

ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Мальцева О.Е, Скорб О.А.

*УО «Гродненский государственный университет
имени Янки Купалы»*

Психологическое сопровождение кардиологических больных занимает одно из важных мест в процессе социально-психологической реабилитации. Социальная значимость рассматриваемой проблемы связана с тем, что данные заболевания все чаще развиваются у лиц молодого возраста, приводя их к частичной, а иногда и полной утрате трудоспособности. По данным многих авторов больные молодого возраста в ситуации соматогенной витальной угрозы представляют собой особую группу риска в плане психической дезадаптации [1; 2]. Так, А.В. Добровольский отмечает, что «наличие сердечно-сосудистой патологии является для пациента психической травмой, которая имеет сложное содержание и включает в себя целый комплекс слагаемых: угроза жизни, угроза мучительных страданий, социальная изоляция, утрата профессиональных и семейных ролей, неизвестность, гнев на судьбу, врачей, сожаление о прежде безответственном отношении к своему здоровью» [3, с.37]. По мнению А.Г. Ковалева, психологические проблемы могут явиться главной причиной, препятствующей восстановлению трудоспособности больных с сердечно-сосудистой патологией. При этом отношение к болезни в переживаниях человека накладывает значительный отпечаток на процесс выздоровления [4].

Болезнь создает трудную для больного жизненно-психологическую ситуацию. Эта ситуация включает в себя множество разнородных моментов: процедуры и прием лекарств, общение с врачами, перестройка отношений с близкими и коллегами по работе. Эти и некоторые другие моменты накладывают отпечаток на собственную оценку болезни и формируют отношение к своему заболеванию.

Понятие «внутренняя картина болезни» (ВКБ) было введено Р.А. Лурия и в настоящее время широко используется в

медицинской психологии [5]. Тип отношения к болезни (внутренняя картина болезни), возникающий у больного, создает целостный образ своего заболевания, представление в психике больного о своей болезни. В содержании внутренней картины болезни отражается не только наличная жизненная ситуация (ситуация болезни), но и преморбидные особенности личности больного, которые во многом могут объяснять предпочтительность появления у больных тех или иных форм реагирования на заболевание [7; 5]. Кроме того, как всякое отношение, отношение к болезни опосредовано существующими в значимом для больного микросоциальном окружении и в обществе в целом представлениями о данном заболевании, о регламентированных в определенной культуре нормах поведения больного, о социальных и социально-психологических последствиях болезни [8].

Л.И. Вассерман и В.Д. Менделевич отмечают что, в условиях заболевания внутренняя картина болезни является главным регулятором поведения и, в зависимости от условий, может способствовать развитию адаптационных или дезадаптационных эффектов [6]. Б.Д. Карвасарский, также замечает, что отношение к болезни оказывает влияние на системы отношений личности, в том числе и на защитно-приспособительные механизмы [3]. В этой связи мы считаем актуальной проблему изучения типов отношения к болезни, лиц страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Существуют различные классификации отношения к болезни, из которых наиболее емкой является классификация, предложенная А.Е. Личко и Н.Л. Ивановым. Они выделяют гармонический, эргопатический, анозогностический, тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический, сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный и эйфорический типы отношения к болезни [8].

В нашем исследовании типов отношения к болезни лиц, страдающих сердечно-сосудистой патологией, которое осуществлялось с помощью методики «Личностный опросник Бехтеревского института» (ЛОБИ), приняли участие 140 испытуемых, из них 86 мужчин и 54 женщины в возрасте от 34 до

75 лет. Все они являются пациентами Гродненского областного кардиологического диспансера.

В результате исследования в группе испытуемых были обнаружены все типы отношения к болезни, как среди мужчин, так и среди женщин. В частности гармоничный тип был отмечен у 20,6% мужчин и 20,3% женщин, тревожный у 8,5% мужчин и 9,1% женщин, ипохондрический у 4,5% мужчин и 5,8% женщин, меланхолический у 3,6% мужчин и 2,2% женщин, апатический у 7,2% мужчин и 6,6% женщин, неврастенический у 3,6% мужчин и 3,6% женщин, обсессивно-фобический у 5,8% мужчин и 6,6% женщин, сенситивный у 20,5% мужчин и 19,3% женщин, эгоцентрический у 1,8% мужчин и 2,2% женщин, эйфорический у 15,2% мужчин и 14,1% женщин, анозогнозический у 4,8% мужчин и 5,8% женщин, эргопатический у 2,2% мужчин и 2,2% женщин, паранойяльный у 1,7% мужчин и 2,2% женщин.

