи между мыслью-представлением, планированием и его осуществлением). Правая сторона, пространство спереди и вверху связаны с будущим периодом и действенностью. На листе (модели пространства) левая сторона и низ связаны с отрицательно окрашенными и депрессивными эмоциями, с неуверенностью и пассивностью. Правая сторона (соответствующая доминантной правой руке) - с положительно окрашенными эмоциями, энергией, активностью, конкретностью действия.

***2.2 Выводы по практической части***

По мнению А.В. Фролькиса, среди наследственных факторов большую роль в развитии соматических заболеваний играет наличие психосоматической патологии как у самого ребенка, так и у членов его семьи. Полученные нами результаты совпадают с данными Г.В. Скобло, О.Ю. Дубовика о том, что взаимосвязь "мать - ребенок" является наиболее мощной не только в плане наследственной передачи болезни, но еще и в связи с продолжительным взаимодействием с материнским организмом в период антенатального развития плода, на протяжении которого мать для ребенка играет роль и внешней среды.

У детей с ВСД наряду с наследственной отягощенностью, отмечались определенные особенности социально-бытовых условий жизни. Плохие жилищные условия выявлены в 39,5% семей. Конфликтные ситуации в семье, включая развод родителей, частые ссоры у (40 %). Дети с вегето-сосудистой дистонией имеют затрудненный контакт с ровесниками и учителями в 50% случаев.

Кроме констатированных нарушений социально-бытовых условий жизни мы обратили особое внимание на психоэмоциональное состояние детей. С этой целью нами использовались две методики: тест рисунковой фрустрации Розенцвейга и тест "рисунок несуществующего животного”. Методика Розенцвейга использовалась для оценки и сопоставления особенностей структуры мотива достижения и способа реакции на фрустрацию у больных детей. Каждый ответ оценивался с точки зрения двух критериев: направление реакции и тип реакции.

По данным теста нами были получены следующие результаты. Среди детей с хронической соматической патологией отмечалась тенденция к преобладанию екстрапунитивных реакций за счет снижения импунитивных, то есть дети предъявляли повышенные требования к окружающим, что усложняло процесс их адаптации. Более яркие отличия от здоровых детей были в показателях, характеризующих тип реакции. Характер реагирования у детей всех групп был с "фиксацией на препятствие", если препятствие, которое вызвало фрустрацию, интерпретировалось как своего рода благо, а не препятствие. Реакций "с фиксацией на самозащите", если в ответ звучит защита себя, признание вины, было значительно меньше.

При углубленном анализе психоэмоционального состояния по данным теста "рисунок несуществующего животного" были получены следующие результаты: тревожность выявлялась у детей с соматической патологией (достигала почти 100%). Тревожность оказывает существенное влияние на разные сферы жизнедеятельности человека. Школьная тревожность - это форма проявления эмоционального неблагополучия ребенка. Она выражается в волнении, повышенном беспокойстве в учебных ситуациях, в классе, в ожидании насмешек со стороны педагогов, сверстников. Ребенок постоянно чувствует собственную неполноценность, не уверен в правильности своего поведения, своих решений.

Школьная тревожность отмечается, как правило, у эмоционально чувствительных детей как отражение особенностей их психического и личностного развития. Возникает она под действием следующих факторов: наличие страхов у родителей; избыточное предохранение ребенка от опасностей и изоляция от общения со сверстниками; большое количество запретов со стороны родителей или полное предоставление свободы ребенку, а также многочисленные нереализуемые угрозы всех взрослых в семье; отсутствие возможности для ролевой идентификации с родителем того же пола, преимущественно у мальчиков; конфликтные отношения между родителями; психические травмы типа испуга; психологическое заражение страхами в процессе общения со сверстниками и взрослыми.

# ***Заключение***

ВСД можно рассматривать как самостоятельное полиэтилогичное, но монопато-генетичное заболевание с конституциональной предрасположенностью и как синдром, входящий в структуру отдельных нозологических форм (неврозы, органические поражения ЦНС, первичное поражение внутренних органов, желез внутренней секреции и др.)

Отсутствие до настоящего времени единого подхода к терапии ПСР в раннем детском возрасте, по мнению большинства исследователей, явно не способствует эффективности лечения.

Большинство авторов выделяет здесь три основные проблемы. Первая заключается в отсутствии возможности своевременно оказать помощь на уровне первичного звена (детской поликлиники) и педиатрических стационаров. Для этого требуется наличие необходимых специалистов - детских психотерапевтов и медицинских психологов, которые, осуществляя взаимодействие с педиатрами, могли бы взять на себя ответственность за данный аспект поликлинического лечения. Вторая проблема - преобладание в терапии ПСР симптоматического подхода (телесно-ориентированного), тогда как необходимо выявление (в том числе с помощью проективных тестов) содержания скрытого психотравмирующего конфликта, лежащего в основе депрессивных расстройств. Наконец, тот факт, что в подавляющем большинстве случаев психогенные конфликты детей вызваны и/или поддерживаются неблагоприятной семейной ситуацией и неадекватным воспитательным подходом, определяет обязательное вовлечение родителей в психотерапевтический процесс.

Таким образом, на первый план среди организационных задач лечения ВСД, в особенности у детей раннего возраста, выступает поиск альтернативных детских учреждений, где можно было бы осуществлять решение пограничных проблем, таких как реабилитация, на основе взаимодействия специалистов разных профессий - педиатров, психологов, педагогов.

# ***Литература***

1. Антропов Ю.Ф., Ю.С. Шевченко. Лечение детей с психосоматическими расстройствами. - М.: Издательство: Речь, 2002.

2. Гиндикин В.Я. Справочник. Соматогенные и соматофорные расстройства. М., Триада-Х, 2000.

. Ёлкина Т.Н., Воропай Л.А., Комосова Т.В. Синдром вегето-сосудистой дистонии у детей и подростков: Учебно-методическое пособие. - Новосибирск: Сибмедиздат, 2003.

. Курпатов А.В., Аверьянов Г.Г. Психические расстройства в практике врача общего профиля. - СПб.: "Издательство Петрополис", 2001.

. Менделевич В.Д., Соловьева, С.Л. Неврозология и психосоматическая медицина. - М.: МЕДпресс-информ, 2002 г

. Мурашко, Е.В., Осокина, Г.Г. Современные аспекты синдрома вегето-сосудисой дистонии у детей и подростков // Вестник аритмологии. - 2000. - №18. - стр.49-50

. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. Л.: ЛГУ, 1960.

. Овсянников С.А. Цыганков Б.Д. Пограничная психиатрия и соматическая патология. Клинико-практическое руководство. - Москва, Триада-фарпм, 2001.

. Пути оптимизации стационарной помощи детям в современных условиях / под редакцией А.А. Баранова, В.Ю. Альбицкого. - М. Издательство Литтерра, 2006.

. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства // Психиатрия и психофармакология, 2000, №2. - С.2-36.

. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. М.: Медицина, 1978.

. Целибеев Б.А. Психические нарушения при соматических заболеваниях. М., 1972.