

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
Республиканская психиатрическая больница
Чувашский государственный университет им. И.Н.Ульянова

*Посвящается 10-летию кафедры психиатрии
и медицинской психологии ЧГУ*

**ТРАДИЦИИ И ИННОВАЦИИ
ПРЕПОДАВАНИЯ ПСИХИАТРИИ
И ПСИХОЛОГИИ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ
МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

Материалы научно-методической конференции

Чебоксары 2009

УДК 616.89:378.14:61
Т 65

Традиции и инновации преподавания психиатрии и психологии на различных этапах медицинского образования: материалы науч.-метод. конференции. Чебоксары, 2009. 166 с.

Материалы посвящены разным аспектам додипломного и последипломного преподавания психиатрии, наркологии и медицинской (клинической) психологии. Представлены результаты исследований преподавателей вузов Анапы, Астрахани, Иванова, Ижевска, Казани, Кирова, Красноярска, Москвы, Новокузнецка, Оренбурга, Перми, Рязани, Самары, Санкт-Петербурга, Саранска, Ставрополя, Тамбова, Ульяновска, Хабаровска, Чебоксар, Челябинска, Читы, Ярославля. Работы публикуются в авторской редакции.
Для преподавателей медицинских вузов.

Научный редактор профессор А.В. Голенков

УДК 616.89:378.14:61
© Коллектив авторов, 2009

ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

О НЕОБХОДИМОСТИ СОЗДАНИЯ СЛУЖБЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ДЛЯ СТУДЕНТОВ ВУЗА

О.М. Аникина

Рязанский государственный медицинский университет

Можно долго говорить о разных факторах, влияющих на выбор профессии, но преподавателям вуза приходится работать с теми студентами, которые прошли вступительные испытания и зачислены на факультет. Можно долго спорить, достаточно ли проверки знаний по русскому языку и биологии для определения профессиональной пригодности, однако экзамены принимает комиссия, состоящая из преподавателей этих дисциплин, а дополнительного обследования абитуриентам не предлагается. Как известно, любая деятельность, в том числе и учебная, полимотивирована. Одним из важных мотивов в юношеском возрасте является познание себя и становление самоидентичности.

Основной инструмент в работе психолога – его собственная личность. Личность психолога и ее профессиональное развитие заключаются не столько в работе с клиентами, сколько в работе с самим собой. Недаром при изучении любого направления психотерапии и психокоррекции одним из важных условий получения сертификата специалиста является прохождение личной терапии. По личному опыту участия в долгосрочной программе обучения одному из методов психотерапии нами было отмечено, что после первого года из трех лет обучения, в течение которого в основном удовлетворялись клиентские запросы, группа уменьшилась приблизительно в два раза, что соответствовало прогнозам инструктора, а до конца обучения дошла треть оставшихся. Необходимо отметить: половина людей, пришедших обучаться оказанию профессиональной помощи другим людям, получили ее сами и на этом их мотивы посещения группы ис-

черпались. Можно строить догадки, почему они не обратились в клиентскую группу, но факт остается фактом.

На наш взгляд, часть студентов-психологов от обучения в вузе также ожидает удовлетворения своих клиентских запросов. Парадоксальность ситуации заключается в том, что даже не все студенты первого курса факультета клинической психологии до поступления в вуз сталкивались в своей жизни с практическими психологами и, тем не менее, хотят ими стать. Начало изучения теоретических основ психологии, например, конспектирование трудов А.Н. Леонтьева, С.Л. Рубинштейна, плохо соотносится с теми образами, которые формируются у молодых людей при прослушивании «советов психолога» в разных телевизионных шоу, при прохождении «тестов» в популярных журналах и т.п. А перед преподавателями вуза, в первую очередь, стоят весьма объемные задачи обучения и воспитания, которые тем более качественно отличаются от задач психотерапии и психокоррекции. Таким образом, ожидания и реальность не совпадают. В этом кроется одна из причин того, что с каждым годом на факультет клинической психологии повышается проходной балл и растет конкурс и также неизбежно растет процент неуспевающих студентов.

С нашей точки зрения, выдвинутую проблему отчасти могло бы решить создание в вузе службы психологического консультирования для решения ряда практических задач:

- 1) оказание профориентационных услуг абитуриентам;
- 2) оказание помощи в адаптации к системе обучения в вузе;
- 3) профилактика внутригрупповых конфликтов;
- 4) индивидуальное консультирование по клиентским запросам студентов и т.п.

Для чего нужно создавать стороннюю структуру, ведь консультирование могут провести и преподаватели-психологи? Но в этом случае мы опять получим «склеивание» образов преподавателя и психотерапевта с различными функциями. Безусловно, в компетентность профессионала входит различение указанных ролей, но вряд ли мы имеем право ожидать такого уровня рефлексии от студентов. Следовательно, в психологической службе,

по крайней мере, со студентами-психологами, должны работать профессионалы, не преподающие в данном вузе.

ФОРМИРОВАНИЕ НАВЫКОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

И.Е. Булыгина

Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова,
Чебоксары

Профессиональная компетентность будущего врача – это система профессионально значимых качеств, знаний, умений и навыков, объединенных гуманно-ценностным отношением к больным и коллегам по работе, постоянной направленностью на личностное и профессиональное совершенствование. Личность будущего врача, его нравственные и профессиональные качества формируются в процессе обучения на медицинском факультете. Поэтому содержание и организация образовательного процесса, нацеленного на формирование личности будущего врача, его гражданской ответственности, правовой культуры и правового самосознания, духовности, инициативности, самостоятельности, толерантности, способности к успешной социализации в обществе, профессиональной зрелости, являются одной из актуальных задач высшего медицинского образования. Особое место в обучении студентов, в том числе и в получении навыков профессиональной готовности, принадлежит медицинской психологии. Подготовка по медицинской психологии не только обеспечивает базовую основу самостоятельной работы будущего врача, но и имеет немаловажное значение и для сохранения психического здоровья самих студентов, осознания ими профессиональной пригодности в системе работы «человек-человек».

В процессе изучения медицинской психологии студенты начинают понимать, что выбранная ими профессия врача требует не только способности к самопожертвованию, но и определенных качеств личности, позволяющих успешно общаться с больными в экстремальных условиях и в повседневной работе,

работать, не снижая ритма и качества работы в течение суток, сохраняя ровное, хорошее настроение, способность успокоить больного, внушить ему веру в выздоровление. Основная цель занятий по медицинской психологии – формирование профессионального самосознания. С первого курса студент должен освоить, что от будущего врача требуется не только специальная профессиональная подготовка, но и психологическое соответствие избранной профессии. Только профессия врача включает такой ценностный аспект, как ориентация на другого человека как на высшую ценность, равную ценности собственного Я.

Программа занятий по медицинской психологии для студентов первого курса состоит из девяти практических занятий и пяти лекционных часов. Их основная задача – формирование профессиональной готовности студентов к будущей работе. Содержанием занятий является не столько теоретическая отработка темы, сколько практическая. В основе занятий лежат ролевые игры, определяющие разноуровневое взаимодействие в медицинской деятельности, решение ситуационных задач, проблемных ситуаций. Активно участвуя в них, студенты начинают осознавать всю сложность будущей профессии, необходимость выполнения своих профессиональных обязанностей, учатся работать в команде, адекватно решать конфликтные ситуации.

В процессе изучения темы «Формирование психики в онтогенезе» будущие врачи узнают об особенностях возрастной психологии, приобретают навыки общения с различной возрастной категорией пациентов, умения находить правильную линию поведения «и с малым и старым». Особый интерес вызывает тема «Восприятие внутренней картины болезни». Студенты знакомятся с методикой определения типа отношения к болезни, определяют свой тип отношения к ней. В процессе решения ситуационной задачи в группе пытаются рационально разместить больных по палатам, чтобы создать позитивный климат в отделении. Это позволяет помочь им осознать важнейший принцип медицины «лечить не болезнь, а больного».

Изучение темы «Психология общения» позволяет осознать значимость индивидуального подхода при установлении контакта с пациентами и коллегами. Для практической отработки

данной темы используется деловая игра, в которой студенты выступают в роли врачей, пациентов, родственников. Это помогает им понять всю сложность профессионального общения в системе «врач-пациент», необходимость соблюдения принципов этики и деонтологии.

Во время практических занятий студенты осознают важность психологической совместимости «врач–медицинская сестра» как важнейшего фактора повышения качества медицинской помощи. Будущие врачи выступают в качестве организаторов ЛПУ, создавая оптимальный лечебно-охранительный режим для больных различного профиля, в том числе и при работе с больными, относящимися к категории неизлечимых.

На занятиях будущие врачи приходят к выводу, что результат лечения (полное психическое и физическое здоровье пациента) достигается только при чётко сформулированных целях и последовательном выполнении всех намеченных мероприятий (плана лечения), соблюдении этико-деонтологических принципов.

Таким образом, медицинская психология позволяет формировать у студента базовые ценности профессиональной компетентности врача и осознать ведущий принцип «Не навреди».

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛИТЕРАТУРНЫХ ПАРОДИЙ В КАЧЕСТВЕ СИТУАЦИОННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ЗАДАЧ ПО ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

А.В. Голенков

Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова,
Чебоксары

Ситуационные задачи, как известно, способствуют формированию клинического мышления у студентов-медиков. Они широко применяются для контроля сформированности знаний и умений, для их повторения и заучивания.

На кафедре психиатрии и медицинской психологии Чувашского госуниверситета в течение последних пяти лет для

преподавания широко используются отрывки из художественных произведений разных авторов. При их выборе мы руководствовались тематическим планом практических занятий по психиатрии и Государственным образовательным стандартом. Была выпущена хрестоматия с подбором высокохудожественных произведений (преимущественно классиков отечественной и мировой литературы), в которых герои страдают психическими расстройствами (ПР). Она используется для проведения аудиторной и внеаудиторной самостоятельной работы студентов (СРС). Каждый из них после усвоения учебного материала по учебнику должен прочитать рекомендованное художественное произведение и ответить на вопросы (квалификация симптомов и синдромов, определение динамики ПР; сравнение ПР в учебнике и произведении, исключить возникшие противоречия; составить план обследования, беседы с уточняющими вопросами; наметить лечебные мероприятия и др.).

Цель преподавания психиатрии – научить студентов (будущих врачей) отграничивать состояния психического здоровья от нарушений психической деятельности. Причем важно при этом в первую очередь руководствоваться так называемым понятием «презумпция психического здоровья», согласно которому – если мы не имеем убедительных данных о наличии ПР, то человека нужно считать психически здоровым. Примерно такими аргументами руководствуются эксперты при вынесении заключения во время проведения посмертных и заочных судебно-психиатрических экспертиз. Определив ПР, необходимо уточнить глубину (уровень) нарушения психической деятельности. Здесь уместно использовать трехуровневую структуру поражения – уровень интеллектуально-мнестических нарушений, психотических, пограничных ПР. Данный подход не является новым, неоднократно упоминался в программах по изучению психиатрии для студентов медицинских вузов. Он лучше дихотомического разделения ПР на психотический и непсихотический, используемого в современном учебнике психиатрии (М.В. Коркина и др., 1995-2006).

Для проверки усвоения материала прочитанной лекции по алгоритму уровневой диагностики ПР мы использовали известное

произведение А.А. Иванова «Красная Пашечка». Напомним, что в этой пародии приводится информация на шесть персонажей, два из которых имеют безусловные признаки ПР: потерю памяти, энцефалопатию и слуховые галлюцинации на фоне эпилепсии. Еще четыре героя обнаруживают в лучшем случае вероятные симптомы ПР и наркологической патологии: «...любитель выпить», после травмы (падения с высоты) «...не вставала..., ничего не видела и не слышала...», «...размягчение мозга», «...явные признаки язвы желудка и цирроза печени». Без критического осмысления эти описания «провоцируют» на констатацию нарушений. Поэтому от студентов требовалось не только определить уровень поражения психической деятельности у героев, но и обосновать свое решение. Логические рассуждения типа «это – ..., потому что ...», анализ признаков и связей (или их отсутствие) ПР должны были помочь оформить правильное заключение. Таким образом, с помощью описанной истории моделировалась ситуация, часто возникающая во врачебной практике и нередко приводящая к диагностическим ошибкам в результате неправильного истолкования и оценки имеющихся факторов, погрешностей клинического мышления (табл. 1).

Таблица 1

Диагноз	Психически здоров	Психически болен
ПР нет	Истинно отрицательный результат	Ложноотрицательный результат
ПР есть	Ложноположительный результат	Истинно положительный результат

Диапазон заключений студентов представлен в табл. 2. Указаны минимальные и максимальные значения у разных героев произведения. Здесь мы суммировали общие диагностические оценки, а не их статистику у конкретного персонажа.

Обращает на себя внимание очень высокая доля ложно положительных заключений, т.е. вероятностные симптомы превращались опрашиваемыми в специфические (патогномоничные). Более того, все герои произведения имели ПР в 22% ответов студентов. Здесь, по-видимому, можно говорить о недостаточ-

ной дифференциальной диагностике, прямолинейности и предвзятости оценок.

