

тому что после встречи лицом к лицу с Богом, у нас уже не останется выбора — верить или не верить в Него. Но Он хочет, чтобы мы прямо сейчас пришли к Нему через веру и любовь. Если мы принимаем смерть Иисуса Христа как плату за наше греховное падение перед Богом, то нам гарантирована не только полноценная жизнь на земле, но и вечная жизнь в присутствии Христа.

Люди всегда боялись смерти, забвения, неизвестности, которую она несет с собой. Для того, чтобы подготовиться к неизбежному, они изобретали идеальные модели того, что же произойдет с ними после смерти. Но все верили в то, что после смерти их душа останется бессмертной и в то, что их загробная жизнь будет зависеть от того, как они прожили свою земную жизнь. Так или иначе, этот вопрос до сих пор остается открытым. Даже сегодня, спустя тысячи лет философских и религиозных дебатов, люди не смогли прийти к общему мнению, что же происходит с нами после смерти.

ЛИТЕРАТУРА

1. Святитель Симеон, архиепископ Солунский. Премудрость нашего спасения. — М.: Благовест, 2010. — 640 с.
2. Кун, Н. А. Легенды и мифы Древней Греции / Н. А. Кун. — М.: Просвещение, 1975. — С. 27.

УДК 2:616

УЧЕТ РЕЛИГИОЗНОСТИ В ОЦЕНКЕ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ И ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА

Хилькевич С. О.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Внутренняя картина болезни — совокупность представлений человека о своём заболевании, результат творческой активности, которую проделывает пациент на пути осознания своей болезни. Это отражение болезни во внутреннем мире больного [1]. Термин с одной стороны подчёркивает субъективизм восприятия человеком своей болезни, а с другой — указывает на неоспоримость связи между пониманием болезни и вариантом её течения.

Формирование и динамика внутренней картины болезни находится под влиянием многих факторов (характер заболевания, социальные факторы и т. д.), однако, центральным из них является непосредственно личность заболевшего. В философской, религиозной и психологической традиции подчеркивается трихотомичность человеческой природы: дух, душа и тело; биологический, психологический/психосоциальный и духовный (мир самости) уровни; когнитивный, эмоциональный, соматический компоненты [2].

Внутренняя картина болезни, являясь сложной динамической структурой, включает в себя четыре уровня (В. В. Николаева, 1976):

— чувственный (сенситивный) — комплекс субъективных болезненных и иных неприятных ощущений, их интенсивность и т.п.;

— эмоциональный — эмоциональные реакции на вызванные болезнью ощущения и на последствия болезни в жизни человека;

— интеллектуальный — знания о болезни и ее рациональная оценка, исходя из всей имеющейся о болезни информации и жизненного опыта;

— мотивационный — возникновение новых мотивов и перестройки доболезненной мотивационной структуры.

Между этими уровнями возможны различные соотношения и интенсивность выраженности, однако, их взаимное влияние друг на друга всегда имеет место быть. Ре-

зультатом сформированной внутренней картины болезни является формирование уникальных психических и поведенческих реакций на заболевание, которые не только определяют отдельные клинические особенности заболевания, но и могут как способствовать благоприятному течению лечебного процесса, так и осложнять его.

Важным является то, что внутренняя картина болезни доступна «коррекции» в процессе психотерапевтического воздействия, что может положительно сказываться на лечебном процессе основного заболевания. Именно этим определяется значимость индивидуального подхода к пациенту на всех этапах лечения для учёта не только оценки уровня здоровья и интенсивности болезненных проявлений имеющегося заболевания, но и его психологического состояния, уровня культуры, национальных и религиозных особенностей.

В тех случаях, когда специалисты способны проникнуть в культурный контекст больного, понять те объяснительные модели пациента и его окружения, которые они предлагают, клиническая коммуникация налаживается, приверженность пациента назначенному режиму лечения и удовлетворенность его результатами растут [3].

Религиозные особенности личности (в том числе и конфессиональная принадлежность), которые зачастую не учитываются в лечебно-диагностической работе с пациентом, могут оказывать краеугольное значение не только на восприятие заболевания, но и на отношение к лечению.

Профессор Павел Борисович Зотов на примере онкологических больных выделил пять наиболее часто встречающихся типов внутренней картины болезни, среди которых описывается и так называемый «божественный» тип [4].

Для такого типа внутренней картины болезни характерно восприятие больным заболевания как наказания (в том числе и незаслуженные) за какие-либо грехи или проступки его самого или его предков, как испытание, как научение или назидание другим.

Понимание причин возникновения заболевания чётко разделяется в системе «пациент — Бог» и, исходя из смыслового понимания причинности возникновения заболевания, могут быть характерны две крайности в позиции пациента относительно заболевания: активная — искупление, замалывание грехов и т. д., либо пассивное принятие и страдание [4].

Порой больной может обнаруживать культивируемые религиозностью терпение и послушание в лечебном процессе, а в отдельных случаях — пренебрежение медицинской помощью за счёт активного обращения к религиозным действиям (молитва, паломничество, чтение религиозной литературы и т. п.) или вовсе отказ от её получения.

Естественно, это не может не учитываться врачом при оказании медицинской помощи. Зачастую единственным вариантом вовлечения больного в лечебный процесс являются совместные и содружественные действия лечащего врача и представителя духовенства той конфессии, к которой принадлежит пациент.

Очевидным является то, что отсутствие категоричности или пристрастности во взгляде врача на религиозность пациента в частности и на религии в целом, будет способствовать улучшению терапевтических отношений и конструктивно влиять на лечебный процесс.

ЛИТЕРАТУРА

1. Психосоматика: телесность и культура / под ред. В. В. Николаевой. — М.: Академический Проект, 2009. — 311 с.
2. Пархомович, В. Б. Болезнь: враг или союзник? / В. Б. Пархомович // Сетевой электронный научный журнал «Вестник ГГУ» [Электронный ресурс]. — 2017. — № 2. — Режим доступа: http://vestnik-ggu.ru/doc/parhomovich28_4.pdf. — Дата доступа: 17.11.2019.
3. Клейнман, А. Понятия и модель для сравнения медицинских систем как культурных систем / А. Клейнман // Социология власти. — 2016. — Т. 28, № 1. — С. 208–231.
4. Зотов, П. Б. Типы внутренней картины болезни и суицидальная активность больных злокачественными новообразованиями / П. Б. Зотов // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. [Электронный ресурс]. — 2013. — № 2 (19). — Режим доступа: http://www.medpsy.ru/mpj/archiv_global/2013_2_19/nomer/nomer01.php. — Дата доступа: 17.11.2019.