

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].