Таблица 2

Диаг-ноз	Психически здоров	Психически болен
ПР нет	Истинно отрицательный результат	Гиподиагностика 20-45%
ПР есть	Гипердиагностика 8,7-87,8%	Правильно 33-38,3%

Следуя этой логике, в реальной клинической ситуации сомнительный случай болезни, требующий продолжения наблюдения и обследования у такого специалиста, скорее всего, будет считаться патологическим и повлечет за собой проведение соответствующей терапии, включая хирургические вмешательства. Возможно, в данном наблюдении отражается установка студентов (будущих врачей) на то, чтобы в первую очередь не пропустить патологию, нежели исключить ее. Литературные персонажи, имеющие безусловные признаки ПР, признавались психически здоровыми лишь в 2,4-12,2% случаев (все герои психически здоровые в 2,4% ответов). Другие ложноотрицательные результаты касались ошибки в определении уровня поражения психической деятельности (преуменьшение глубины нарушения, например, квалификация пограничного ПР при психозе или слабоумии и т.д.). При этом студенты для обоснования своего заключения искажали условие задачи, нередко приписывали несуществующие факты, выходили за рамки условия. Использовали ничем не аргументированные диагнозы: «шизофрения», «невроз, истерия», «прогрессивный паралич», «маниакальное/ депрессивное состояние», «ПР при атеросклерозе, черепно-мозговой травме». Просматривались весьма характерные рассуждения: «пьет, значит алкоголик (алкогольный психоз)», «размягчение мозга – сифилис центральной нервной системы», «пожилой возраст – слабоумие», «цирроз печени – зависимость от психоактивных веществ (наркомания, токсикомания)», «лежачая больная – или депрессия, или невроз-истерия». Создавалось впечатление, что студенты не рассуждали, а гадали. Редко (0,9%),

но все же указывалось, что в условии не хватает (мало) данных, чтобы говорить о ПР у тех или иных героев произведения.

По мнению ученых-педагогов (М.С. Дианкина и др., 2008), задачи строятся в виде модели клинической ситуации, соответствующей содержанию данного занятия. Вопросы задачи отражают последовательность этапов врачебной практики и формулируются следующим образом: поставьте диагноз; укажите признаки дифференциальной диагностики двух заболеваний; наметьте план лечения заболевания и т.п. Сначала студентам предлагается ряд типовых задач по теме практического занятия. При многосторонней отработке и закреплении основных признаков данного заболевания подключаются более сложные вопросы, связанные со смежными заболеваниями, т.е. с постановкой дифференциального диагноза. Задачи могут использоваться и в СРС. Они могут включать также основные теоретические моменты логико-дидактической структуры или практические умения, зафиксированные ориентировочной основой действия (ООД) по этой проблематике. Решение задач идет по нарастающей сложности, от простых по форме и содержанию к более сложным по этим показателям.

В основе задач лежит проблемная медицинская ситуация, решаемая поэтапно на основании сформулированных условий. В литературе выделяются следующие типы ситуационных клинических задач (М.С. Дианкина и др., 2008):

1. *Задачи с недостающими исходными данными*, для решения которых нужно получить дополнительные сведения из анамнеза заболевания, параклинических исследований и т.д. Только при этих самостоятельно полученных студентом значимых данных возможно осуществить диагностику и назначить лечение.

2. *Задачи с избыточными исходными данными*, содержащие сведения, не представляющие необходимые основания для диагностики и лечения заболевания. Эти задачи содержат некий «информационный шум» для его последовательного исключения из мыслительной деятельности студентов по нахождению правильного ответа.

3. *Задачи с неопределенностью в постановке вопроса*, требующие дополнительных рассуждений по идентификации причин и следствий, утверждений и обоснований, явлений и признаков на разных этапах течения заболевания.

4. *Задачи с противоречивыми* (частично неверными) *сведениями* в условии, отражающими: результаты исследований по разным методикам; показатели, взятые на разных этапах течения болезни; введенные данные по смежным заболеваниям и т.п. Деятельность студентов при решении таких задач направлена на исключение противоречий, уточнение адекватных состоянию больного данных и, на их основе, нахождение правильного ответа.

5. *Задачи, допускающие лишь вероятностное решение*, что является достаточно характерным для медицины, которая не относится в полной мере к точным наукам. В этом случае студенты воспроизводят ряд рассуждений, устанавливают логические связи с точной ориентацией обоснования на утверждение и их взаимозависимостью.

6. *Задачи с ограниченным временем решения*, формулирующие экстремальные медицинские ситуации, решение которых направлено на отработку быстроты постановки диагноза и совершения лечебных мероприятий.

7. *Задачи, требующие использования предметов с необычной для них функцией* (ложка при осмотре горла, ветка при наложении шины и т.д.), решение которых помогает сформировать «врачебную смекалку», необходимую в нашем «больном» здравоохранении.

Вся ответственность за выбор и реализацию метода решения проблемы «виртуального пациента» лежит на студенте. Он таким образом максимально приближается к решению клинической ситуации, повседневно встречающейся во врачебной практике. Есть все основания полагать, что такой тренинг принятия решений способствует формированию основ клинического мышления будущего врача (М.С. Дианкина и др., 2008).

В описанном нами случае просматривается задача, которую можно квалифицировать как допускающую вероятностное решение, имеющую элементы ситуаций с недостающими/избы-

точными исходными данными, неопределенностью в постановке вопроса. Она легко модифицируется в частный вариант многоэтапной клинической задачи. Можно признать, что используемая ситуация является нетиповой и в первую очередь предназначена для хорошо успевающих студентов. Мы полностью солидарны с К. Ясперсом, который считал «...недопустимым ориентироваться на низшие уровни понимания. Напротив, рассчитывать нужно на лучших студентов, интересующихся предметом ради него самого, даже если такие студенты составляют меньшинство».

Ошибки студентов указывают на нарушения логической правильности диагностических суждений и понятий. По мнению К.Е.Тарасова и др., «истинным суждением считается такое, в котором связь понятий о предмете и его признаках соответствует объективной связи этого предмета и его признаков в действительности. ...ложным, если выраженная в нем мысль о предмете не соответствует реальности, не совпадает с предметом мысли. Поэтому небрежная, неточная связь понятий делает суждение не только неправильным, но и неистинным» (К.Е. Тарасов и др., 1989. С. 109). Для построения достоверных диагностических умозаключений необходимы достоверные посылки, т.е. логически правильные диагностические суждения и понятия.

Включение пародий в преподавание психиатрии и наркологии способно разнообразить активные методы обучения, повысить интерес и творческую самостоятельность студентов, сформировать умения познавательной деятельности. С другой стороны, становятся хорошо понятными субъективные причины ошибок диагностического решения, возможность их оперативного выявления. В процессе обсуждения нетиповых задач появляются возможности коррекции обучения, т.к. устанавливается обратная связь с каждым учащимся, информирующая преподавателя о ходе процесса усвоения. Это позволяет регулировать пооперационный процесс проработки учебного материала и тем самым существенно улучшить качество обучения.

СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ АДДИКЦИЙ СТУДЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ ИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАНОВЛЕНИЯ

А.Н. Грязнов, Е.А. Чеверикина
Институт педагогики и психологии профессионального
образования, Казань

Число больных алкоголизмом и наркоманией в мире, в том числе в России, столь велико, что значительная часть работоспособного населения оказывается вне активной социальной жизни. Кроме того, существенную роль в реализации аддиктивных свойств личности играют генетические факторы. Все это грозит деградацией общества и вымиранием его генофонда, что представляет угрозу безопасности страны.

«Визитной карточкой» российской современности являются бурные социальные и экономические преобразования, происходящие в стране. На острие изменений общественных и экономических институтов государства, безусловно, оказывается молодежь – категория населения, наиболее подверженная различным социально-негативным явлениям. По данным социологического исследования «Социально-негативные явления в молодежной среде Республики Татарстан», проведенного в Республике Татарстан, 54,9% студентов I-II курсов испытывают трудности в адаптации в высших учебных заведениях. В том числе трудности в учебе испытывают 32,9%, связанные со сменой ритма и места жительства – 30,2, проблемы в общении со сверстниками – 13,9%.

По данным наших исследований, фактором наркотизации являются снижение у большинства студентов превентивной психологической защиты и низкий ценностный барьер. Студенты на первое место ставят такую причину, как неумение занять и организовать себя (42,8% опрошенных), отсутствие возможности самореализации в чем-то ином (23,9%), доступность наркотиков (22,8%), отсутствие жизненной перспективы (21,6%), проблемы интерперсональных отношений в своей социальной группе (11,8%), жизненная неудовлетворенность (10,9%), неудовлетворенность семейными отношениями (7,6%).

Данные факторы являются толчком к употреблению наркотиков и алкоголя.

С 2002 г. Министерством по делам молодежи, спорту и туризму Республики Татарстан начата реализация проекта «Психологическая служба в вузах». В рамках проекта были введены дополнительные ставки психологов в вузах и ссузах Казани, Набережных Челнов, Нижнекамска, Альметьевска, Чистополя и Елабуги и др.

Возникает необходимость обучения данного контингента (психологов, кураторов студенческих групп, а в перспективе и студенческий актив) определению уровня склонности к аддикциям, т.е. диагностике, проведению консультирования и коррекционной работы со студентами, склонными к аддикциям (тренинговые и интерактивные занятия и т.д.).

Наша концепция направлена на реструктурирование потребностей аддиктивной личности. Метод комплексного социально-психологического воздействия, разработанный нами, во многом убеждает личность вести здоровый образ жизни. Данный метод показал снижение уровня аддикции. Сущность методологического подхода заключается в замене биологических потребностей в употреблении психоактивных веществ на лично-социально значимые, т.е. минимизация и нейтрализация патологических личностных статусов и активизация функционирования нормативных.

По окончании курса им предлагаются авторские методики и программы. Нашей лабораторией разработан тест «Склонность к аддикциям» и программы «Снижение уровня склонности к аддикциям студентов» и «Профилактика зависимостей в образовательной сфере».

Ожидаемые результаты: в целом модель «Снижение уровня аддикций студентов в процессе их профессионального становления» направлена на обучение контингента субъектов педагогической деятельности, который должен проводить профилактику социально-негативных явлений в студенческой среде, повысить уровень культуры психосоциального здоровья, укрепить безопасную антинаркотическую социальную среду (профилактическое поле) в вузах и ссузах республики;

для вузов – создание индивидуальных программ профилактики социально-негативных явлений среди студентов вузов, оценка деятельности психологов/психологических служб вузов, наличие нормативно-методических материалов для психологов вузов по вопросам, связанным с психологическим здоровьем студентов;

для психологов/психологических служб вузов – создание системы повышения квалификации, информационно-методического сопровождения их деятельности;

для студенческого актива, кураторов групп – формирование системных знаний и навыков профилактики социально-негативных явлений в студенческой среде;

для студентов – снижение факторов риска наркотизации, посредством формирования комплекса знаний и навыков наркотической безопасности, в контрольных группах на 10%.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ СОВРЕМЕННОГО СТУДЕНТА-МЕДИКА

М.С. Дианкина, А.Г. Кальченко

Российский государственный медицинский университет, Москва

В основе организации учебной и воспитательной работы в вузе лежит учет социально-психологических особенностей студенческой молодежи. Именно поэтому преподаватель высшей школы должен иметь представление о предпочтениях и настроениях юношей и девушек, структуре их ценностных ориентаций, уровне самооценки каждого члена учебной группы в отдельности и уровне групповой самооценки в целом.

В целях определения социально-психологического портрета современного студента Российского государственного медицинского университета (РГМУ) (г. Москва) нами была разработана программа социологического исследования, рассчитанная на 6 лет.

Нас интересовали три блока вопросов:

- отношение к высшему образованию, университету и будущей профессии;

- ценностные ориентиры и планы на будущее;
- основные качества специалиста-медика.

Первый этап исследования проведен в 2005/2006 учебном году. В нем приняли участие студенты первого, четвертого и шестого курсов лечебного, педиатрического, медико-биологического и московского факультетов РГМУ. Осенью 2008 г. дополнительно анкетированы выпускники этих же факультетов. Полученные данные позволили сделать вывод об относительной стабильности предпочтений и установок студентов РГМУ в течение последних трех лет. В октябре 2005 и феврале 2009 г. студенты РГМУ приняли участие в широкомасштабных исследованиях, посвященных изучению настроений студенчества Юго-Западного административного округа, отношения студенческой молодежи к социальным и политическим проблемам в стране, оценок деятельности правительства Российской Федерации и руководства г. Москвы. Всего в исследовании приняли участие более десяти тысяч студентов из 14 вузов округа. В РГМУ было проанкетировано 1623 юношей и девушек.

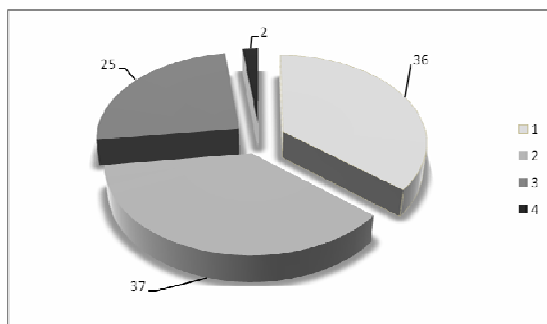
Социальный состав наших студентов. По мнению 83% опрошенных, их семьи относятся к среднему классу современного российского общества. Доля родителей, имеющих высшее образование, составляет 75%. При этом только 45% отцов и 42% матерей работают по полученной в вузе специальности. Наиболее важными факторами, позволяющими родителям добиваться успехов в современных условиях, являются образование (29%) и высокий профессионализм (38%). В семьях четверти студентов РГМУ есть или были врачи.

Материальная база. 53,3% респондентов назвали свой уровень материальной обеспеченности средним: «живём довольно обеспеченно», хотя в целом по Округу этот уровень несколько выше – 59,2%. 4,8% студентов РГМУ «многое могут себе позволить», т.е. уровень высокий. Только «необходимое» позволяют 34% респондентов РГМУ; 7,6% расценивают свой жизненный уровень как низкий и крайне низкий. Потребности в дополнительных заработках испытывают 93,2%, из них хотят работать по специальности 44,1%, а готовы на любую работу 25,4%. Основным источником ежемесячных доходов студентов по-прежнему

является семья (57,9%), у 23,6% – работа, стипендия и различные льготы помогают только 16,7% наших студентов.

Выбор профессии. Распределение мотивов выбора профессии врача остается постоянным на протяжении нескольких десятков лет. Каждый четвертый студент нынешнего поколения, так же как и поколения второй половины 80-х гг. прошлого столетия, приходит в медицинский вуз, следуя семейной традиции и совету родителей. Болезнь близких играет значительно меньшую роль при выборе профессии врача в наши дни. Зато специальность, способностям и складу характера соответствует практически полностью (чуть более 60%).

