

- «*страх болезни близких*» – связан с усиленной эмпатией и осознанием хрупкости жизни, особенно в контексте тяжелого диагноза;
- «*страх старости*» – отражает тревогу перед физическими изменениями, ухудшением состояния и возможной зависимостью от окружающих;
- «*страх за сердце*» – связан с повышенной внимательностью к своему здоровью и возможными осложнениями, вызванными лечением;
- «*страх перед будущим*» – обусловлен неопределенностью исхода заболевания, возможными ограничениями и изменением качества жизни;
- «*страх заболеть каким-либо заболеванием*» – проявляется как гипербдительность и тревожность, связанная с риском рецидива или новых проблем со здоровьем.

В заключение, исследование показало, что страхи высокой интенсивности у пациентов гинекологического и онкологического профилей имеют разные психологические корни. У пациентов гинекологического профиля преобладают страхи, связанные с социальной адаптацией, личными изменениями и внешними угрозами, тогда как у пациентов онкологического профиля доминируют страхи, связанные с экзистенциальными вопросами, здоровьем и будущим. Эти различия важно учитывать при разработке психологической поддержки и терапевтических стратегий, направленных на снижение тревожности и повышение качества жизни пациентов. Индивидуальный подход, учитывающий специфику страхов, может способствовать более эффективной адаптации и эмоциональному благополучию пациентов обоих профилей.

Список использованных источников

1 Абакумова, Т.В. Классификация основных видов страха современного общества / Т.В. Абакумова // Социальная психология: диалог Санкт-Петербург – Якутск. – СПб, 2002. – С. 133-140.

2 Lebel, S., Mutsaers, B., Tomei, C., Bouchard, L. C., Grandmont, R., Smirnow, N., ... & Marchand, S. (2016). Fear of cancer recurrence: A literature review and proposed new in-depth clinical interview for clinical practice. *Current Oncology Reports*, 18(10), 65. doi:10.1007/s11912-016-0546-5.

3 Мэй, Р. Проблема тревоги. / Р. Мэй – М.: Независимая фирма “Класс”, 2001. – 384 с.

А. С. Слесарева

Научный руководитель: Т. Г. Шатюк, канд. пед. наук, доцент
Гомельский государственный университет имени Ф. Скорины
г. Гомель, Республика Беларусь

ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У СТУДЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО И ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЕЙ

В статье представлены результаты исследования типологических особенностей отношения к болезни у студентов с заболеваниями гинекологического и травматологического профиля. Анализ показал, что студенты с гинекологическими заболеваниями демонстрируют выраженные эмоциональные реакции на свое состояние, что проявляется в «тревожном», «ипохондрическом», «меланхолическом», «сенситивном» и «паранойальном» типах отношения к болезни. Эти типы характеризуются повышенной тревожностью, склонностью к гиперболизации симптомов и эмоциональной чувствительностью. В то же время у студентов с травматологическими заболеваниями статистически значимые различия в отношении к болезни не выявлены. Это может быть обусловлено тем, что большинство травм носили давний характер и не

вызывали выраженного дискомфорта, страха или ограничений в повседневной жизни. Адаптационные механизмы и снижение субъективного восприятия заболевания способствовали более нейтральному отношению к состоянию здоровья

Ключевые слова: отношение к болезни, тревожность, студенты, гинекологический профиль, травматологический профиль, медицинская психология

A. S. Slesareva

Scientific Adviser: T. G. Shatiuk, PhD in Ped. Sciences, Ass. Professor

Francisk Skorina Gomel State University

Gomel, Republic of Belarus

TYOLOGICAL FEATURES OF ATTITUDE TO ILLNESS IN STUDENTS WITH GYNECOLOGICAL AND TRAUMATOLOGICAL DISEASES

The article presents the results of a study of typological features of attitude to illness in students with gynecological and traumatological diseases. The analysis showed that students with gynecological diseases demonstrate pronounced emotional reactions to their condition, which is manifested in the “anxious”, “hypochondriacal”, “melancholic”, “sensitive” and “paranoid” types of attitude to illness. These types are characterized by increased anxiety, a tendency to exaggerate symptoms and emotional sensitivity. At the same time, statistically significant differences in attitude to illness were not revealed in students with traumatological diseases. This may be due to the fact that most injuries were long-standing and did not cause significant discomfort, fear or limitations in everyday life. Adaptation mechanisms and reduction of subjective perception of the disease contributed to a more neutral attitude towards the state of health.

