са у студентов указывает на уязвимость данной группы и необходимость психологического сопровождения в период обучения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бакумов, П. А. Анализ психологического состояния медицинских работников хирургического и терапевтического профиля / П. А. Бакумов, М. Е. Волчанский, Е. А. Зернюкова [и др.] // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2018. – № 2 (66). – С. 35–38 – [электронный ресурс]: https://cyberleninka.ru/article/n/analiz-psihologicheskogo-sostoyaniya-meditsinskih-rabotnikov-hirurgicheskogo-i-terapevticheskogo-profilya (дата обращения: 15.03.2026).

2. Самрханова, И. И. Сравнительная оценка взаимосвязи психического здоровья и инсомнии у студентов-медиков, работающих и не работающих средним медицинским персоналом / И. И. Самрханова, Р. Ф. Кадыров, И. С. Ефремов [и др.] // Медицинский вестник Юга России. – 2023. – № 2. – С. 56–60 – [электронный ресурс]: https://cyberleninka.ru/article/n/sravnitelnaya-otsenka-vzaimosvyazi-psihicheskogo-zdorovya-i-insomnii-u-studentov-medikov-rabotayuschih-i-ne-rabotayuschih-srednim (дата обращения: 15.03.2026).

3. Тарабрина, Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. – СПб. : Питер, 2001. – С. 146-157 – (Серия «Практикум по психологии»).

УДК 616-057.875-051

У. В. Громыко

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

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

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТИПОВ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ И ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ: ОТ АДАПТАЦИИ К СВЕРХКОМПЕНСАЦИИ

Введение

Понимание психологических реакций пациента на болезнь – необходимое условие эффективного врачебного взаимодействия. От типа реагирования зависят приверженность лечению и характер коммуникации с врачом, что делает изучение этих реакций значимой частью подготовки будущих специалистов. Профессиональное становление студентов проходит на фоне личного опыта переживания болезни. Неосознаваемые паттерны реагирования могут в дальнейшем искажать восприятие пациента. В отличие от студентов, практикующие врачи, ежедневно сталкиваясь с болезнью в профессиональном контексте, вырабатывают устойчивые типы реагирования, что неизбежно трансформирует их внутреннюю картину болезни. Сопоставление этих двух групп – будущих и состоявшихся специалистов – позволяет проследить, как профессиональный опыт видоизменяет структуру типов реагирования: нивелируются ли юношеские тревожные тенденции или, напротив, трансформируются в более ригидные формы (раздражение в отношении пациентов, подозрительность или еще большее погружение в работу) [1].

Цель

Провести сравнительный анализ доминирующих типов реагирования на заболевание у студентов I–III курсов лечебного факультета и практикующих врачей, а также установить их связь с индивидуально-психологическими характеристиками респондентов.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось в январе – феврале 2026 года на базе УО «Гомельский государственный медицинский университет», ГУЗ «Гомельская центральная стоматологиче-

ская поликлиника филиал № 5», ГУЗ «Детская поликлиника № 5». В исследовании приняли участие 126 респондентов: 51 представитель медицинского персонала в возрасте от 23 лет до 61 года, а так же 75 студентов: 1 курс в возрасте от 17 до 20 лет, 2 курс в возрасте от 18 до 22 лет и 3 курс в возрасте от 19 лет до 21 года. Статистическая обработка проводилась при помощи программного обеспечения Microsoft Office Excel 2019.

Диагностика типов реагирования проводилась с помощью методики «ТОБОЛ» (Личко А. Е., Иванов Н. Я.). Выбор инструмента обусловлен его специфичностью: методика направлена на изучение именно отношения к болезни, включая эмоциональные и поведенческие аспекты. Дополнительным эффектом проведения диагностики является ознакомление респондентов (как студентов, так и врачей) с типологией отношения к болезни, что представляет интерес с точки зрения их профессионального развития.

Согласно методике «ТОБОЛ», диагностируется 12 «чистых» типов отношения к болезни, а также смешанные варианты (сочетание двух-трех типов) и диффузный тип (сочетание более трех типов) [2]. Выделяются следующие типы реагирования:

1. Гармоничный (Г) – пациент адекватно оценивает свое состояние, активно участвует в лечении. При плохом прогнозе переключает внимание на другие сферы жизни.