На вопрос: «Что сегодня в первую очередь определяет престиж профессии?» были получены следующие ответы:



1 – уровень квалификации, которого требует профессия (36%);
2 – уровень дохода, который приносит профессия (37%);
3 – ее общественная полезность (25%);
4 – другое (2%).

Высшее образование. Некоторые из полученных в исследовании данных могут свидетельствовать о довольно серьезных изменениях в сознании студенческой молодежи, которые необходимо учитывать как при реформе системы образования, так и при определении ведущих тенденций молодежной политики. Прежде всего, исследование показало, что престиж высшего образования чрезвычайно высок. 67% респондентов считают, что высшее образование даст им в будущем возможность занять высокое общественное положение и иметь высокие доходы. При этом три четверти опрошенных прекрасно осознают тот факт, что найти хорошо оплачиваемую работу по специальности будет далеко не просто.

В качестве основного мотива получения высшего образования названа возможность получения знаний (80% опрошенных). Каждый четвертый студент РГМУ уверен в том, что сейчас неприлично не иметь высшего образования, хотя почти половина опрошенных понимает, что само по себе наличие высшего образования не может являться гарантией жизненного успеха.

Ценностные ориентации. Одним из важнейших факторов, обеспечивающих активность молодежи в реализации реформ, становлении экономически сильной и политически стабильной России, является социально-психологический настрой, готовность действовать в соответствии с определенными общественными установками и ценностными ориентациями. Ценности и ценностное сознание могут быть как ускорителем преобразований, так и его тормозом. Поэтому весьма значимой и актуальной представляется задача исследования системы ценностей современной молодежи.

Ценностные ориентации самым тесным образом связаны с системой потребностей индивидов, поскольку предметы, их свойства, те или иные идеи выступают в виде ценностей тогда, когда они необходимы людям в качестве средства удовлетворения их потребностей. Ценности выполняют в обществе самые разные функции. Они не только регулируют поведение людей и их взаимодействие, но и служат мотивами поведения. Ценностные предпочтения фиксируют акт избирательного отношения к окружающей действительности и связаны с его спецификой. При этом следует помнить, что ценность и оценка составляют единый комплекс, где ценность – характеристика оцениваемого, а оценка – установление наличия или отсутствия ценности. Шкала ценностей человека составляет стержень его личности. Индивид становится личностью тогда, когда выбранные им ценности общество также признает в числе наиважнейших. На различия в ценностных предпочтениях могут влиять разнообразные общественные, групповые, индивидуальные факторы, что обуславливает сложность и неоднозначность их ориентаций, придает им мозаичность и фрагментарность.

Наши исследования показали, что главными жизненными ценностями студенческой молодежи РГМУ являются семья

(79% опрошенных), здоровье (74%) и любовь (71%), затем следуют такие ценности, как интересная работа, уважение людей и личная свобода.

Представленные данные практически полностью совпадают с данными многочисленных исследований системы ценностей молодежи в разных регионах России и подтверждают широко распространенное мнение о том, что в условиях социально-экономической трансформации общества возрастают роль и значение семьи как важного буфера между индивидом и социальными переменами. Именно семья проявляет себя как весьма функциональная система, которая обладает высокой способностью к адаптации в самой различной обстановке.

Следует отметить, что ценностные ориентации молодежи в последние 30-40 лет претерпели заметные изменения; особенно это касается значимости интересной работы и труда вообще. В советское время, в 1960-1970-е гг., ценность интересной работы у молодежи была на первом месте, ее выбирали не менее 2/3 респондентов. По данным исследования, проведенного во 2-м МОЛГМИ (РГМУ) во второй половине 80-х гг., в число первых по важности жизненных ценностей вошли:

- семейное благополучие (его назвали в качестве одной из трех наиболее важных жизненных ценностей 71% опрошенных);
- стремление иметь интересную работу (68%);
- уважение людей (37%);
- сознание того, что приносишь пользу людям (37%).

При этом в иерархии ценностей, составленной по ответам юношей, на первый план выступала «интересная работа», по ответам девушек – «семейное благополучие». По данным исследования 2005-2008 гг., «интересная работа» в иерархии ценностей студентов РГМУ занимает лишь 4-е место, что совпадает с данными других исследователей.

Это обусловлено, на наш взгляд, в частности тем, что в ходе реформ в обществе была упразднена идеология особой общественной значимости труда и трудового воспитания. Неблагоприятным фактором в современной ценностной структуре молодежи является также отсутствие четкой связи между квалифицированным трудом и уровнем доходов. Если в советское

время эта связь была ослаблена из-за «уровнировки», то в условиях современного расслоения общества можно говорить о ее практическом отсутствии.

Однако при анализе ответов на вопросы о главных жизненных ценностях (с использованием методики ранжирования) следует учитывать тот факт, что респонденты ставятся в рамки жесткого выбора наиболее значимых ценностей. И, следовательно, выбор одной из них не должен противопоставляться выбору другой.

Ответы на вопрос «Чего Вы хотели бы достичь в жизни?» распределились следующим образом:

Чего Вы хотели бы достичь в жизни?	В первую очередь	В значительной степени	Не обязательно
Сделать карьеру, добиться высокого положения в обществе	52	36	10
Стать богатым, материально независимым человеком	33	53	9
Стать высококвалифицированным специалистом	77	17	3
Иметь работу	77	16	1
Приносить пользу обществу	52	38	5
Жить в свое удовольствие	35	38	20
Иметь настоящих друзей	66	23	4
Иметь хорошую семью	79	13	4
Весело проводить свой досуг	21	52	20
Не ронять своего достоинства	79	12	1

Из таблицы видно, что «хорошая семья» и «сохранение собственного достоинства» являются приоритетными жизненными целями, обязательными составляющими личного успеха респондентов. Сочетание таких позиций, как «наличие работы» и «высококвалифицированный специалист», свидетельствует о наметившейся тенденции роста престижности квалифицированного труда. Интересно отметить тот факт, что процент респондентов, желающих иметь настоящих друзей, ровно в два раза выше процента тех, для кого в первую очередь важно достижение материального благополучия.

Среди социальных проблем, волнующих молодежь, ярко выделяются финансовый кризис и отсутствие стабильности (50,5% респондентов отмечают ее как важнейшую); 40,2% опрошенных в качестве основной отмечают проблему ухудшения состояния экологии и здоровья людей. К приоритетным проблемам, по мнению 39,7% респондентов, относится также проблема безработицы и бедности; 36,8% важнейшей считают проблему роста преступности и незащищенности людей; 35,8% – роста наркомании, алкоголизма и беспризорности; 34,8% – проблему моральной деградации общества. Наименее важными и по мнению опрошенных, являются проблемы состояния жилищно-коммунального хозяйства (5,9%), проблемы организации досуга (8,3%), а также проблемы политического положения страны и кризиса семьи, одиночества и отчуждения (по 14,2%). 2,5% респондентов сообщили о том, что социальные проблемы их не волнуют.

К оценке собственных личностных качеств студенты подошли ответственно и самокритично. Так, 42% опрошенных считают, что им в наибольшей степени присущи доброта, ответственность (35%), целеустремленность и независимость. Каждый 5-й в числе своих трех главных качеств называет интеллигентность, способность идти на компромисс, справедливость и умение работать в команде. И только для 1% опрошенных одним из главных качеств является работоспособность. При этом студенты прекрасно осознают, что они не в достаточной степени обладают теми качествами, которые наиболее важны для того, чтобы добиться успеха в современной России. Это прежде всего – работоспособность и предприимчивость. Наименее востребованными сегодня качествами опрошенные считают доброту (3%), справедливость и внутреннюю свободу (6 и 7%).

Таким образом, студенчество РГМУ представляет средние и выше среднего слои современного российского общества, большинство из которых – выходцы из интеллигенции. Это во многом определяет их социально ответственную позицию, проявляющуюся в осознании и поиске оптимальных путей развития указанных проблем. Знание факторов, влияющих на формирование социально зрелой личности, позволяет, на наш взгляд, учи-

тивать это в процессе выбора наиболее эффективных форм обучения и контроля за результатами учебной деятельности, формирования команд для решения учебных задач, использования различных мотивационных факторов.

ТЕХНОЛОГИИ ФОРМИРОВАНИЯ ЛОГИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ СТУДЕНТОВ ФАКУЛЬТЕТА КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

М.Б. Карева

Рязанский государственный медицинский университет

Специфика работы клинического психолога заключается в постоянном применении всего богатейшего арсенала логических средств: определений, делений (например, классификация заболеваний), умозаключений (например, постановка диагноза на основании проявлений болезни), доказательств, опровержений и т.д.

Степень владения этими приемами, методами и другими логическими средствами является показателем уровня логической культуры клинического психолога, включающей определенную совокупность знаний о средствах мыслительной деятельности, ее формах и законах, а также умений использовать эти знания в практической деятельности.

Наиболее продуктивным способом формирования и повышения логической культуры представляет собой изучение логики – освоение определенной суммы логических знаний, выработка соответствующих логических умений и навыков.

Существенным компонентом и показателем интеллектуальной культуры клинического психолога является логическая форма, а признаками неразвитого мышления – его нестрогость, непоследовательность, неубедительность, безапелляционность и декларативность. Будущим психологам изучение формальной логики помогает развить такие качества мышления, как ясность и четкость, способность оптимально уточнять предмет мысли, внимательность, обстоятельность, уравновешенность и надежность в суждениях.

Преподавание логики на факультете клинической психологии РязГМУ ведется в соответствии с Государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования. В Федеральном компоненте обозначены следующие требования к знаниям и умениям студентов: «знать основное содержание классической дедуктивной логики, основные разновидности неклассических логик, познавательные приемы правдоподобных рассуждений, особенности аргументационного процесса, приемы и способы ведения дискуссий и полемики». Наряду с традиционными для преподавания логики вопросами, такими, например, как элементы теории высказываний, выводов и т.д., нам представляются особенно важными для изучения будущими клиническими психологами разделы, посвященные проблемам диалоговых ситуаций.

Основная дидактическая цель, преследуемая преподавателями учебной дисциплины «Логика», состоит прежде всего в том, чтобы вооружить студентов знаниями, которые позволили бы ему:

а) лучше ориентироваться в функциях, выполняемых различными элементами разговорного языка в различных коммуникативно-познавательных ситуациях;

б) эффективно использовать логические законы как средства познания, убеждения и осуществления контроля за правильностью самых разнообразных рассуждений;

в) уверенно и грамотно выполнять такие логические процедуры, как определение и деление понятий, преобразование суждений и установление их истинности (ложности), умозаключение и аргументация, постановка вопросов, оценка ответов, проверка предположений и др.;

г) быть чувствительным к логическим противоречиям, умышленным и произвольным погрешностям в рассуждениях, недозволенным приемам в дискуссиях и спорах.

Тематика и построение курса делают программу в определенной степени универсальной с точки зрения использования различных методов обучения. Проблемные лекции, деловые и ролевые игры, индивидуальные занятия, научно-практические

конференции являются элементами формирования логической культуры будущих клинических психологов.

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ У СТУДЕНТОВ

А.Н. Краснов

Самарский государственный медицинский университет

Несмотря на разработку и внедрение большого числа новых методов обследования больных, диагностика заболеваний все еще далека от совершенства (Р. Хегглин, 2001). Анализ врачебных ошибок показывает, что значительная их часть происходит именно по вине врача. Так, результаты изучения 100 случаев расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов в крупной городской больнице показали, что 56% ошибок были связаны с субъективными факторами, причем в 40,9% случаев выведено неверное заключение при достаточном количестве фактов. Повторный анализ, проведенный тем же методом через 10 лет, не выявил уменьшения доли субъективных ошибок (Ф.М. Беялов, 1994).

Врачебные ошибки, определяемые как несовпадение заключения врача и имеющегося у больного заболеваний, привлекают к себе наибольшее внимание. Однако следует учитывать и другой показатель: эффективность принятия решения, то есть постановку правильного диагноза в минимальное время и с наименьшими временными и диагностическими затратами (в системе: «цена/качество»). Поэтому задача совершенствования обучения врачебной диагностике и принятию соответствующих решений в связи с этим представляется достаточно актуальной и позволяет обсудить некоторые подходы к ее решению.

В целях поиска путей повышения точности и эффективности диагностики заболеваний полезно проанализировать характерные черты принятия решения специалистами высокого класса. У этих специалистов формы принятия решений, выработанные в ходе практической работы, позволяют при наличии некоторых признаков вывести верное заключение об определенном

состоянии предмета и имеют направленность «от признака к диагнозу». При этом обращает на себя внимание очевидная избыточность их набора диагностических стратегий (то есть способов решения одной и той же задачи), что, с одной стороны, безусловно, требует дополнительных ресурсов памяти, но зато с другой – позволяет практически свободно выбирать любой объективный признак за точку отчета и быстро активизировать соответствующую стратегию при построении диагностических гипотез. Поэтому демонстрация студентам различных методов решения одних и тех же клинических задач (случаев из практики) вполне может стать одним из методов повышения качества их подготовки. Однако обратной проблемой этого дидактического приёма является необходимость выработки преподавателями стандартных алгоритмов решения типовых клинических ситуаций (Ф.М. Белялов, 1994).

Здесь возникает одна из первых проблем: врачебное мышление считается в значительной мере интуитивным и неалгоритмизируемым.

Характерной чертой мышления специалиста является экономность интеллектуальных усилий по точности решений и затраченному времени. Например, профессионалы обычно «свертывают» рассуждения, когда достигнут определенный порог уверенности в правильном решении задачи, в то время как непрофессионалам свойственно построение более полной и более подробной картины данного конкретного случая, что, однако, не увеличивает точности решения задачи, зато увеличивает время и стоимость решения (Ф.М. Белялов, 1994).