Наиболее выраженными по выборке в целом оказались следующие типы отношения к болезни:

- Гармоничный (20,5% от общей выборки). 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. Нежелание обременять других тяготами ухода за собой.

- Сенситивный (19,9% от общей выборки), основными особенностями которого являются чрезмерная озабоченность о возможном неблагоприятном впечатлении, которое могут произвести на окружающих сведения о своей болезни; опасения, что окружающие станут избегать, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать сплетни о причине и природе болезни; боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим.

- Эйфорический (14,6% от общей выборки). Необоснованно повышенное настроение, нередко наигранное. Пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Надежда на то, что «само все обойдется». Желание получать от жизни все, несмотря на болезнь. Легкость нарушений

режима, хотя эти нарушения могут неблагоприятно сказываться на течении болезни.

В то же время необходимо отметить, что выделенная тенденция в отношении преобладающих типов отношения к болезни прослеживается и в группах испытуемых с учетом фактора пола, так у мужчин наиболее представленными являются типы отношения к болезни: гармоничный у 20,6%, сенситивный у 20,5%, эйфорический у 15,2 %. В группе женщин наиболее представленными являются типы отношения к болезни: гармоничный у 20,3%, сенситивный у 19,3%, эйфорический у 14,1%.

Таким образом, в целом в группе испытуемых были обнаружены все типы отношения к болезни, анализ которых показал, что наиболее часто встречаемыми типами отношения к болезни, среди лиц страдающих сердечно-сосудистыми патологиями, являются: гармоничный, сенситивный и эйфорический. Тогда как, наиболее редко встречающимися типами отношения к болезни среди испытуемых мужчин являются меланхолический, апатический и обсессивно-фобический типы переживания болезни, а среди испытуемых женщин – меланхолический, апатический и анозогнозический типы переживания болезни.

Не вызывает сомнения, что состояние здоровья действительно отражается на формировании и изменении личности. Проблема влияния сердечно-сосудистой патологии на личность человека является одной из актуальных для медицинской и клинической психологии и достаточно активно обсуждается в современной литературе. Психосоматические концепции в кардиологии не только привлекают всё большее внимание исследователей, но и находят – и в диагностике, и в лечении – практическое применение. Так, знание типа отношения больного к своему заболеванию помогает подобрать адекватную стратегию взаимодействия с ним и его семьей, использовать соответствующие способы общения, мотивирования к лечению, что подчеркивает актуальность проводимого исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аронов, Д.М. Сердце под защитой / Д.М. Аронов. – М.: Физкультура и спорт, 1982. – 112 с.

2. Кондратенко, В.Т. Общая психотерапия / В.Т. Кондратенко, Д.И. Донской. — Минск, 1993. — 383 с.
3. Карвасарский, Б.Д. Медицинская психология / Б.Д. Карвасарский. — Л., 1982. — 360 с.
4. Ковалев, В.В. Личность и ее нарушения при соматической болезни / В.В. Ковалёв — М., 1972. — 186 с.
5. Лурия, А.Р. Внутренняя картина болезней и язтрогенные заболевания / А.Р. Лурия. — М.: Мир, 1977. — 227 с.
6. Менделевич, В.Д. Клиническая и медицинская психология / В.Д. Менделевич.— М.: "МЕДпресс", 1998. — 588 с.
7. Конечный, Р. Психология в медицине / Р. Конечный, М. Боухал. — Прага: Авиценум, Медицинское издательство, 1983.— 296 с.
8. Личко, А.Е. Методика определения типа отношения к болезни / А.Е. Личко, Н.Я. Иванов // Журн. невропатол. и психиатр. — 1980. — №8. — с.—30.

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

Манкевич С.М., Сиваков А.П., Подсадчик Л.В.

*УО «Белорусская медицинская академия последипломного
образования»*

Проблема диагностики и эффективного лечения пациентов с соматоформными расстройствами уже много лет является актуальной для врачей различных специальностей, так как это пациенты, которые многократно годами посещают различных специалистов, предъявляют многочисленные жалобы, обследуются без результата и лечатся без эффекта.

Главным признаком соматоформных расстройств является повторяющееся возникновение физических симптомов, которые якобы обусловлены расстройством соматической системы или органа и в основном или полностью находятся под контролем вегетативной регуляции, т.е. сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной или дыхательной систем. Симптомы обычно бывают двух типов, ни один из которых не указывает на физическое расстройство определенного органа или системы. Первый тип симптомов характеризуется жалобами на объективные признаки вегетативного возбуждения: сердцебиение, потение, покраснение