

## **Выводы**

Внутренняя картина болезни — это совокупность представлений человека о своем заболевании, результат творческой активности, которую прорабатывает пациент на пути осознания своей болезни. Внутренняя картина болезни является динамичной и изменяется в зависимости от возраста, пола, тяжести болезни и ее длительности, прогнозов в отношении болезни и т. д. Ее содержание само по себе может провоцировать психогенные расстройства или быть провокатором дополнительных болезненных ощущений [4].

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Соколова, Е. Т. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях / Е. Т. Соколова, В. В. Николаева. — М.: Аргус, 1995. — 357 с.
2. Бассин, Ф. В. О современном подходе к проблеме психологических факторов болезни / Ф. В. Бассин // Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней. — М., 1972. — С. 105–124.
3. Лурия, Р. А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания / Р. А. Лурия. — М.: Медицина, 1977. — С. 37–52.
4. Ковалев, В. В. Личность и ее нарушения при соматической болезни / В. В. Ковалев // Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней. — М., 1972. — С. 102–114.

УДК 616:[614.253.8:616.8]

## **ТИПЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ НА БОЛЕЗНЬ**

*Мельник О. С.*

**Научный руководитель: к.п.н., доцент Ж. И. Трафимчик**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

## **Введение**

Общие принципы выбора заболевшим человеком тех или иных типов психического реагирования на заболевания, закономерности формирования отношения к болезни сочетаются в клинике со специфическими особенностями психического состояния пациентов, у которых возникли болезни. Можно говорить о влиянии самой болезни на характер реагирования на ее появление, течение, успешность лечения и исход. При этом типичность реакции на заболевание зависит от параметров болезни в такой же мере, как и от индивидуально-психологических особенностей человека [1].

## **Цель**

Изучить психосоматические типы реагирования пациентов на болезнь.

## **Материал и методы исследования**

Теоретический анализ, обобщение, интерпретация литературных источников по проблеме исследования.

Принятая в отечественной клинической психологии типология реагирования на заболевания создана А. Е. Личко и Н. Я. Ивановым на основе оценки влияния трех факторов [2]: природы самого соматического заболевания; типа личности, в котором важнейшую составную часть определяет тип акцентуации характера; отношения к данному заболеванию в референтной для больного группе.

## **Типы реагирования на болезнь без нарушения социальной адаптации**

**Гармоничный.** Трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всем активно содействовать успеху лечения. При гармоничном типе психического реагирования важным является реализм в восприятии симптомов и понимании объективной тяжести заболевания [3].

**Эргопатический** — уход от болезни в работу. При объективной тяжести болезни и страданиях больные стараются, во что бы то ни стало продолжать работу. Трудятся с ожесточением, с еще большим рвением, чем до болезни [3].

*Анозогнозический.* Активное отбрасывание мыслей о болезни, о возможных ее последствиях. Непризнание себя больным. Отрицание очевидного в проявлениях болезни, приписывание их случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям. Отказ от обследования и лечения [3].

#### **Типы реагирования на болезнь с нарушением социальной адаптации по интрапсихическому варианту**

*Ипохондрический.* Сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них окружающим. Переоценка действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение побочного действия лекарств. Сочетание желания лечиться с неверием в успех. Требования тщательного обследования в сочетании с боязнью вреда и болезненности диагностических процедур [3].

*Тревожный.* Непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Настроение тревожное, угнетенное. Проявлением тревоги может быть повышенный интерес пациента к медицинской литературе, придирчивость к медицинскому персоналу, нацеленность на перепроверку получаемых от врачей сведений о болезни [3].

*Меланхолический или депрессивный.* Удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных [3].

*Апатический.* Апатия в подлинном смысле — это полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению только при настойчивом побуждении извне. Как правило, безразличие обусловлено депрессией и фиксацией на собственном состоянии [3].

#### **Типы реагирования на болезнь с нарушением социальной адаптации по интерпсихическому варианту**

*Эгоцентрический.* «Уход в болезнь», выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью завладеть их вниманием. Требование исключительной заботы. Разговоры окружающих быстро переводятся на себя. Жалобы описываются большими очень красочно, сопровождаются манерной жестикულიцией и выраженной мимикой [3].

*Неврастенический.* Поведение по типу «раздражительной слабости». Вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения, при неблагоприятных данных обследования. Непереносимость болевых ощущений, нетерпеливость, неспособность ждать облегчения [3].