Keywords: attitude towards the disease, anxiety, students, gynecological profile, traumatological profile, medical psychology.

Отношение к болезни – это сложный конструкт, включающий в себя индивидуальные убеждения, эмоциональные реакции и поведенческие стратегии, формирующиеся в ответ на заболевание или его угрозу. Это не просто принятие диагноза, а глубокая внутренняя интерпретация собственного состояния здоровья, которая может значительно влиять на процесс выздоровления, приверженность лечению и общее благополучие. В современном мире, где стресс и высокая нагрузка стали неотъемлемой частью жизни, особенно для студенческой аудитории, понимание этого феномена приобретает особую актуальность. Студенты – это группа риска, подверженная как физическим, так и психоэмоциональным нагрузкам, которые могут провоцировать различные заболевания или усугублять их течение. Изучение отношения к болезни именно в этой среде позволяет выявить специфические паттерны поведения, барьеры для своевременного обращения за помощью и потенциальные ресурсы для укрепления здоровья [1, с.165].

Р. Конечный и М. Боухал, в свою очередь, предложили детальную классификацию типов «аутопластической картины болезни», которая помогает понять, как люди воспринимают свою болезнь и как это влияет на их поведение. Авторы выделили несколько основных типов аутопластической картины болезни:

– нормальная картина болезни (характеризуется адекватной оценкой своего состояния, соблюдением рекомендаций врача и позитивным настроением. Пациент понимает серьезность своего заболевания, но сохраняет оптимизм и активно сотрудничает с медицинским персоналом);

– пренебрежительная картина болезни (пациент недооценивает серьезность своего заболевания, игнорирует симптомы и не соблюдает рекомендации врача. Такое отношение может быть связано с различными причинами, включая низкий уровень тревожности, отрицание проблемы или желание сохранить привычный образ жизни);

– отрицающая картина болезни (пациент полностью отрицает наличие заболевания, даже при наличии явных симптомов. Это может определяться психологической защитой, страхом перед болезнью или другими мотивами);

– нозофобная картина болезни (проявляется чрезмерным страхом перед болезнью, преувеличением ее тяжести и осложнений. Пациент постоянно беспокоится о своем здоровье, ищет подтверждения своих опасений и склонен к пессимистичным прогнозам);

– ипохондрическая картина болезни (пациент постоянно беспокоится о своем здоровье, мнительность, склонность интерпретировать любые ощущения как проявление серьезного заболевания);

– нозофильная картина болезни (пациент привязывается к своей болезни, ищет в ней вторичные выгоды (например, внимание окружающих, освобождение от обязанностей. Такое поведение может быть вызвано различными причинами, включая личностные особенности, социальные факторы и характер заболевания).

Отношение к болезни следует рассматривать как сложный психологический конструкт, формирующийся под влиянием множества факторов и определяющий индивидуальный стиль адаптации к заболеванию. Условно можно выделить четыре основные точки зрения, определяющие ответную реакцию на заболевание. В рамках первой точки изучаются, как конкретные заболевания влияют на психологическое состояние человека. Вторая точка зрения предполагает, что характер реакции человека на болезнь определяется не столько спецификой заболевания, сколько индивидуальными особенностями личности и поведенческими проявлениями. В рамках третьей точки зрения считается, что тип отношения к болезни формируется под влиянием совокупности личностных, гендерных и этнических факторов. Четвертая точка зрения в качестве критерия, взятого за основу классификации типов отношения к болезни, рассматривает ту или иную систему потребностей, которая оказывается наиболее затронутой заболеванием [2, с. 406].

В данной статье мы рассмотрим особенности отношений к болезни у студентов гинекологического и травматологического профилей заболеваний. Эмпирическое исследование было проведено на базе УО «Гомельский государственный университет имени Ф. Скорины». Выборка исследования была сформирована из 30 студентов в возрасте от 18 до 23 лет, имеющих в анамнезе заболевания гинекологического и травматологического профилей.

В качестве диагностического инструментария был использован личностный опросник Бехтеревского института (ЛЮБИ) «Типы отношения к болезни».

