

Выводы

Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод о том, что очень важно своевременно и точно определить степень тяжести состояния пациента с РС, в том числе его психоэмоциональный статус. Шкала Спилберга позволяет определить уровень тревожности пациента, повышение которого может быть напрямую связано с таким диагнозом как РС. На основании данных о тревожности пациенту может быть оказана психолого-социальная помощь, а так же это поможет выяснить уровень мотивации пациента к прохождению курса реабилитации.

Опросник Вейна не фигурирует в современной литературе как практический метод исследования пациентов с РС, но это не исключает возможность его применения для выявления СВД у таких пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Смирнов, В. С.* Нейропсихологический статус у пациентов с ремиттирующим типом течения рассеянного склероза / В. С. Смирнов, Т. И. Канаш, Н. В. Галиновская // Проблемы здоровья и экологии. — 2018. — № 2. — С. 52.
2. *Бельская, Г. Н.* Использование шкалы оценки тяжести состояния больных рассеянным склерозом по Kurtzke в клинической практике: учеб.-метод. пособие / Г. Н. Бельская, И. Г. Лукашевич, Н. В. Кутепова. — М., 2008. — С. 3–4.
4. *Романовский, Н. В.* Использование визуальной шкалы самооценки состояния как способ формирования мотивации к реабилитации / Н. В. Романовский, Е. М. Новикова // Клиническая и специальная психология. — 2017. — Т. 6. — С. 135–148.
3. *Гребень, Н. Ф.* Психологические тесты для профессионалов / Н. Ф. Гребень // Современная школа. — 2007. — С. 496.

УДК 616.8-00-052:159.923

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Смоленчук Е. В., Колбаско И. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н.Н. Усова

Учреждение образования

**«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Внутренняя картина болезни — это сугубо индивидуальная система ощущений, эмоциональных переживаний и мыслей (суждений), определяющих отношение больного к нарушению здоровья и связанное с ним поведение. Внутренняя картина болезни является динамичной и содержательно изменяется в зависимости от возраста, пола, тяжести болезни или ее длительности, прогнозов в отношении болезни, интеллекта и состояния мозга, типа личности. Влияние психологического фактора на начальном этапе развития болезни особенно велико, что происходит из-за того, что познавательная активность больного начинается на этой стадии и здесь же обнаруживает личностную специфичность. На поздних этапах длительной болезни влияние личностного фактора снижается, однако внутренняя картина болезни становится поддерживающим условием больного, но может стать и дополнительным фактором в формировании аномалий личности. Содержание внутренней картины болезни само по себе может провоцировать психогенные расстройства или быть провокатором дополнительных болезненных ощущений. Существует 12 типов отношения к болезни, диагностируемых опросником в соответствии с классификацией А. Е. Личко и Н. Я. Иванова (1980, 1983): гармоничный, эргопатический, анозогнозический, тревожный,

ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический, сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный, дисфорический [1–4].

Цель

Оценить внутреннюю картину болезни у пациентов с неврологического стационара.

Материал и методы исследования

Обследованы 20 пациентов с хроническими неврологическими болями, 10 мужчин, 10 женщин, в возрасте от 26 до 86 лет, средний возраст — $56,8 \pm 16,2$ лет. Для оценки внутренней картины боли мы использовали регистрационный лист опросника «Тип отношения к болезни», содержащий 12 таблиц-наборов, которые содержат 11–17 утверждений, касаемых 12 типов отношений к болезни (А. Е. Личко и Н. Я. Иванова, 1980, 1983). Выявлялись следующие типы: гармоничный, эргопатический, анозогнозический, тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический, сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный, дисфорический. У всех пациентов взято информированное согласие. Обработка результатов проводилась с помощью методов описательной статистики программы «Statistica» 12.0.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате исследования выявлены следующие типы внутренней картины болезни. Превалировал гармонический тип внутренней картины болезней, который наблюдался в 13 случаях, что составило 65 %. Далее по 3 пациента имели анозогнозический и эргопатический тип внутренней картины болезни, соответственно по 15 %. У 1 (5 %) пациента наблюдался сенситивный тип отношения к болезни.

Выводы

Таким образом, у пациентов неврологического стационара преобладал гармонический тип внутренней картины болезни, что отражало правильную, трезвую оценку своего состояния и нежелание обременять других тяготами ухода за собой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Николаева, В. В. Психосоматика: телесность и культура: учеб. пособие для вузов / В. В. Николаева; под ред. В. В. Николаевой. — М.: Академический проект, 2009. — 346 с.
2. Бассин, Ф. В. О современном подходе к проблеме психологических факторов болезни / Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней / Ф. В. Бассин. — М., 1972. — 267 с.
3. Фрумкин, Я. П. Следовые влияния в психопатологии / Я. П. Фрумкин, С. В. Лившиц. — Киев: Здоров'я, 1979. — 367 с.
4. Соколова, Е. Т. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях / Е. Т. Соколова, В. В. Николаева — М.: SvR – Аргус, 1995. — 287 с.

УДК 616.711:616.8-009.836

КАЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА СНА ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННОЙ ПАТОЛОГИИ

Ляхова М. С., Савостин А. П.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Н. Усова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Сон — это состояние организма, которое циклично повторяется, и характеризуется снижением психической и физиологической активности, состоянием относительного покоя и значительным повышением порога чувствительности к внешним раздражителям.