Практическая работа врача обычно усложняется дефицитом времени и сильным эмоциональным стрессом. Анализ процессов мышления в этих условиях показал, что люди часто принимают самые простые и стереотипные решения, уменьшается число рассматриваемых альтернатив (Р. Хегглин, 2001). Такие данные вновь позволяют предположить, что для совершенствования способности врача точно и быстро определять заболевание наиболее перспективным направлением является разработка оптимальной структуры профессиональных знаний, включающей широкий набор диагностических стратегий.

Отсюда вытекает вторая проблема: расширение у студентов наборов анализируемых множеств, возможных при анализе альтернатив.

В медицине при обучении врачей традиционно акцент делается на описание заболеваний и характерных для них признаков. Однако такая организация знаний «от диагноза к симптому» существенно отличается от последовательности реального диагностического процесса с точностью до наоборот. Обычно врач после выявления субъективных и объективных признаков заболевания как раз и должен определить, с каким симптомокомплексом или нозологической формой он имеет дело. Таким образом, в реальной работе используется схема прямо противоположной направленности – «от симптома к диагнозу». Однако именно в этом пункте и возникает проблема принятия диагностических, а впоследствии – и лечебных решений.

Отсюда появляется третья проблема: изменение характера обучения, особенно на старших курсах. Необходимо перейти от нозологического принципа формирования базовых знаний, используемого на младших курсах, к обучению решения проблем пациента.

Анализ отечественной и зарубежной литературы свидетельствует о растущем интересе к данному подходу. Среди возможных форм организации знаний для решения диагностических задач можно выделить три основные:

- а) создание алгоритмов;
- б) разработка эвристик (профессиональный интуиционизм);
- в) моделирование (Л. Ластед, 1971; Р. Хегглин, 2001).

Алгоритмом называют четко определенную последовательность действий, которая приводит к верному решению. В некоторых типичных медицинских ситуациях алгоритмические решения действительно возможны. Однако этот подход не получил широкого распространения в практике, поскольку требует запоминания жесткой последовательности действий, имеющих часто многочисленные разветвления. С другой стороны, за последние годы издано немало учебных пособий, в которых предприняты попытки написания профессиональных алгоритмов. Однако чаще всего данные алгоритмы написаны в произвольном стиле, не имеют

унифицированной общепринятой символики, перегружены числом элементов (счёт их иногда идёт на десятки на странице) и в принципе не могут быть восприняты как свёртка информации (для чего, собственно, и предназначались). В качестве такого примера можно привести учебник «Травматология» (А.Н. Краснов и др., 1994). Появляется ещё одна задача: обучение уже самих преподавателей описанию стандартных блок-схем.

Эвристики представляют собой некоторые те же самые алгоритмизированные действия (правила, стратегии, приемы), полученные в результате предшествующего опыта решения задач в данной области и позволяющие значительно ограничить пространство поиска решений, но в более смягчённой форме. Эвристика позволяет в определённой степени переставлять обязательную последовательность действий и психологически воспринимается легче. Этот подход имеет более гибкую структуру, и хотя не гарантирует полного успеха, но дает возможность уменьшить число альтернативных гипотез до объема, который способен проанализировать врач за ограниченное время. Передача этой врачебной техники и обучение ей студентов – это, прежде всего, врачебный диалог.

В отношении моделирования приходится констатировать, что медицина считается плохо формализуемой областью знания, что затрудняет как создание самих моделей, так и основанных на них алгоритмов и эвристик (Б.А. Кобринский, 2005).

Следует отметить, что большинство заболеваний человека проявляется обычно признаками, которые могут встречаться при многих других болезнях. Число так называемых «патогномичных» симптомов, то есть симптомов, строго связанных с одним заболеванием, невелико (Р. Хэгглин, 2001). Поэтому при постановке диагноза нельзя избежать перебора заболеваний, возможных при данном симптоме или симптомокомплексе. Отсюда вытекает преимущественно вероятностный характер диагностики (Л. Ластед, 1971). Однако систематический анализ всех заболеваний требует больших затрат времени и обычно трудно выполним, в то же время ограниченный перебор может привести к диагностической ошибке. Каков же выход? Опять мы при-

ходим к идее разработки стандартных алгоритмов, хотя и в смягчённой форме (эвристики) (Л. Ластед, 1971).

Основные правила построения диагностических эвристик и их алгоритмов можно представить следующим образом:

1) знания организуются в виде структур, имеющих направленность «от симптома к диагнозу», в основу которых взяты признаки, встречающиеся достаточно часто и характерные для нескольких заболеваний, например, желтуха, контрактура сустава или анемия (то есть типовые синдромы);

2) задача поиска заболевания при этом разбивается на ряд этапов, а также на типичные подзадачи и типовые силлогизмы.

В начале поиска охватываются все возможные варианты решения, а на последующих этапах по выбранному критерию пространство поиска значительно сужается. Есть основания полагать, что такое поведение человека является «естественным» в решении задач выбора (Ф.М. Белялов, 1994). Этот подход позволяет анализировать на каждом шаге небольшое количество гипотез (максимум 5-7), что соответствует рекомендации психологов.

Таким образом, уже на втором шаге диагностического процесса врачу требуется различить лишь небольшое количество возможных заболеваний (или их групп), которое вполне поддается анализу. Многие приемы ограничения перебора, например, воспалительный синдром, имеют достаточно универсальное значение. При этом подходе следует большое внимание уделять сбору и анализу субъективной и объективной информации, на чем всегда настаивают опытные клиницисты.

Уже во время первого знакомства с больным использование эвристических приемов оптимизирует диагностический процесс, поскольку после выявления первых признаков заболевания сразу можно организовать целенаправленный опрос и обследование, ориентируясь на встречающиеся при данном заболевании признаки. Знания описанной структуры позволяют начинать диагностический поиск практически с любого объективного признака. Появляется возможность увеличить надежность полученного заключения, если проводить анализ нескольких признаков и сопоставлять полученные заключения.

Насколько реально использование подобного подхода во врачебной практике? Наблюдение за работой высококвалифицированных врачей показывает, что анализ симптомов, включающий подобные приемы ограничения перебора, широко используется ими в диагностике заболеваний, хотя и не всегда осознанно (Ф.М. Белялов, 1994).

Возникает убеждение, что именно в области развития и тренировки профессионального мышления скрыты возможности, позволяющие значительно повысить качество подготовки молодых специалистов в области принятия решений. Такое мнение косвенно подтверждается существенным повышением эффективности решения интеллектуальных задач в некоторых областях, связанных с внедрением более оптимальных форм организации знаний (в частности в информационных технологиях).

Таким образом, переход в обучении студентов, особенно старших курсов, от стратегии наращивания у них объемов знаний к стратегии обучения принятию профессиональных решений (пусть на меньшем объеме знаний) может стать альтернативным подходом в решении задачи повышения качества подготовки молодых специалистов.

ФОРМИРОВАНИЕ ДЕОНТОЛОГИЧЕСКОГО ОБРАЗА ВРАЧА У СТУДЕНТОВ II и V КУРСОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

В.Т. Лекомцев, И.А. Уваров, В.В. Лекомцев
Ижевская государственная медицинская академия

*Хорошим врачом может быть только хороший человек.
Английский терапевт-невропатолог Г. Нотнагель*

Среди проблем теоретической медицины и практического здравоохранения, связанных с профессиональной деятельностью врачей и других медицинских работников, этико-деонтологические проблемы до настоящего времени не заняли надлежащего места и не пользуются престижностью. Вопросы деонтологии оказались второстепенными. В последнее время все чаще в средствах массовой информации появляются сообщения о низком уровне этико-деонтологической подготовки врача. Ур-

банизация, компьютеризация, развитие научных средств коммуникации и многое другое изменили и усложнили возможности и условия прямых межличностных контактов, непосредственного общения. Человек отделился от природы, от живого окружающего мира. Следовательно, вопросы этико-деонтологического плана, в том числе вопросы общения, стали особенно актуальными и социально значимыми.

Медицинским работникам присущи особенные черты характера, отличающие их от людей других профессий, т.к. в руках медиков самое ценное – жизнь и здоровье человека. Эта высочайшая ответственность не может не накладывать отпечаток на личность врача. Логично предположить, что в медицину идут люди, изначально обладающие определенными свойствами характера. В процессе обучения, приобщения к врачебной деятельности в сознании студентов создается представление об образе врача. Образ врача, врачевателя, целителя, сложившийся издревле, по сути своей мало изменился к настоящему времени в силу незыблемости морально-этических требований к профессии врача. От людей, вступающих в борьбу со смертью и болезнью, испокон веков требовались высокие человеческие качества и безупречное поведение. Многие критерии изменились, но суть их осталась неизменна – высокие требования к моральным принципам и интеллекту врача.

Общеизвестно, что работа врача оценивается не по тысячам добрым делам, чаще по одной ошибке.

Одними из главных нравственных качеств врача являются самоотверженность, способность абсолютно, до конца принадлежать своему делу, не жалеть себя во имя благополучия других. Самоотверженность сопряжена с определенным риском для себя, с обязательными, а порою и необратимыми самозатратами. Особенно ярко это качество проявляется в наши дни. Именно самоотверженность побуждает наших врачей отдавать все свои силы работе, невзирая на низкую заработную плату. Причина и следствие этих качеств – гуманизм.

Вознаграждением для врача является возвращенное здоровье, спасенная жизнь. Преимущество врача – глубочайшее удовлетворение своей предельной нужностью, крайней приближен-

ностью к судьбам людей. «Быть счастливым счастьем других – вот настоящее счастье и земной идеал в жизни всякого, кто избирает врачебную профессию», писал Н.И. Пирогов.

Ещё одно качество, которое воспитать не просто, так как это не качество характера, а свойство души. Это истинное сострадание, которое требует знаний и действий, а не сентиментальных переживаний. Оно настолько глубоко, что не притупляется за долгие годы работы от постоянного созерцания человеческой боли. Совершенно естественно, что врач должен быть порядочным, совестливым человеком. Работа врача предполагает большую ответственность за жизнь людей. Совестьливым человек не может работать в полсилы, не может обмануть, оставить без помощи. Он стремится понимать окружающих, умеет их ценить. Это порядочный человек, и его поступки продиктованы велением совести. «Можно быть плохим писателем, слабым художником, бездарным актером, но преступно быть плохим врачом» (М.П. Кончаловский).

Кроме того, нельзя быть врачом, не совершенствуясь постоянно в профессии, особенно когда медицина немислима без достижений научно-технического прогресса. За всю историю медицины в клятву Гиппократу было внесено единственное дополнение – «Клянусь обучаться всю жизнь...» – II Всемирным деонтологическим конгрессом в Париже. Цена врачебного незнания или полужнания слишком дорога – это жизнь человека.

Профессия врача требует не только прочных знаний, но и истинной воспитанности, под которой нужно понимать эрудированность, культуру речи и поведения, чувство юмора и т.д. Врач лечит не только действием, но и словом. Даже его внешний облик оказывает немаловажное значение на результат лечения. «Даже, казалось бы, такая мелочь, как костюм, должен быть прост, чист, изящен. Воротник всегда белый, галстук темный, не кричащих тонов, и вся фигура ваша не должна возбуждать ни особого внимания, ни удивления. Костюм не должен утомлять» (С.Г. Миротворцев).

С учетом указанных качеств врача нами составлена анкета из 20 вопросов. Цель анкетирования – отражение динамики формирования деонтологического образа врача у студентов ме-

дицинского института. Опрошены студенты II и V курсов (по 50 человек с каждого курса). Вопросы объединены в 5 разделов: а) предпочтительные качества врача – (4); б) форма контакта с больным – (3); в) отношение студентов к будущей профессии – (6); г) о значении деонтологии – (1); д) о внешнем облике врача – (6 вопросов).

Интересно отметить, что в большинстве случаев мнения студентов II и V курсов совпадали. Таким образом, подтверждено наше предположение о том, что в медицинский институт поступают люди с определенной профессиональной направленностью, которых объединяет общность взглядов и интересов, люди с достаточно устойчивыми принципами. Так, по мнению большинства студентов обоих курсов, для того чтобы стать врачом, необходимы призвание, талант. Большинство считает врачей обособленной группой людей в обществе, посвященных в таинство человеческой жизни. Врач должен быть образованным, интеллигентным, обладать широким кругозором. Почти все студенты признают белый халат как необходимый атрибут врача. Недопустимыми для врача считаются длинные волосы у мужчин, яркий макияж у женщин. У мужчин должен быть строгий костюм. Женщины-врачи, по мнению студентов V курса, могут носить украшения. Студенты II курса более строги в этом отношении: украшения для врача нежелательны. Подавляющее большинство опрошенных согласны с тем, что внешний вид врача оказывает влияние на результат лечения. Необходимо уважительное отношение к больному – обращаться к нему на «Вы». Значительно меньшая часть студентов допускает обращение на «ты», ориентируясь на возраст больного.

Мы предложили студентам расставить в порядке значимости наиболее важные, на наш взгляд, качества врача. Студенты V курса считают, что врач должен обладать (в порядке убывания): профессионализмом; внимательностью; тактичностью; аккуратностью; эрудированностью; честностью; добротой; энергичностью; решительностью.

На первом месте среди качеств, необходимых врачу, по мнению студентов II курса, остается профессионализм. 80% пятикурсников и 58% второкурсников ставят эти качества на

первое место. Доброту II курс ставит на четвертое место, V – на седьмое. Тактичность у V курса на третьем месте, у II курса – на девятом.