2. Эргопатический (Р) – при этом типе реагирование болезнь игнорируется пациентом ради сохранения профессиональной активности. Лечение принимается выборочно, только если оно позволяет продолжать работу.

3. Анозогнозический (З) – отрицание факта болезни и ее последствий, отказ от лечения. Симптомы воспринимаются с расчетом на то, что «само пройдет».

4. Тревожный (Т) – постоянные опасения по поводу течения болезни, поиск новых способов лечения. Характерны тревожные мысли, подавленность, ритуальные действия.

5. Ипохондрический (И) – сосредоточенность на своих ощущениях, склонность преувеличивать симптомы. Частые жалобы, недоверие к лечащим врачам.

6. Неврастенический (Н) – раздражительность и нетерпеливость в процессе лечения. Вспышки недовольства сменяются раскаянием, плохая переносимость любых неудобств.

7. Меланхолический (М) – подавленность, отсутствие веры в улучшение. Возможны мысли о смерти, пессимистичный взгляд на будущее.

8. Апатический (А) – безразличие к собственной судьбе и исходу болезни, пассивное подчинение процедурам без интереса к жизни.

9. Сенситивный (С) – сильная зависимость от мнения окружающих, страх, что из-за болезни осудят или отвернутся.

10. Эгоцентрический (Э) – использование болезни для привлечения внимания и манипуляции близкими, наблюдается пренебрежение интересами других.

11. Паранойяльный (П) – подозрительное отношение к лечению и медицинскому персоналу, поиск умысла в действиях врачей, обвинения в некомпетентности.

12. Дисфорический (Д) – агрессия и злоба по отношению к окружающим, обвинение здоровых в своих проблемах, зависть и озлобленность.

Результаты исследования и их обсуждение

Согласно методике, все типы реагирования делятся на три блока: первый (адаптивный) – Г, Э, А; второй (интрапсихический) – Т, И, Н, М, А; третий (интерпсихический) – С, Э, П, Д.

У студентов наиболее выражены шкалы: анозогнозическая (13,0%), сенситивная (10,6%), ипохондрическая и неврастеническая (по 8,7%). Сумма первого блока – 25,3%. При наличии типов второго или третьего блоков у студентов сохраняются высокие неоткорректированные значения первого блока, что говорит о сохранном адаптивном потенциале: они продолжают учиться, не принимают «роль больного», стремятся к активному функционированию. Высокий сенситивный фон (10,6%) связан со страхом показаться слабым перед окружающими, что типично для этапа профессионального становления (рисунок 1).

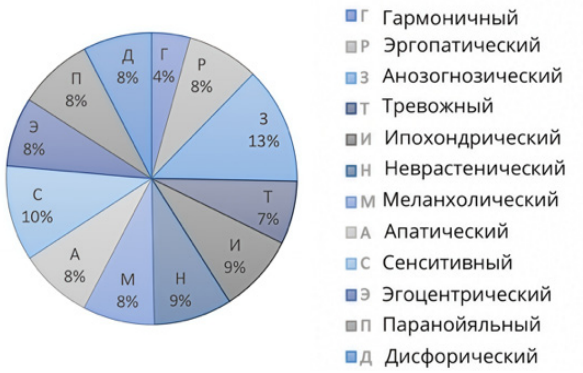


Рисунок 1 – Анализ типов реагирования на заболевание у студентов-медиков

У врачей наиболее выражены: эргопатическая (15,5%), анозогнозическая (13,6%), сенситивная (11,5%) и гармоничная (10,0%) шкалы. Сумма первого блока – 39,1%, что значительно выше, чем у студентов. Однако именно у врачей чаще диагностируются дезадаптивные типы (сенситивный, паранойяльный, дисфорический, апатический). Высокий первый блок на фоне дезадаптивных реакций свидетельствует о сверхкомпенсации: врачи пытаются сохранять активное функционирование и отрицать серьезность болезни, но эти механизмы уже не справляются, уступая место реакциям третьего блока (рисунок 2).

