

цеистов отмечено значимо повышенный на 33,6 % МОК ($p < 0,001$), на 39,4 % СИ ($p < 0,001$) и тенденции к увеличению ЧСС ($p = 0,09$) И СО ($p = 0,08$) у юношей с сердечным ТСК по сравнению со сверстниками с сердечно-сосудистым ТСК.

Выводы

Установлено, что у обследуемых школьников основным типом саморегуляции кровообращения является сердечный (57,1 %), в то время как у лицейстов — сердечно-сосудистый (61,5 %). У девушек с сердечным типом саморегуляции кровообращения значимо увеличен УО ($p < 0,03$), МОК ($p = 0,001$), СИ ($p < 0,01$) и снижено САД ($p < 0,001$) и ДАД ($p = 0,001$) по сравнению с девушками с сердечно-сосудистым типом саморегуляции кровообращения. При сравнении показателей центральной гемодинамики у юношей этих двух групп отмечено значимо повышенный МОК ($p < 0,001$) и СИ ($p < 0,001$) у юношей с сердечным типом саморегуляции кровообращения по сравнению со сверстниками с сердечно-сосудистым типом саморегуляции кровообращения.

По сравнению с девушками с сердечно-сосудистым ТСК у школьников с сосудистым ТСК были значимо низкий МОК ($p = 0,0001$) и СИ ($p < 0,01$).

Полученные данные могут быть использованы при разработке методик направленных на повышение здоровья школьников, обучающихся в школах «нового типа».

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов, А. А. Проблемы роста и развития здорового ребенка: теоретические и научно-практические проблемы / А. А. Баранов // Рос. пед. журнал. — 1999. — № 2. — С. 4–6.

УДК 616

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ. ФАКТОРЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ВЛИЯНИЕ НА ЕЕ ФОРМИРОВАНИЕ

Мельник О. С.

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

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

Введение

Считается, что тип реагирования на соматическое заболевание связан в первую очередь с оценкой пациентом его тяжести. При этом можно говорить о существовании феномена «объективной тяжести болезни» и «субъективной тяжести болезни». Термины «объективная» и «субъективная» в некоторой мере условны, поскольку нет единого для всех и на все времена реестра тяжести болезней. Однако более значимой является субъективная оценка пациентом степени тяжести своей болезни. Субъективное отношение к заболеванию называют также «внутренней картиной болезни» (Р. А. Лурия), «концепцией болезни», «нозогнозией» [1].

Цель

Изучить структуру внутренней картины болезни и факторы, влияющие на ее формирование.

Материал и методы исследования

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

Результаты исследования и их обсуждения

Отношение к болезни, обладая всеми характеристиками, присущими психологическим отношениям, содержит в себе когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты: 1) когнитивный компонент включает знание о болезни, ее осознание, понимание ее роли и влияния на судьбу больного; 2) эмоциональный компонент — это ощущение и переживание болезни и всей ситуации с ней связанной; 3) поведенческий компонент включает связанные с болезнью реакции, способствующие адаптации или дезадаптации к ней и выработку определенной стратегии

поведения в жизненных ситуациях в связи с болезнью (принятие роли больного, активная борьба с болезнью, игнорирование, пессимистические установки и пр.) [1].

При адекватном типе реагирования (*нормнозогнозия*) больные правильно оценивают свое состояние и перспективы, их оценка совпадает с оценкой врача. При *гипернозогнозии* больные склонны переоценивать значимость отдельных симптомов и болезни в целом, а при *гипонозогнозии* — склонны их недооценивать. При *диснозогнозии* у больных наблюдаются искажение восприятия и отрицание наличия болезни и ее симптомов с целью диссимуляции или из-за страха ее последствий. *Анозогнозия* — полное отрицание болезни как таковой; характерное для больных с алкоголизмом и онкологическими заболеваниями [2].

На выработку субъективного отношения к той или иной болезни оказывают влияние, как правило, многие факторы. В их числе: вероятность летального исхода; вероятность инвалидизации и хронификации; болевая характеристика болезни; необходимость радикального или паллиативного лечения, его стоимость; влияние болезни на возможность поддерживать прежний уровень общения; социальная значимость болезни и традиционное отношение к больным в микросоциуме; влияние болезни на семейную и сексуальную сферы; влияние болезни на сферу развлечений и интересов [2].

Кроме того, в каждом конкретном случае отношение к болезни имеет индивидуально-специфическое своеобразие, которое зависит от ряда социально-конституциональных и индивидуально-психологических особенностей человека. Под социально-конституциональными параметрами понимается влияние на концепцию болезни пола, возраста и профессии человека, а под индивидуально-психологическими — свойства темперамента, особенностей характера и качеств личности [3].

Пол. К особенностям, имеющим корреляции с полом человека, можно отнести известные факты лучшей переносимости женщинами болевого ощущения, состояний длительной ограниченности или полной обездвиженности [2].

Возраст. Для детей, подростков и молодежи наиболее тяжелыми в психологическом отношении оказываются болезни, которые изменяют внешний вид человека, делает его непривлекательным. Лица зрелого возраста психологически более тяжело будут реагировать на хронические и инвалидизирующие заболевания. Это связано также с системой ценностей и отражает устремленность человека зрелого возраста удовлетворять такие социальные потребности, как потребность в благополучии, благосостоянии, независимости, самостоятельности и пр. [4].

Профессия. Человек, особенно зрелого возраста, очень часто оценивает тяжесть болезни, исходя из влияния симптомов заболевания на его настоящую и будущую трудоспособность. Значимым становится профессионально обусловленная ценность того или иного органа [4].

Темперамент. К значимым для выработки определенного типа психического реагирования на заболевание параметрам относят такие зависящие от темперамента особенности, как эмоциональность, переносимость боли и обездвиженность. В рамках четырех типов темперамента более низкие болевые пороги у холерика и меланхолика, по сравнению с сангвиником и флегматиком [3].

Характер. Характерологически обусловленное субъективное отношение к болезни формируется главным образом в процессе семейного воспитания. Причем существуют две противоположные семейные традиции воспитания субъективного отношения к болезням — «стоическая» и «ипохондрическая». В рамках первой традиции ребенок постоянно поощряется за поведение, направленное на самостоятельное преодоление недугов и плохого самочувствия. Противоположна ей «ипохондрическая» традиция нацелена на формирование сверхценного отношения к здоровью [3].

Личность. Среди личностных особенностей, влияющих на формирование субъективного отношения к болезни, в первую очередь следует отметить мировоззрение и философскую позицию по поводу смысла жизни и жизни после смерти. Уровень образования человека и уровень его культуры, как личностные свойства, также оказывает влияние на оценку субъективной тяжести болезни. Особо это касается уровня медицинской образованности и культуры [3].

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].