Более полная характеристика врача получена из другой анкеты. Опрос проводился среди студентов II и V курсов, которым было предложено описать, каким они представляют себе врача. Студентам была предоставлена большая, чем в первом случае, свобода творчества, так как не было регламентированных вопросов. При обработке результатов выяснилось, что мнения студентов II и V курсов ощутимо различаются. У V курса более лаконичные характеристики врача, состоящие в большинстве своем из трех-четырех качеств. Некоторые студенты V курса описали реального врача, нашего современника, указывая на недостаточное оборудование, низкую заработную плату, недостаток уважения. Большинство студентов перечислили качества, которые они хотели бы видеть у врача. Причем практически все на первое место поставили профессионализм. Часто встречаются честность, добросовестность, ответственность, принципиальность. Особо следует обратить внимание на этико-деонтологическое воспитание будущих врачей.

Ответы студентов II курса отличаются длинным рассуждением, большим количеством синонимов, приведением цитат. Причем перечисляются качества, не встречающиеся в ответах пятикурсников: чувство юмора, сохранение врачебной тайны, аккуратность, решительность, энергичность, ведение здорового образа жизни. Профессионализм упомянут далеко не во всех ответах второкурсников. Часто встречаются доброта, милосердие, сострадание, внимательность, выносливость, готовность к самопожертвованию. В качестве примера приведем отрывок из ответа студентки II курса педиатрического факультета: «...Врач-педиатр на протяжении всей своей деятельности должен пронести в себе родительские чувства к своим маленьким пациентам. В нем должны быть и тепло матери, и ласка отца, кроме того, врач-педиатр должен всегда носить в себе частичку детства, помнить о нем, и не пытаться сделать из ребенка нервного и напуганного человека...».

Таким образом, студенты II курса отличаются более романтическими представлениями о будущей профессии. Дальнейшая деятельность для них постоянный подвиг, основанный на сострадании к больному. В связи с этим они упоминают такие качества, как милосердие, доброта, умение выслушать больного, а также чувство юмора и обаяние, поэтому более практически значимое качество, как профессионализм, отходит на задний план.

В связи с изменением экономической политики в настоящее время нам показалось интересным задать несколько вопросов, имеющих к деонтологии косвенное отношение. Половина студентов V курса считает, что врачу необходимо экономическое образование, 60% студентов II курса не согласны с этим утверждением. 80,0% студентов V курса и 68% второкурсников уверены, что заработная плата влияет на качество работы врача. На вопрос «Будете ли Вы работать по специальности?» треть студентов V курса ответила, что не уверены, даже второкурсники, перед которыми ещё не стоит проблема трудоустройства, не уверены, что будут работать врачами (24,0%). Эту неуверенность можно объяснить безработицей, неблагоприятным экономическим положением врача, а также отсутствием высокого социального статуса врача в обществе, но можно предположить и разочарование в выбранной профессии. Мы получили настоятельные результаты: 64% пятикурсников и 50% второкурсников не хотели бы сейчас поступить в медицинский институт.

Развивая данную работу, мы попытались выявить и показать формирование деонтологического образа врача у медиков.

Мы опросили 50 практикующих врачей с различным стажем работы (от 1 до 40 лет). Для врачей количество вопросов сократили до 6, хотя вопросы освещали те же проблемы, что и в анкетах для студентов.

Для обработки результатов опрошенных разделили на две группы: со стажем менее и более 10 лет. Для всех опрошенных работа интересна в профессиональном плане, все считают, что приносят реальную пользу людям. Мнения о социальном статусе (положения врача в обществе) разделились, хотя и незначительно.

Большинство не удовлетворены своим социальным статусом (60% – молодых врачей и 70% – со стажем). Причем врачи с большим стажем работы отмечают снижение социального статуса в последнее время, указывая на то, что врач ранее пользовался большим уважением.

На вопрос: «Удовлетворяет ли Вас заработная плата?» получен единодушный отрицательный ответ. Надо отметить, что данный вопрос вызвал наибольшую эмоциональную реакцию. Если врачи с большим стажем вопросы о заработной плате встретили с улыбкой, то молодые доктора среагировали бурно. Более того, некоторые врачи на этот вопрос отказались отвечать (были исключены из данных выборки).

С учетом того, что никого не удовлетворяет заработная плата, большинство не удовлетворены своим социальным статусом, интересен ответ на вопрос, что же их держит на рабочем месте. Наиболее часто встречающиеся ответы: у молодых докторов – отсутствие альтернативных вариантов работы, включая и деятельность вне медицины, а также «жаль шести лет, потраченных на обучение».

Доктора со стажем свыше 10 лет нежелание менять профессию мотивируют тем, что чувствуют себя на своем месте благодаря накопленному опыту, который позволяет им наиболее полно реализовать свои способности.

40% начинающих докторов не стали бы связывать свою жизнь с медициной вновь, в то время как 95% врачей со стажем предпочли бы не менять профессию.

По результатам анкетирования студентов и врачей можно отметить, что работа приносит удовлетворение в профессиональном плане. Но если доктора с большим стажем работы повторили бы свой выбор, то 64% студентов и 40% молодых докторов избрали бы другую сферу деятельности. На основании чего у нас возникло предположение о том, что деонтологический образ врача формируется не только во время учебы, но и в первые годы работы. Это можно проиллюстрировать ответом врача, проработавшей 20 лет: «Почему я работаю врачом? Потому что я чувствую, что приношу реальную пользу людям, понимаю свою необходимость, испытываю профессиональную

гордость за свою работу. Но это приходит не сразу, с годами, нужно время, чтобы осмыслить, что ты дал клятву Гиппократу» и ответом врача со стажем 32 года: «Я считаю, что день прожит не зря, если я смог помочь, хотя бы одному человеку».

Таким образом, по результатам анкетирования можно отметить неуверенность студентов в завтрашнем дне, которая является следствием неблагоприятного экономического положения врача и накладывает отпечаток на ориентацию студентов в плане дальнейшей профессиональной деятельности. 30% студентов не уверены, что станут работать по специальности. У молодых докторов растет чувство неуверенности и тревожности. Это характеризуется тем, что 40% молодых медиков допускают возможность прекращения врачебной деятельности, перехода в другую сферу, не связанную с медициной. Причиной является неудовлетворенность экономическим положением, что ещё больше усугубляется падением социального статуса врача.

Исследование позволило сделать некоторые выводы.

Студенты медицинского института имеют четкую профессиональную ориентацию, ясное представление о деонтологическом образе врача. Прослеживается динамика формирования этико-деонтологического образа врача: студенты V курса более реально смотрят на свою будущую профессию, чем студенты II курса.

ДВА ЗНАЧЕНИЯ СЛОВА «СОЗНАНИЕ» В МЕДИЦИНЕ

Л.Т. Морозов, Н.В. Говорин, Т.П. Злова
Читинская государственная медицинская академия

Слово «сознание» многозначно и, вероятно, поэтому все реже как отдельная тема встречается в руководствах по психологии, заменяясь понятиями «интеллект» и «активация» (Д. Годфруа, А.В. Петровский, М.Г. Ярошевский). Оно же вызывает недоумение у студентов-медиков, когда в историях болезней встречаются записи, что младенец (а также малоумный и бредовый больные) находится в «ясном сознании» или «больной потерял сознание», например, в эпилептическом припадке. И

хотя в психиатрии, психотерапии медицинской психологии это понятие сохраняет позиции, его многозначность плохо уживается с дидактическими требованиями непротиворечивости, системности, логичности.

Обычно сознание определяется через психику с использованием разнозначных дополнений: «форма», «уровень», «часть». Представляется, что наиболее близким основанием является понятие «психический процесс». Тогда *сознание* – это наиболее сложный психический процесс (более сложный, чем интеллект), заключающийся в многостороннем познавательно-содержательном отражении объективных и субъективных реальностей с использованием механизма рефлексии. Под рефлексией понимается дробление психического содержания на сопоставляющиеся части (в первую очередь выделение субъекта («рефлексирующего») и объекта («рефлектируемого»), что обеспечивает сущностнейшее свойство сознания – изошренную многосторонность, а заодно бесстрастную объективность и высокий уровень отражения с выработкой некой «продукции».

В качестве «процесса» (компонента) сознание может входить в более сложные феномены: психические реакции и состояния. И то, и другое структурно многокомпонентно, но словесно обозначается по наиболее значимому компоненту (процессу): состояния и реакции депрессивные, параноидные, волевого напряжения (стрессорные) и другие, в том числе состояния бодрствующего и измененного сознания. «Эврика!» Архимеда – это более реакция (продукция) сознания, чем реакция эмоциональная.

Как процесс сознание имеет общие свойства процессов: уровень и структуру. Последнюю можно представить как совокупность смыслового содержания и интеллекта (памяти, внимания, мышления), восприятий, воображения.

В функционировании («работе») сознания, в его взаимодействиях с другими «процессами» можно усмотреть специфические особенности:

во-первых, содержание сознания как бы локализовано в памяти и в рабочей части сознания (в «фокусе сознания», «фокусе внимания»). Понятия «фокус внимания» и «фокус сознания»

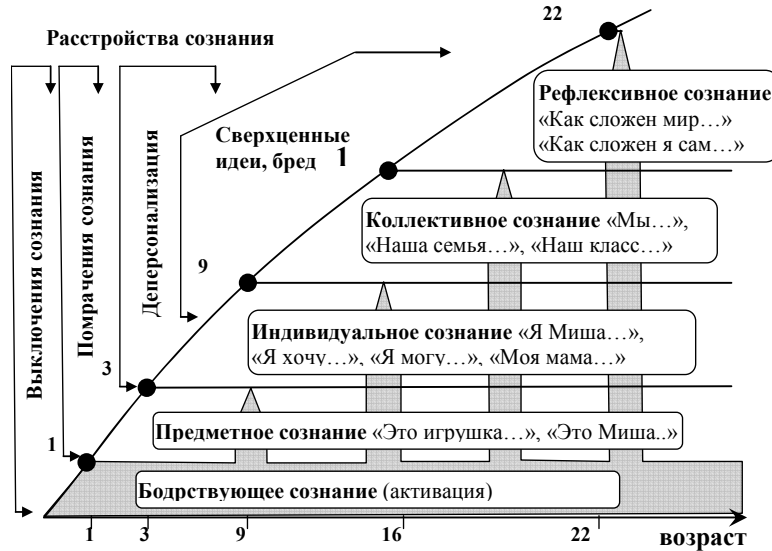
близки и различаются лишь акцентом на когнитивный или волевой процессы психики. Внимание может содержать и обрабатывать более или менее одновременно 7 ± 2 единиц информации весьма разного объема; но так как единица информации с помощью словесных обозначений может укрупняться до бесконечности, содержание сознания в принципе безгранично. Вероятно, в «фокусе» постепенно формируются, получают свой образ и многочисленные Я субъекта: синоминутное, реальное, идеальное и другие;

во-вторых, для оптимальной работы сознания требуется некая гармония познания и воли с умеренной активацией эмоциями – потребностями (аналогично закону Йеркса-Додсона). После эмоционально-потребностного (мотивационного) посыла включаются воля и сознание, а далее при неуспешности деятельности включается или дополнительная адекватная эмоциональная их стимуляция, или генерализованное возбуждение эмоций, угнетающее («затопляющее») как волю, так и сознание.

Отношения напряженных воли и эмоций носят в определенной степени антагонистический характер. Преобладание воли ведет к застойно-фанатической продукции сознания, преобладание эмоций – к фрустрации, неадекватным аффективным реакциям; во всех этих случаях уровень многостороннего рефлексивного отражения снижается.

В представлениях об уровнях развития сознания (содержания) в филогенезе (рисунок) есть одно слабое место, вызывающее недоумение обучающихся: к сознанию отнесены уровни бодрствующего (то же, что ясного) и предметного сознания, имеющиеся у детей в возрасте от 1 до 3 лет, когда еще не произошло разделение «Я» и «Не-Я» и уровень многосторонности отражения вряд ли еще выше, чем у «умного» животного (наличие сознания у которого отрицается). Эти два уровня действительно не уместаются в психологическое определение сознания. Представляется, что «сознанием» здесь названы лишь его предпосылки: психофизиологические (активация, ясность, бодрствование) и психологические (восприятия и ощущения с их условно-рефлекторными подсознательными значениями), интегрируемые позже в явления сознания более высокого уровня.

Эти отношения могут распространяться и на сознание при выраженных малоумии и слабоумии. С другой стороны условно и «отсутствие» расстройств сознания при бредовых и эмоциональных патологических состояниях на том основании, что нет выраженных расстройств этих же предпосылок (хотя фактически многосторонность уменьшена).



Уровни сознания и их соотнесенность с расстройствами сознания

Принципы дидактики требуют также отграничения смежных понятий («все познается в сравнении»). *Совесть* относится то к переживаниям (эмоциям), то к сознанию. Значения этих слов (сознание и совесть) очень близки. Поскольку весть – форма знания, наступившего неожиданно или только что, можно представить, что некогда вестник приносил группе людей весть; она становилась достоянием всех, совместной вестью, совестью – и в соответствии со своим содержанием требовала от всех определенного (защитного, адаптивного) способа действий. Действия не по совести, естественно, осуждались, наказывались. Сознание же столь четко не диктует способа действий. Совесть (нравственное

сознание) не столько совокупность знаний, сколько совместное знание некоторых отношений. Совесть, как эмоциональная категория, вторична: чтобы переживать ее угрызения, надо перед этим нечто и определенным образом осознавать.

Интеллект (общая познавательная способность) в отличие от сознания не предполагает наполнение его содержанием. Так, можно сказать, что священник и злодей имеют одинаковую память, одинаковую сообразительность, одинаковый интеллект, но нельзя и представить, что их сознание одинаково. Интеллект не предполагает содержания.

Личность от сознания отличается прежде всего одним из своих кардинальных свойств – стабильностью (постоянством), в частности, постоянством направленности (т.е. социально ориентированным содержанием). Содержание же сознания стабильно не всегда и не столь; напротив, в процессе работы оно переменчиво, даже эфемерно. Та же продукция сознания, которая приобретает признак долговременности (мировоззрение, Я-реальное, самоуважение и др.), обычно оправданно относится к личности. Личностными категориями (свойствами) становятся также часто повторяющиеся особенности состояний и реакций сознания: экстраверт, интроверт, легкомысленный, злопамятный, глубокий, серьезный, догадливый. Не все, творимое сознанием, становится строго личностным: часть его продукции как бы надличностна (идеальна, бесстрастна, объективна, божественна), часть личностью отвергается и не входит в ее структуры.