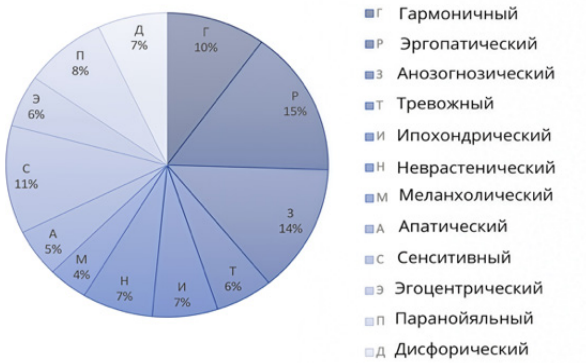


Рисунок 2 – Анализ типов реагирования на заболевание у медперсонала

Высокие неоткорректированные шкалы первого блока у врачей с дезадаптивными типами указывают, что, несмотря на нарушения, они по-прежнему стремятся сохранить ценностную структуру. Это стремление принимает форму сверхкомпенсации на фоне внутреннего конфликта между профессиональной ролью и личной уязвимостью. Рост сенситивности (11,5%) при одновременном росте эргопатии и гармоничности подтверждает этот конфликт. Снижение второго блока у врачей при сохранении высокого третьего говорит о замещении интрапсихических реакций направленностью на оценку окружающих.

Выводы

Сравнительный анализ с акцентом на неоткорректированные шкалы первого блока позволяет сделать следующий вывод: медицинское образование запускает механизмы психологической адаптации, мобилизуя ресурсы личности (первый блок) для совладания со стрессом. Однако длительная профессиональная деятельность истощает эти ресурсы. У практикующих врачей, в отличие от студентов, адаптивные типы реагирования (эргопатический и анозогнозический) уже не играют существенной роли в компенсации дезадаптивных состояний, что свидетельствует о глубоких изменениях и требует разработки специализированных мер психологической поддержки.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Захарьян, Е. А. Отношение пациента к болезни как предиктор ее течения и исхода / Е. А. Захарьян, Е. В. Черный // Клиническая медицина. – 2023. – № 11. – URL: https://cyberleninka.ru/article/n/otnoshenie-patsienta-k-bolezni-kak-prediktor-ee-techeniya-i-ishoda (дата обращения: 15.03.2026).

2. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова, А.Я. Вукс; М-во здравоохранения Рос. Федерации, С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева. – С-Пб., 2005. – 33 с.

УДК 616.927-036.22(476) «1941-1944»

Л. Э. Жданович, Е. П. Гросс

Научный руководитель: старший преподаватель Е. Ф. Степанова

Учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

БОРЬБА С ЭПИДИМИЕЙ ТИФА В ПЕРИОД ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ НА ТЕРРИТОРИИ БЕЛАРУСИ

Введение

В годы Великой Отечественной войны медицинская служба Беларуси столкнулась с особо тяжелой санитарно-эпидемической обстановкой, что было обусловлено массовым распространением сыпного тифа и других инфекционных заболеваний на оккупированной территории. Эпидемическая ситуация представляла серьезную угрозу как для гражданского населения, так и для личного состава действующей Красной Армии, требуя принятия срочных и эффективных противоэпидемических мер.

Цель

Рассмотреть и проанализировать особенности организации противоэпидемических мероприятий в борьбе с сыпным тифом на территории Беларуси в период Великой Отечественной войны.

Материал и методы исследования

Основными методами исследования являются: анализ, синтез, классификация и системный метод исследования.

Результаты исследования и их обсуждение

В период 1941–1944 годов наибольшую опасность представлял сыпной тиф. Заболеваемость сыпным тифом среди населения в период войны стала возрастать с конца 1942 года, что было связано с отсутствием необходимой медицинской помощи, скудным питанием и неудовлетворяющими условиями гигиены. В 1944 году было зарегистрировано около 95 000 случаев данного заболевания, что в 44 раза превосходило показатели 1940 года.

Вспышки заболеваемости сыпным тифом отмечались как среди местного населения в городах и селах, оккупированных немецко-фашистскими войсками. Так, согласно статистическим данным около 70% населения мирного населения переболело этим заболеванием за период оккупации. Также, следует отметить, что немецкое командование намеренно распространяло эпидемию сыпного тифа с целью заражения солдатского состава Красной Армии. Так, в марте 1944 года был создан концентрационный лагерь «Озаричи», который просуществовал чуть более двух недель, главная цель – распространение сыпного тифа среди узников. В лагерь насильно было согнано около 50 тысяч человек: нетрудоспособные старики, женщины и дети. В лагерь смерти специально свозили больных сыпным тифом из