В таблице 1 представлены результаты распределения респондентов гинекологического и травматологического профилей в соответствии с типом отношения к болезни.

Таблица 1 – Результаты исследования по опроснику «ЛЮБИ»

Типы отношения к болезни	Гинекологический профиль (n = 15)	Травматологический профиль (n = 15)	$\Phi^*_{эмп}$
1	2	3	4
Гармоничный (Г)	13,33 %	13,33 %	0.0
Тревожный (Т)	86,67 %	40 %	2.806
Ипохондрический (И)	46,67 %	6,67 %	2.689
Меланхолический (М)	26,67 %	0 %	2.972
Апатический (А)	0 %	0 %	0.0
Неврастенический (Н)	33,33 %	13,33 %	1.324
Обсессивно-фобический (О)	46,67 %	46,67 %	0.0
Сенситивный (С)	66,67 %	13,33 %	3.185

Окончание таблицы 1

1	2	3	4
Эгоцентрический (Я)	6,67 %	0 %	1.43
Эйфорический (Ф)	13,33 %	6,67 %	0.617
Анозогнозический (З)	46,67 %	46,67 %	0.0
Эргопатический (Р)	20 %	33,33 %	0.832
Паранойяльный (П)	60 %	6,67 %	3.423

В соответствии с данными, представленными в таблице, было выявлено, что у студентов гинекологического профиля чаще проявляются такие типы отношения к болезни как: «тревожный» (86,67 %), «сенситивный» (66,67 %), «паранойяльный» (60 %), «ипохондрический» (46,67 %), «обсессивно-фобический» (46,67 %), «анозогнозический» (46,67 %).

У студентов, имеющих в анамнезе заболевания травматологического профиля, проявляются: «обсессивно-фобический» (46,67 %), «анозогнозический» (46,67 %), «тревожный» (40 %), «эргопатический» (33,33 %).

В результате применения ϕ^* -углового преобразования Фишера, были установлены статистически значимые различия, и, соответственно, можно утверждать, что у студентов гинекологического профиля по сравнению с *травматологическим*, статистически значимо чаще характерны следующие типы отношения к болезни:

– *тревожный* ($\phi^*_{кр} = 2,31 < \phi^*_{эмп} = 2.806$ при $p \leq 0,01$). Студенты испытывают постоянное беспокойство и предчувствие беды, могут быть чрезмерно сосредоточены на своих симптомах, постоянно искать подтверждения ухудшения состояния, даже при незначительных изменениях. Характерны частые обращения к врачу, даже при отсутствии объективных показаний, а также поиск информации в интернете, что только усиливает их тревогу, бояться осложнений, бесплодия, развития онкологических заболеваний, даже если риски минимальны. Учебный процесс может страдать из-за постоянных переживаний, нарушения концентрации и сна. Социальная жизнь также может быть ограничена, так как тревога мешает полноценному общению и участию в мероприятиях;

– *ипохондрический* ($\phi^*_{кр} = 2,31 < \phi^*_{эмп} = 2.689$ при $p \leq 0,01$). Студенты с ипохондрическим типом чрезмерно озабочены своим здоровьем и наличием у себя серьезного, неизлечимого заболевания, даже если объективные медицинские данные этого не подтверждают, постоянно прислушиваются к своим ощущениям, интерпретируя любое, даже незначительное, изменение как признак прогрессирования смертельной болезни. Гинекологические симптомы (например, боли, выделения) могут быть гипертрофированы в их сознании до уровня угрожающих жизни состояний, требуют повторных анализов и обследований, не доверяя отрицательным результатам, и посвящать большую часть своего времени «болезни» и поиску доказательств ее наличия;

– *меланхолический* ($\phi^*_{кр} = 2,31 < \phi^*_{эмп} = 2.972$ при $p \leq 0,01$). Студенты с меланхолическим типом отношения к болезни склонны к глубокому унынию, пессимизму и ощущению безнадежности в связи со своим заболеванием, воспринимают болезнь как приговор, лишаящий их будущего, радости и полноценной жизни. Характерно самообвинение, ощущение своей вины за произошедшее, апатия и потеря интереса ко всему, что раньше приносило удовольствие (учеба, хобби, общение), могут пренебрегать лечением, считая его бесполезным, или, наоборот, выполнять его механически, без всякой веры в успех, энергия снижена, инициативность отсутствует, а настроение часто подавленное;