В целом, слово «сознание» в медицине и медицинской психологии употребляется то условно, как его предпосылка (психофизиологическая или/и примитивно психологическая), то в полном значении на рефлексивном уровне (в понятиях «внутренняя картина болезни», «дееспособность», «вменяемость», «критичность»).

ВЛИЯНИЕ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ НА УСПЕШНОСТЬ

ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ II КУРСА МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

И.Т. Нуреев, М.В. Злоказова, В.И. Циркин
Кировская государственная медицинская академия

Согласно современным представлениям, синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) – дисфункция центральной нервной системы, преимущественно ретикулярной формации головного мозга (Е.А. Белоусова, М.Ю. Никанорова, 2000). Данное состояние проявляется трудностями концентрации и поддержания внимания, нарушениями обучения и памяти, а также сложностями обработки информации и стимулов, поступающих из внешнего и внутреннего мира (Н.Н. Заваденко, 2001).

По материалам ряда авторов (Л.О. Бадалян и др., 1993; Monastra et al., 1999), СДВГ встречается у 5-15% населения. Это состояние традиционно рассматривается в отечественной литературе как патология младшего школьного возраста. Однако ряд авторов (Н.Н. Заваденко, 2001; D. Shaffer, 1994) отмечает, что в 30-70% случаев клинические проявления СДВГ (чрезмерная импульсивность, вспыльчивость, рассеянность, забывчивость, непоседливость, нетерпеливость, непредсказуемые, быстрые и частые смены настроения) сохраняются и у взрослых. СДВГ у взрослых служит причиной неэффективной социальной адаптации, в частности, трудностей обучения в вузе (R. Barkley et al., 1996). Однако исследований, посвященных эпидемиологии и симптоматике СДВГ у взрослых, в отечественной литературе нет. Вероятнее всего, это обусловлено тем, что в МКБ-10 данная нозологическая единица описана только для детей в разделах F90.0 и F90.1. Это контрастирует с повышенным вниманием, которое уделяют данной проблеме зарубежные авторы (R. Barkley et al., 1996), использующие в целях диагностики данного состояния у взрослых анамнез и диагностические критерии DSM-IV.

Цель работы: исследование распространенности синдрома дефицита внимания и гиперактивности среди студентов медицинского вуза.

Нами было обследовано 240 студентов II курса Кировской ГМА, из них – 59 юношей и 181 девушка. Тестирование проводилось в рамках тематических занятий цикла «Нормальная физиология».

Применялись скрининговый опросник ASRS-v1.1 (R. Kessler et al., 2005) и метод клинического обследования (сбор анамнеза, беседа и наблюдение), основанные на диагностических критериях DSM-IV. Исследование проводилось в апреле-мае 2007 г. Академическая успеваемость оценивалась по средней оценке за три первые экзаменационные сессии (данные представлялись деканатом).

По результатам ASRS-v1.1 и последующего клинического обследования, в исследуемой популяции СДВГ диагностирован у 21 (8,75%) из 240 студентов. По результатам клинического обследования, среди юношей число лиц, имеющих признаки СДВГ, составило 10,2% (т.е. 6 из 59), а среди девушек – 8,3% (т.е. 15 из 181), различия по критерию хи-квадрат ($p > 0,05$) носят недостоверный характер.

Мы также сравнивали успешность образовательной деятельности (УОД) студентов, имеющих признаки СДВГ, и без них (таблица). В зависимости от средней оценки за экзамены на первых трех сессиях студентов разделили на три группы: с высоким уровнем УОД (средний балл 5,0-4,0 – группа А), со средним уровнем (3,9-3,0 – группа В) и низким уровнем (2,9-2,0 – группа С). Оказалось, что средний балл у студентов с признаками СДВГ статистически значимо не отличается, однако в группе с низким уровнем УОД их достоверно больше (таблица).

Таким образом, в исследуемой популяции число лиц с признаками СДВГ (по опроснику ASRS-v1.1 и результатам клинического обследования) составляет 8,75%, что согласуется с данными иностранных авторов. Гендерный фактор не оказывал существенного влияния на вероятность обнаружения СДВГ в исследуемой популяции.

Сравнение успеваемости в группах студентов

Группы студентов по	Средний балл сдачи	Группа студентов с различным уровнем среднего балла
---------------------	--------------------	---

результатам клинического обследования	экзаменов за три семест- ра, М±δ	А (5,0-4,0)		В (3,9-3,0)		С (2,9-2,0)	
		n	%	n	%	n	%
С СДВГ	3,1±0,4	2	9,5	4	19,0	15*	71,5
Без СДВГ	3,4±0,8	63	28,8	113	51,6	43*	19,6

* – различие между студентами с СДВГ и без него достоверно ($p < 0,05$) по критерию хи-квадрат

Выявление СДВГ у студентов медицинского вуза является прогностическим критерием проблемной успеваемости, поэтому желательно, чтобы студенты с данными проблемами получали необходимую психологическую и психотерапевтическую поддержку при обучении в вузе, особенно на первых курсах, когда происходит адаптация к новым требованиям жизни. Важным моментом для профилактики вторичных проблем, связанных с наличием СДВГ у студентов, является обучение преподавателей индивидуальным методам подхода к таким обучающимся с акцентом на позитивные моменты их деятельности.

ЭЛЕКТРОННОЕ ПОСОБИЕ «ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ» КАК МЕТОД ИЗУЧЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБУЧЕНИЯ

А.В. Худяков, А.В. Урсу
Ивановская государственная медицинская академия

Совершенствование процесса обучения предполагает оперативное реагирование на потребности обучающихся. Обычно мнение слушателей изучается на конференциях, завершающих обучение, на цикле. При этом используются анкеты, обработка которых занимает достаточно много времени.

Предлагаемое нами пособие является электронной версией опросника слушателей ФДППО Ивановской государственной медицинской академии.

Цель опроса: изучение потребностей курсантов, связанных с обучением, их ожиданий удовлетворения этих потребностей и реального результата обучения.

В бумажном виде опросник – это таблица с оценкой каждой потребности по десятибалльной системе (таблица):

Потребность	Степень актуальности потребностей	Ожидаемая степень удовлетворения	Реальный результат удовлетворения
Получение новых теоретических знаний			
Углубление имеющихся знаний			
Приобретение новых практических навыков			
Расширение общей эрудиции			
Расширение профессионального кругозора			
Общение с преподавателями			
Общение с коллегами			
Повышение профессиональной самооценки			
Мотивация к исследовательской работе			

В электронном виде первая панель пособия представляет собой описание установочных данных (название цикла, сроки проведения).

Вторая панель – изучение степени актуальности описанных потребностей, которые слушатели связывают с обучением. Оценка показателя потребностей: 0 – не актуально; 1-3 – мало актуально; 4-6 – средняя актуальность; 7-9 – высокая актуальность; 10 – чрезвычайная актуальность.

Третья панель – изучение ожидавшейся степени удовлетворения потребностей во время обучения. Оценка показателя ожидания: 0 – ожидания отсутствуют; 1-3 – низкий уровень ожиданий; 4-6 – средний уровень ожиданий; 7-9 – высокий уровень ожиданий; 10 – чрезвычайно высокий уровень ожиданий.

Четвертая панель – изучение реального результата удовлетворенности обучением.

Оценка показателя удовлетворенности: 0 – абсолютно не удовлетворен; 1-3 – низкий уровень удовлетворенности; 4-6 – средний уровень удовлетворенности; 7-9 – высокий уровень удовлетворенности; 10 – чрезвычайно высокий уровень удовлетворенности.

Пятая панель – итоговые оценки, расчет которых производит программа. К ним относятся: дефицит ожидания, показатель исполнения ожиданий, показатель исполнения потребностей.

Дефицит ожидания представляет собой разницу между средними арифметическими значениями актуальности потребностей и показателя ожидания. Он отражает степень совпадения уровня актуальности потребностей и ожидания их удовлетворения. Показатель со знаком «+» отражает превышение актуальности потребностей над ожиданиями в ее удовлетворении. Показатель со знаком «-» отражает превышение ожиданий над актуальностью. Цифровые значения следующие: от -10 до -6 – значительное превышение ожиданий над актуальностью потребностей; от -5 до -4 – умеренное превышение ожиданий над актуальностью потребностей; от -3 до -2 – незначительное превышение ожиданий над актуальностью потребностей; от -1 до +1 – практически полное совпадение; от +2 до +3 – незначительное превышение актуальности потребностей над ожиданиями; от +4 до +5 – умеренное превышение актуальности потребностей над ожиданиями; от +6 до +10 – значительное превышение актуальности потребностей над ожиданиями.

Показатель исполнения ожиданий – разница между средними арифметическими значениями показателя удовлетворенности и показателя ожидания. Он отражает соотношение ожидания удовлетворения потребностей и реального их исполнения. Показатель со знаком «+» отражает превышение удовлетворенности над ожиданиями. Показатель со знаком «-» означает, что потребность по сравнению с ожиданиями не была удовлетворена в полной мере и является косвенным показателем фрустрации потребностей. Цифровые значения следующие: от -10 до -6 – значительное превышение ожиданий над удовлетво-

ренностью; от -5 до -4 – умеренное превышение ожиданий над удовлетворенностью; от -3 до -2 – незначительное превышение ожиданий над удовлетворенностью; от -1 до +1 – практически полное совпадение; от +2 до +3 – незначительное превышение удовлетворенности над ожиданиями; от +4 до +5 – умеренное превышение удовлетворенности над ожиданиями; от +6 до +10 – значительное превышение удовлетворенности над ожиданиями.

Показатель исполнения потребностей является разницей между показателем удовлетворенности и показателем актуальности потребностей. Он отражает соотношение удовлетворенности и актуальности потребностей. Показатель со знаком «+» означает, что удовлетворенность потребностей превышает степень их актуальности. Показатель со знаком «-» означает, что степень актуальности потребностей выше чем реальная их удовлетворенность. Цифровые значения следующие: от -10 до -6 – значительное превышение актуальности потребностей над удовлетворенностью; от -5 до -4 – умеренное превышение актуальности потребностей над удовлетворенностью; от -3 до -2 – незначительное превышение актуальности потребностей над удовлетворенностью; от -1 до +1 – практически полное совпадение; от +2 до +3 – незначительное превышение удовлетворенности потребностей над актуальностью; от +4 до +5 – умеренное превышение удовлетворенности потребностей над актуальностью; от +6 до +10 – значительное превышение удовлетворенности потребностей над актуальностью.

При сравнении показателей возможны следующие варианты:

- превышение актуальности над ожиданиями и удовлетворенностью (изначальное неверие в возможности удовлетворения потребностей и подтверждение этих ожиданий в реальности);
- превышение актуальности и ожиданий над удовлетворенностью (при относительно высокой степени потребностей, опрашиваемый надеялся на более высокую степень их удовлетворенности, чем это произошло в реальности);
- превышение ожиданий над удовлетворенностью при относительно низкой степени потребностей (потребность в про-

хождении обучения невысока, при этом обучение не оправдало его ожиданий);

– все показатели приблизительно находятся на одном уровне (соответствие актуальности потребностей ожиданиям и удовлетворенности);

– реальная удовлетворенность выше ожидавшейся (при изначальном недоверии к обучению результат его оказался более высоким).

Опрашиваемым также предлагается дать общую оценку цикла со следующими градациями: абсолютно не доволен; скорее не доволен, чем доволен; скорее доволен, чем не доволен; абсолютно доволен.

Это позволяет выяснить, какие потребности и каким образом в наибольшей степени влияют на общие выводы слушателей о качестве обучения. Результаты опроса вносятся в архив, чтобы обобщенно оценить всю группу обучающихся.

Таким образом, предложенная методика позволяет установить достаточно объективную обратную связь со слушателями и избавляет преподавателей от рутинной работы по механической обработке анкет.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРЕПОДАВАНИЯ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МОДУЛЬНО-РЕЙТИНГОВОЙ СИСТЕМЫ ОЦЕНКИ УСПЕВАЕМОСТИ И КАЧЕСТВА

ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ ПРИ ПРЕПОДАВАНИИ ПСИХИАТРИИ

А.В. Баранов

Тамбовский государственный университет им. Г.Р. Державина

Преподавание психиатрии студентам-психологам часто встречает определённые трудности, заключающиеся в сложности усвоения клинической дисциплины студентами немедицинских специальностей. Однако требования к качеству подготовки психологов возрастают. Знания психиатрии для студентов психологических факультетов необходимы, поскольку психические расстройства, в особенности так называемая «пограничная» патология, достаточно широко распространены в популяции. Практикующему психологу приходится часто сталкиваться с психопатологическими нарушениями, когда необходимо своевременно направить пациента к врачу-психотерапевту либо психиатру. Кроме того, в настоящее время имеется тенденция в развитии оказания психиатрической помощи с широким применением методов психосоциальной реабилитации.

В соответствии с реализацией положений Болонской декларации в системе высшего профессионального образования Российской Федерации и перестройкой учебного процесса в высшей школе под европейские стандарты, в Тамбовском государственном университете в 2008 г. введена модульно-рейтинговая система (МРС) оценки успеваемости и качества знаний. Дисциплины изучаются по модульному принципу, сущность которого состоит в делении учебного материала на отдельные логически завершённые блоки (модули). Качество их освоения определяется с помощью специальных контрольных мероприятий. Целью введения МРС является комплексная оценка качества знаний студентов в процессе обучения по программам высшего профессионального образования.