*Дисфорический.* Тревожная мнительность, которая, прежде всего, касается опасений не реальных, а маловероятных осложнений, неудач лечения, плохого исхода, а также возможных неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы. Пациент становится суеверным. Он придает особое значение мелочам (к примеру, расценивает шансы своего излечения в зависимости от того, в каком порядке войдут в его палату врач и медицинская сестра) [3].

*Сенситивный.* Чрезмерная озабоченность пациента возможным неблагоприятным впечатлением, которое может произвести на окружающих информация о его болезни. Опасение, что окружающие станут избегать, считать неполноценным, пренебрежительно относиться. Они нередко в ущерб своему здоровью стесняются обращаться к врачу или медицинской сестре даже в случаях угрожающего для жизни состояния. Отмечаются робость, застенчивость, повышенная скромность таких пациентов [3].

*Эйфорический.* Необоснованно повышенное настроение, нередко наигранное. Пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Надежда на то, что «все само собой обойдется». Подобное реагирование может носить защитный характер или отражать характерологические особенности человека [3].

*Паранойяльный.* Уверенность в том, что болезнь является результатом чего-то злого умысла. Крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам. Стремление приписывать возможные осложнения лечения или побочные действия лекарств халатности или злему умыслу врачей и персонала [3].

## **Выводы**

Следует учитывать двойственное (амбивалентное) отношение больного к своему заболеванию. Традиционное понимание болезни связывают с негативной ее стороной. Однако наблюдения психологов показывают, что есть и позитивная сторона заболевания. Задача врача — искать положительную сторону болезни и показать ее больному. Это часто помогает наладить нужный психотерапевтический контакт и ободряет больного [4].

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Фрумкин, Я. П. Личность и психическое заболевание / Я. П. Фрумкин, И. А. Мизрухин // Проблемы личности: материалы симпозиума. — М., 1970. — С. 15–17.
2. Бассин, Ф. В. О современном подходе к проблеме психологических факторов болезни / Ф. В. Бассин / Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней. — М., 1972. — С. 105–124.
3. Соколова, Е. Т. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях / Е. Т. Соколова, В. В. Николаева. — М.: Аргус, 1995. — 357 с.
4. Николаева, В. В. Психосоматика: телесность и культура: учеб. пособие / В. В. Николаева; под ред. В. В. Николаевой. — М.: Академический проект, 2009. — 320 с.

УДК 527.217.34

## **ПЕРВАЯ ИСКУССТВЕННАЯ РИБСОМА**

*Микулич В. А.*

**Научный руководитель: С. Н. Боброва**

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

### **Введение**

В центре фармацевтической биотехнологии университета штата Иллинойс в Чикаго впервые создана синтетическая рибосома, работающая в живой клетке. Долгое время такая процедура считалась находящейся за пределами наших познаний и технических возможностей. Сегодня она стала новой страницей в истории развития биотехнологий.

### **Цель**

Еще в середине XIX в. Фридрих Энгельс описал жизнь как способ существования белковых тел, постоянно обменивающихся с окружающей средой. В этом определении отражены главные черты наших организмов и других живых существ: белковая природа и постоянная необходимость в материале для эффективного биосинтеза протеинов. На сегодняшний день генетики знают язык ДНК, научились читать и даже корректировать план внутриклеточного синтеза белка, но работа с кодом — лишь начало. Управлять самим биосинтезом протеинов можно лишь в том случае, когда от понимания шаблонов по их выпуску мы перейдем к воссозданию всех стадий самого процесса производства. Поэтому детальное изучение механизмов трансляции белка и создание рибосом с нуля представляет сейчас ключевой интерес.

### **Материал и методы исследования**

Рибосомы — главная внутриклеточная фабрика белка. Структура этих органоидов в общих чертах была известна давно, однако никто не знал, как можно заменить их молекулярной машиной. Создать специализированную рибосому с нуля для производства экзотических полипептидов — и вовсе казалось задачей отдаленного будущего. Каждая рибосома состоит из двух субъединиц, имеющих различную массу. Для синтеза белка обе субъединицы объединяются и скользят вдоль матричной РНК, выполняя сборку полипептида по записанной на ней программе. Матричная РНК выделяется через поры ядра в цитоплазму клетки. Там к ней сначала присоединяется малая субъединица рибосомы, а затем — большая. К образовавшемуся комплексу поступают молекулы аминоацил-тРНК, поставляющие разные аминокислоты для синтеза белка. Вскоре от рибосомы отделяется синтезированный полипептид. Искусственная рибосома, получившая название **Ribo-T**, устроена немного иначе. Если бы ее сделали также состоящей из двух частей, то синтетические субъединицы