– *сенситивный* ($\phi^*_{кр} = 2,31 < \phi^*_{эмп} = 2.972$ при $p \leq 0,01$). Этот тип характеризуется повышенной чувствительностью и ранимостью в отношении своего заболевания. Студенты с сенситивным типом болезненно воспринимают любое обсуждение своей болезни, особенно если оно затрагивает интимные аспекты или потенциальные последствия для репродуктивной функции, могут чувствовать себя неполноценными, стыдиться своего состояния, избегать интимной близости или обсуждения своих проблем даже

с близкими людьми, это может приводить к социальной изоляции, снижению самооценки и развитию депрессивных состояний. Любое неосторожное слово или взгляд могут восприниматься как подтверждение их «дефектности»;

– *паранойяльный* ($\varphi^*_{кр} = 2,31 < \varphi^*_{эмп} = 3,423$ при $p \leq 0,01$). Для этого типа характерна подозрительность и недоверие к медицинскому персоналу, а иногда и к окружающим, могут подозревать врачей в некомпетентности, сговоре, неправильной диагностике или намеренном назначении ненужных процедур. В их представлениях болезнь может быть результатом чьего-то злого умысла или заговора, могут часто менять врачей, искать «правду» в разных клиниках, отказываться от лечения, если оно не соответствует их собственным, часто необоснованным, убеждениям. Это значительно затрудняет процесс диагностики и лечения.

У студентов, имеющих в анамнезе заболевания *травматологического* профиля по сравнению со студентами, имеющими *гинекологические заболевания*, статистически значимых различий не выявлено, что может быть обусловлено особенностями клинического течения заболеваний в данных группах.

В ходе проведенного исследования была изучена специфика отношения к болезни у студентов, имеющих в анамнезе заболевания гинекологического и травматологического профиля. Анализ показал, что характер восприятия заболевания существенно различается в зависимости от его природы.

У студентов с *гинекологическими* заболеваниями были выявлены выраженные типы отношения к болезни, среди которых тревожный, ипохондрический, меланхолический, сенситивный и паранойяльный. Эти типы характеризуются повышенной эмоциональной вовлеченностью, склонностью к переживаниям, гиперчувствительностью к симптомам и возможным негативным прогнозам относительно состояния здоровья. Гинекологические заболевания зачастую характеризуются более выраженной симптоматикой, регулярными проявлениями и потенциальным влиянием на эмоциональное состояние пациента. Факторы, связанные с репродуктивным здоровьем, гормональными изменениями и психоэмоциональным восприятием, могут усиливать субъективное ощущение дискомфорта, что делает данную группу более уязвимой в сравнении с травматологическим профилем.

В то же время у студентов с заболеваниями *травматологического* профиля статистически значимые различия не выявлены, это может быть связано с тем, что большинство травм носили давний характер и не вызывали выраженного дискомфорта, страха или ограничений в повседневной жизни. Адаптационные механизмы, отсутствие острого болевого синдрома и снижение субъективного восприятия заболевания могли способствовать нейтральному отношению к состоянию здоровья. Таким образом, отсутствие статистически значимых различий может объясняться не только объективными параметрами заболеваемости, но и особенностями восприятия и адаптации к патологическому состоянию, что требует дальнейшего изучения в рамках медицинской и психологической науки.

Полученные результаты подчеркивают необходимость индивидуального подхода к медицинскому и психологическому сопровождению студентов, учитывающего специфику восприятия заболевания и его влияние на эмоциональное состояние. Дальнейшие исследования могут быть направлены на изучение факторов, влияющих на формирование отношения к болезни, а также разработку профилактических и коррекционных программ, способствующих улучшению психологического благополучия студентов.

Список использованных источников

1 Leventhal, H. The self-regulation of health and illness behavior / H. Leventhal, L. Cameron // The Handbook of Health Psychology / ed. by A. Baum et al. – 1st Edition. – N. Y. : Psychology Press, 2018. – P. 165–197.

2 Конечный, Р. Психология в медицине / Р. Конечный, М. Боухал, Г. Шевченко. – Прага : Авиценум, 1983. – 406 с.