Курс психиатрии был разделён на два модуля в соответствии с разделами психиатрии («Общая психопатология» и «Частная психиатрия»), примерно равноценными по аудиторной нагрузке на студентов. Однако в модуле «Частная психиатрия»

больше часов было отведено на самостоятельное изучение, поскольку предварительное усвоение курса «Общая психопатология» формирует определённые навыки клинического мышления и даёт предпосылки к более качественному усвоению материала при самостоятельном изучении отдельных нозологических форм. По каждому модулю в процессе контроля знаний начислялись баллы (за модуль максимально 30 баллов, 60 баллов за оба модуля). За получение в итоге 55-60 баллов (что соответствовало отличному усвоению материала при систематическом контроле знаний на протяжении курса) оценка за экзамен выставлялась автоматически.

При распределении баллов внутри модуля за посещение лекционных занятий баллы не начислялись, но учитывалось отсутствие студента на лекции и начислялись «штрафные» баллы (-2). Максимальное число баллов по результатам выполнения различных видов учебной работы преподаватель устанавливал самостоятельно, комментируя, как оценивается им тот или иной вид работы. Методологически в процессе преподавания психиатрии на курсе использовались следующие виды работ:

- работа на семинаре (оценивалась максимально в 2 балла, что соответствовало академической оценке «отлично»);
- решение практических ситуационных задач (являлось одним из видов лабораторных заданий для студентов в процессе изучения курса общей психопатологии (модуль 1).

Подразумевалось, что при изучении данного раздела студент имеет возможность решить 6 задач по различным темам. Задача представляла собой ситуацию из реальных событий, которую студент должен был решить правильно и грамотно (полное и грамотное решение задачи – 1 балл);

- подготовка реферата и устное выступление (максимум 4 балла);
- выполнение контрольных работ по модулю 2 (предусмотрены 4 контрольные работы);
- тестирование по теме (группе тем) завершало изучение каждого модуля (10 баллов). Тест содержал 30 вопросов и продолжался один академический час. Заранее были известны количество вопросов и проходной балл. Каждый вопрос оценивал-

ся в определенное количество баллов. Результат традиционного теста зависел от количества вопросов, на которые был дан правильный ответ.

Новый методологический подход к преподаванию психиатрии студентам на специализации «Клиническая психология» потребовал немалых усилий для адаптации к новой модели. Однако по итогам осеннего семестра 2008 г. можно отметить, что новая модель привела к успешному усвоению материала студентами, модернизация образования и инновационные методологические приёмы необходимы и вполне себя оправдали. Заметно возросли показатели посещения студентами занятий; повысилась мотивация к подготовке к семинарским и лабораторным занятиям, активизировалось участие студентов в них, поскольку каждый студент стремился получить баллы, которые составляли его личный рейтинг. Пассивное присутствие на занятии только снижало рейтинг, т.к. студент не получал баллов, поэтому они и стремились работать, решить задание в меру своих знаний и уровня подготовки, поскольку даже за неточный ответ начислялись баллы.

Кроме того, будущие психологи самостоятельно изучали программный материал в процессе подготовки рефератов (из 23 человек в группе 22 изъявили желание не только подготовить реферат, но и выступить перед аудиторией, поскольку это давало дополнительные баллы). Особенно мотивированным являлась подготовка к итоговому тестированию при завершении модуля, т.к. успешное выполнение заданий позволяло набрать 10 баллов (треть от максимального по модулю). Новая модель стимулировала преподавателя на усиление регулярного контроля за освоением студентами основной образовательной программы.

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ МАСТЕРСКИХ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ АСПЕКТОВ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

О.В. Башмакова, В.А. Абрамкин, Д.Г. Семенихин
Ульяновский государственный университет

В условиях все большего распространения биопсихосоциальной концепции медицины особое место принадлежит совершенствованию преподавания психиатрии. Диктуется необходимость не только применения, пересмотра и расширения когнитивно-ориентированных методов обучения, но и внедрения интенсивных, личностно-ориентированных технологий. К последним относится технология мастерских, предложенная «Французской группой нового образования» (Ж. Пиаже, П. Ланжевен, А. Валлон), соответствующая основным предъявляемым к ней требованиям: концептуальности, системности, управляемости, эффективности, воспроизводимости.

В рамках творческой мастерской практические занятия цикла «Психиатрия» у студентов V курса медицинского факультета Ульяновского государственного университета проходят при рассмотрении организационных аспектов оказания психиатрической помощи. Выбор именно данной темы обусловлен необходимостью овладения будущими врачами четкими и оформленными в систему знаниями о психиатрической помощи, ее видах, этапах и положении в структуре оказания медицинской помощи. Особую актуальность подобная проблема приобретает в связи с неуклонным ростом психических расстройств и увеличивающейся потребностью населения в различных видах помощи в области психического здоровья.

Занятие проходит классические этапы работы мастерской:

1. «Индукция» – преподавателем создается эмоциональный настрой у творческих групп к совместной работе, особое личное отношение к изучаемой теме, которое способствует включению каждого студента в творческий процесс.

2. «Самоинструкция» – на основании предложенного преподавателем задания каждый участник группы формирует собственное видение проблемы.

3. «Социоконструкция» – группы в ходе обсуждения поднятой в мастерской проблемы, полемики приходят к общему решению предложенного задания.

4. «Социализация» – обсуждение между группами их мнений и решений.

5. «Афиширование» – демонстрация творческих работ группы, их обсуждение.

6. «Разрыв» – осознание участниками мастерской внутренней неполноты, некоторого несоответствия старого знания новому, увеличение мотивации к изучаемой теме.

7. «Рефлексия» – отражение чувств, эмоций, возникших в процессе занятия, что является аналитическим материалом для преподавателя («мастера»), стимулирующим к совершенствованию мастерской в ходе дальнейшей работы.

Условно занятие делится на три фазы.

В фазе «критики» студентам предлагается, оперируя знаниями и представлениями о психиатрической помощи, с некоторой долей юмора оценить положение дел в данной сфере, несколько гиперболизируя недостатки, что находит отражение в рисунках и оформлении «документов» («акты проверки», «протоколы несоответствия»).

В фазе «фантазии» необходимо продемонстрировать «идеальное» представление о психиатрической помощи (тоже отражается в рисунках и «документах»).

В фазе «реализации» «идеал» воплощается в действительность, составляется конкретная программа действия, интегрируя в нее некоторые аспекты «идеальной» модели, которыми можно располагать в данный момент.

В каждой фазе преподаватель предоставляет необходимую информацию «малыми дозами» в форме, максимально располагающей к размышлению.

Преимуществами «Мастерской» перед классической формой практического занятия именно при изучении данной темы, на наш взгляд, являются:

1. Активность, ответственность студента, его стремление к самореализации;

2. Плюрализм мнений в творческой группе, обмен информацией и выбор наиболее эффективного решения;

3. Вовлеченность в творческий процесс каждого с максимальным использованием различных индивидуальных способностей;

4. Стимуляция педагогом активности студентов, исключая его авторитарность.

Таким образом, в рамках творческой мастерской увеличивается мотивация к обучению, студенты приходят к более полному, эффективному построению и закреплению знаний.

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ХИМИЧЕСКИХ ЗАВИСИМОСТЕЙ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Л.П. Великанова

Астраханская государственная медицинская академия

В связи с резкими изменениями политической, социально-экономической ситуации в России быстро возрастает в массовых масштабах потребление наркотиков, токсикантов и алкоголя. В последние годы расширяется тенденция к вовлечению в процессы наркотизации и алкоголизации и социально благополучных слоев населения, в том числе учащейся молодежи.

Лечение лиц со сформировавшейся химической зависимостью вызывает большие трудности. Данные мировой статистики свидетельствуют, что в случае упорного, длительного лечения наркомании годовой ремиссии способны достичь лишь 5-10% больных. Остальные 90-95% вновь возвращаются к наркотизации. Большинство действующих в настоящее время лечебных, реабилитационных и профилактических программ отправным пунктом имеют факт уже сформировавшейся болезни, т.е. ориентированы преимущественно на вторичную профилактику. Для успешного решения проблем наркозависимости необходимо радикально изменить всю парадигму наркологической помощи – сместить вектор усилий борьбы против болезни и ее последствий в направлении формирования невосприимчивости к ним.

Самым эффективным способом пресечения распространения зависимых форм поведения среди населения ведущими российскими и зарубежными учеными признается построение профилактической работы, прежде всего с подростками и молодежью. Наиболее ранняя, известная и распространенная модель

профилактической работы – информационная. Информационная модель традиционно реализуется с опорой на эффект запугивания, сознательное вызывание страха. Результаты исследований показали, что указанный эффект имеет как существенные ограничения, так и негативные последствия. Изучение возможностей использования феномена страха для деструкции нежелательных и формирования желательных установок выявило, что слабая и средняя интенсивность запугивающей информации на поведение влияет больше, чем сильная, способствующая снижению значимости или даже отрицанию угрозы. Эффективность сильного страха если и может быть высокой, то всегда кратковременна. Запугивание может вызвать некоторые аффекты (тревога, депрессия и т.д.), которые в свою очередь рассматриваются как факторы индивидуального риска приобщения к злоупотреблению психоактивными веществами.

Информация в значительной степени влияет на формирование поведения человека. Получение неверной информации или ее недостаток (отсутствие) в какой-либо сфере рассматриваются как основа большинства эмоциональных и поведенческих проблем человека, в том числе и формирования зависимого поведения. Своевременно полученная информация может мотивировать человека на приобретение новых жизненно важных навыков и выступить основой принятия решений об изменении поведения. Предполагается, что, если человек знает об опасности для здоровья определенного стиля поведения, он начнет относиться к такому поведению отрицательно и стремиться от него воздерживаться.

Но чтобы необходимая информация достигла адресата, была преподнесена грамотно, чтобы антинаркотическая профилактическая работа в целом была эффективной, наряду со специальными знаниями этиологии и патогенеза болезней патологической зависимости нужны глубокие знания возрастной психологии, ценностных приоритетов адресных групп (подростки, молодежь), «ключ» для входа в молодежную аудиторию, коммуникативные навыки, владение техниками диалога, публичных выступлений.

В 2003 г. в Астраханской медицинской академии (АГМА) был сформирован студенческий отряд «Нет алкоголизму и наркомании» (НАН). Отряд НАН является самым крупным представителем молодежных волонтерских объединений Астраханской области, работающих в сфере противодействия распространению алкоголизма, наркомании, ВИЧ/СПИД, курения и пропаганды здорового образа жизни. Его составляют студенты старших курсов, интерны, клинические ординаторы кафедр, недавние выпускники академии. Важным действующим механизмом, определяющим эффективность работы отряда, является тот факт, что сами лекторы имеют возраст, сопоставимый с возрастом их аудитории – старшеклассников, студентов. Реализуется принцип «сверстник–сверстнику», что способствует снятию психологических барьеров при беседе на «запретные» и деликатные темы и не провоцирует у слушателей защитных, протестных реакций и, главное, – отторжения необходимой информации. Формируется непринужденный, лишенный дидактики характер общения, обнажаются острые проблемы в интимной и других глубоко личных сферах, интересующие молодежь, проясняются варианты их решения. Представляемый аудитории материал подается не монологично и директивно, а в ходе дискуссии, диалога, инициируется обратная связь с аудиторией, общение приобретает характер интерактивного, что способствует более полному и глубокому восприятию необходимой научно обоснованной и достоверной информации. Учитывая психологические особенности подросткового и юношеского возраста (иная иерархия системы ценностей, цели, мотивы поведения, характерологические возрастные реакции), акцентируются не столько негативные стороны отклоняющегося поведения, сколько факторы и причины, способствующие его формированию и, в особенности, способы нейтрализации последних. Темы дискуссий касаются широкого спектра вопросов, связанных с отклоняющимся поведением: особенностей характера подростков и юношей и поведенческих реакций, приводящих к вовлечению в зависимое поведение, способов снятия эмоционального напряжения, выхода из критических ситуаций, противостояния чуждому влиянию, путей и возможностей получения удовольствий ес-

тественным путем. Полученная информация дает возможность для реализации еще одного важного направления первичной профилактики, известного как обучение жизненным навыкам.

Предпочтение отдается современным интерактивным методам профилактики и работе в группе, как наиболее результативным: психологическим играм и тренингам. Базовая подготовка на кафедре наркологии и психотерапии позволяет членам отряда НАН вести психологическое консультирование 1-го уровня, обучать навыкам снятия стресса, проводить тренинги личностного роста, противодействия психологическому давлению. Членами отряда НАН и их кураторами среди студентов и школьников иницируется творческая работа профилактической направленности: наглядно-агитационные конкурсы рисунков, коллажей, плакатов, мини-спектаклей, монтажей, театрализованных представлений. Используется когнитивная модель профилактики посредством научно-практических конференций с конкурсами научных работ, моделей реабилитации наркозависимых.

Целью программы отряда является проведение в высших, средних и средних специальных учебных заведениях города и районов комплексных и массовых мероприятий, обеспечивающих профилактику алкоголизма, наркомании и табакокурения. Профилактическая работа ведется не только в учебных заведениях, но и в местах отдыха молодежи: в подростковых клубах и центрах, на молодежных дискотеках, в общежитиях вузов. Одним из видов профилактической деятельности отряда НАН является анкетирование учащихся средних и специальных учебных заведений города. Его цель – анализ эффективности проводимых мероприятий и коррекция их форм и тематики с учетом интересов аудитории. Работа отряда ориентирована не на единичные акции, а на долговременную и разнонаправленную позитивную профилактическую работу с молодежью.

В подготовке врача важны не только медицинские знания, но и определенные психологические качества, определяющие его способность включаться в различные системы социальных отношений. Являясь членами отряда и занимаясь профилактической работой, студенты полнее овладевают навыками эффективной коммуникации, групповой работы, консультирова-

ния, проведения массовых мероприятий, публичных выступлений, делового и профессионального общения. Реализуется известный тезис: обучая, учимся сами (Docendo discimus!). Позитивной составляющей в работе отряда является достаточно высокая мотивированность его членов к овладению профессиональными навыками, их нацеленность на саморазвитие и профессиональное совершенствование, поскольку студенты старших курсов, интерны и ординаторы уже вполне определились с выбором специальности. На занятиях школы молодого лектора они усваивают приемы и навыки построения публичного выступления, ораторского искусства, психологической подстройки под аудиторию, привлечения и удержания внимания слушателей, научаются соразмерять предоставляемую информацию и потребности аудитории, овладевают методиками интерактивного преподнесения информации, построения диалога, организации управляемой дискуссии. В процессе подготовки к выступлениям расширяется общая и профессиональная эрудиция, пополняясь знаниями современной молодежной культуры, специальных медицине областей знаний.

В ходе подготовки к конкурсам, конференциям отрабатываются навыки работы с научной и популярной литературой, реферирования, анализа данных мониторинга. Знакомство с возрастной психологией не только расширяет профессиональный и общий кругозор, но и позволяет сформировать более полное и глубокое представление о собственной личности, ее ресурсах, способствует самораскрытию и самореализации. Все перечисленное по своей сути отражает поступательное движение на пути становления специалиста и затрагивает акмеологические аспекты высшего профессионального образования.

Следует отметить, что в работе отряда участвуют не только психиатры-наркологи, но и ординаторы и интерны других специальностей, что позволяет расширить возможности профилактики, преломляя значимую информацию через другие области медицинских знаний. Тем более, что возрастает распространенность психических нарушений, связанных с употреблением алкоголя и наркотиков, наблюдается патоморфоз психических расстройств с тенденцией к соматизации психопатологических

проявлений, что увеличивает круг специалистов, не готовых к решению возникающих при этом проблем, и создает настоятельную необходимость интеграции психиатров-наркологов с широким кругом специалистов другого профиля.

Профилактические мероприятия отряд НАН планирует и проводит в условиях тесного сотрудничества с городским и районными Координационными советами по противодействию злоупотреблению наркотиками, с УФСКН России по Астраханской области.

Критерием оценки эффективности работы являются обратная связь в виде положительных откликов из школ, лицеев, гимназий, колледжей и высокая степень востребованности описанных форм работы, благодаря которым заполняется информационный вакуум, дается позитивный импульс к реализации творческого потенциала и процессам самоактуализации молодежи.

Полученный в АГМА опыт транслировался на межвузовский уровень с вовлечением средних учебных заведений, общеобразовательных школ. Преподавательский отряд АГМА проводит обучающие курсы для студентов-лекторов других вузов города по вопросам профилактики наркозависимостей и СПИДа.

Опыт профилактической работы в молодежной среде заинтересовал многие государственные структуры как в регионе, так и на российском и международном уровнях. При обсуждении Концепции федеральной образовательно-воспитательной программы профилактики правонарушений, наркомании и иных социальных отклонений среди несовершеннолетних инициативы, изложенные в докладе «Концептуальные подходы к построению профилактики социально опасных болезней», были одобрены и поддержаны. На Международном семинаре по обмену опытом социальной работы, организованном областной администрацией в 2002 г., сообщения о работе отряда вызвали большой интерес у немецких и итальянских коллег. В 2005 г. опыт межведомственного взаимодействия в работе с учащейся молодежью г. Астрахани в сфере профилактики отклоняющегося поведения был представлен на 12-й международной конференции мэров европейских городов-членов «ЕСАД» в Норвегии.

Министерством образования и Советом ректоров вузов г. Астрахани принято решение о создании разветвленной структуры этой общественной студенческой организации, охватывающей учебные заведения всех уровней города и области.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАБОЧЕЙ ТЕТРАДИ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ЭКЗАМЕНУ ПО ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

А.В. Голенков

Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова,
Чебоксары

Экзамен – заключительный этап изучения дисциплины в вузе. Особенно важна подготовка к нему. В короткий период необходимо повторить весь материал по дисциплине, который накапливался в течение учебного года (семестра), обобщить его, уточнить непонятные моменты и самостоятельно изучить отдельные темы, включенные в экзаменационные вопросы, но не имеющие места в лекционных и практических занятиях. В последние годы все большее число студентов обращается к преподавателям с просьбой – создать «краткие и исчерпывающие конспекты ответов» по изучаемой дисциплине.

С учетом этих пожеланий разработана рабочая тетрадь для подготовки студентов V курса (лечебный и педиатрический факультеты) к экзамену по психиатрии и наркологии. Использовалась идеология так называемой самостоятельной работы студентов (СРС), предусматривающая получение, углубление и закрепление знаний по вопросам дисциплины. В тетради представлена лишь общая структура ответа на все экзаменационные вопросы, включая классификации нарушений основных психических процессов, таблицы и схемы, материал отсутствующий или недостаточно представленный в учебнике. При этом студенты должны самостоятельно собрать большую часть недостающей информации (более 90%) по тому или иному вопросу в рекомендуемой литературе, проанализировать ее и вписать в соответствующие страницы тетради, выполнить, если необходимо, предложенные задания. Особое внимание уделялось терминам и

работе над ними. В приложении приводился разбор термина с выделением ключевых слов, после чего предлагалось выписать слова, смысл которых не понятен, и в дальнейшем проделать работу по образцу.

Настоятельно рекомендовалось самостоятельно заполнять матрицу (сводную таблицу) психических расстройств (ПР). Работа над ней должна начинаться при изучении вопросов по общей психопатологии (симптомы и синдромы ПР), с заполнением соответствующих граф матрицы по психическим сферам. При переходе к освоению частной психиатрии (ПР и заболевания) матрица существенно дополнялась и приобретала законченный вид, в которой по горизонтали содержались признаки ПР по всем психическим сферам, а по вертикали был представлен полный перечень основных симптомов и синдромов по каждому ПР. Освоив матрицу, студент мог достаточно свободно ориентироваться в клинических особенностях ПР. Аргументировалась польза от составления сопоставительных таблиц, т.к. они являлись основой формирования клинического мышления врача – дифференциальной диагностики психической патологии. При этом матрица ПР, описанная выше, составляла основу пропедевтики ПР, диагностика которых основывается на прямом узнавании болезни (по ее симптомам и синдромам).

Приветствовались создание собственных схем и таблиц, аббревиатур (так называемых опорных сигналов для запоминания), формулирование вопросов и самостоятельный поиск ответов на них, консультации с преподавателями (после изучения материала и оформления его результатов на бумаге).

Начало подготовки к экзамену совпадало с началом изучения предмета. Уже на первой лекции студенты получали экзаменационные вопросы, указания по заполнению тетради, задания для СРС, знакомились с методическим комплексом дисциплины, рациональными приемами по успешному изучению предмета. Особое внимание обращалось на систематичность и последовательность прохождения тем по психиатрии и наркологии. На практических занятиях наиболее существенная информация повторялась, периодически выборочно проверялась работа по заполнению тетради.

Кроме того, тетрадь являлась своеобразным регулятором объективности при выставлении оценки на экзамене. В спорных случаях она помогает уточнить качество подготовки студента, объем проделанной работы, усвоение учебной программы по предмету. В ряде случаев тетрадь существенно экономит силы преподавателя при работе с учащимися, имеющими многочисленные академические задолженности.

Учитывая специфику педагогического процесса в высшей медицинской школе, на тетрадь для подготовки к экзамену выносятся работа с основной и дополнительной литературой, ее реферирование и аннотирование; создание кратких обобщающих сообщений, конспектов; использование разнообразных заданий. Формируется мотивация студентов на глубокое и прочное изучение программы по психиатрии и наркологии с самоконтролем и взаимоконтролем одногруппников. Скрупулезная работа над материалами тетради, определенно, способствует усвоению программы по психиатрии и наркологии, является алгоритмом изучения других клинических дисциплин. Это особенно важно для формирования навыков приобретения, сохранения и накопления врачебных знаний, успешной деятельности по выбранной специальности в будущем.

ТЕЛЕМЕДИЦИНА В ПСИХИАТРИИ: ВПЕЧАТЛЕНИЯ О ПЕРВОМ ОПЫТЕ

Е.Н. Давтян

Российский государственный педагогический университет
им. А.И.Герцена, Дневной стационар №3 ГПНДС №7,
Санкт-Петербург

В Санкт-Петербурге несколько лет работает городской координационный центр телемедицины, на базе которого была организована первая консультация по психиатрии. Связь установили между городом Атырау (Казахстан) и Санкт-Петербургом.

Консультация состоялась в очном режиме. Видеоконференция проводилась на скорости 128 кб/сек., консультирование двух больных заняло около часа с четвертью. Со стороны заказчика кроме врача и больного присутствовали родственники (матери). Со стороны исполнителя – консультант.

Цель консультации: уточнение диагноза и коррекция терапии. Однако явно недостаточный объем заранее представленных материалов, а также последующий диалог с заказчиком показали весьма относительную заинтересованность в консультации врачей, под наблюдением которых находились больные, т.е. в обоих случаях врачи декларировали «полную понятность случая» в начале беседы и включались в диалог постепенно только по мере прояснения ситуации.

Главным во время телемоста было желание матерей больных получить «другое мнение» специалиста. В этом желании были по меньшей мере две составляющие: 1) недоверие к «своим» докторам, отчасти оправданное в первом случае; 2) полное непонимание происходящего с их детьми в обоих случаях (что лишний раз подчеркивает необходимость психообразовательной работы врача как с больными, так и с их родственниками как залог хорошего комплайенса в будущем).

Как известно, основным условием эффективности работы врача-психиатра является личный контакт с больным. В обоих случаях эффективный диалог врача и больного в полной мере не удалось обеспечить в силу ряда причин:

1. Особенностью данной консультации являлся языковой барьер: больные отвечали по-казахски, в обоих случаях переводили матери. Соответственно, семантическая составляющая ответов была чрезвычайно приблизительной, искажена неточным переводом и интерпретациями родственников, а оценить другие аспекты высказываний (специфические нарушения структуры мышления и т.д.) не представлялось возможным. Таким образом, ведущим фактором в оценке высказываний стал интонаци-

онный компонент речи (манерно-сюсюкающая «детскость» в первом случае и лишенная мелодических модуляций монотонная немногословность во втором).

2. Возможности видеонаблюдения за реакциями больных были оценены консультантом как удовлетворительные, тем не менее они, безусловно, проигрывали естественному контакту. Отследить мимику и моторику больных можно было только чрезвычайно приблизительно.

3. Работу консультанта-психиатра затрудняла невозможность установления невербального контакта с пациентом (присоединение, регуляция личной дистанции, прямой взгляд в глаза и т.д.).

4. Технические особенности сеанса видеоконференцсвязи потребовали от консультанта определенного «привыкания»: расхождение между изображением и звуком (задержка звука, связанная с расстоянием), временные ограничения и т.п.

Тем не менее, несмотря на указанные особенности, общая оценка эффективности консультации была сформулирована как «относительно успешная», а цель консультации, по общему мнению, была достигнута. В процессе беседы удалось существенно уточнить диагнозы и дать достаточно детальные рекомендации по стратегии и тактике дальнейшего лечения. В определенной мере диагностику состояния облегчала острота психических расстройств – в обоих случаях консультанту пришлось иметь дело с острыми психозами (депрессивно-параноидной структуры в первом случае и онейроидно-кататонической – во втором).

В целом использование телемедицинских технологий для решения консультативных вопросов в психиатрии сталкивается с рядом объективных сложностей и явно уступает живой беседе. В нашем случае продуктивность беседы в большой мере определялось качеством предоставляемых услуг связи, которые к сожалению, далеки от оптимальных. Кроме того, подобного рода консультации нуждаются в серьезной предварительной подготовке – заранее предоставленных информативных медицинских сведениях, точно сформулированных вопросах консультанту, т.к. в условиях жесткой регламентации времени воз-

возможности для дополнительного прояснения ситуации крайне ограничены. Тем не менее все технические сложности преодолимы при условии заинтересованности сторон в разрешении затруднительной диагностической или терапевтической ситуации. В нашем случае такую заинтересованность проявляли только матери больных.

Телемедицинские консультации в психиатрии возможны для решения весьма локальных и конкретных задач, а в серьезных дифференциально-диагностических случаях их эффективность будет весьма избирательной.

Значительно больше перспектив в использовании телемедицинских технологий в психиатрии, по нашему мнению, лежат в поле взаимодействия между самими психиатрами или между преподавателями психиатрии и студентами. Возможность обсудить серьезную профессиональную проблему с ведущим специалистом или увидеть известного профессора и прослушать его лекцию есть далеко не у каждого врача или студента, это всегда случаи исключительные и чрезвычайно интересные.

ПРОФИЛАКТИКА ЗАВИСИМОСТЕЙ – ОДНО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ КАФЕДРЫ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

М.В. Злоказова, В.И. Багаев

Кировская государственная медицинская академия

Значительное внимание в деятельности любого вуза уделяется воспитательной работе. На кафедре психиатрии и наркологии Кировской ГМА воспитательная работа складывается из

двух взаимосвязанных компонентов. Первый осуществляется непосредственно в процессе преподавания дисциплины, второй – на мероприятиях воспитательного характера во внеаудиторное время.

Важной составляющей воспитательной работы на нашей кафедре являются мероприятия по профилактике различных видов злоупотребления и зависимости от психоактивных веществ (ПАВ), т.к. мы считаем, что будущий врач должен подавать личный пример населению, отказываясь от табакокурения и злоупотребления спиртными напитками, ведя при этом активный образ жизни. К сожалению, этому нередко уделяется недостаточное внимание во время обучения в вузе.

В рамках данного направления студенты, клинические интерны и ординаторы пишут рефераты об алкоголизме, наркомании, табакокурении и игровой зависимости с акцентом на пагубность последствий данных зависимостей, с дальнейшим проведением конкурса на лучший реферат года по профилактике зависимостей (отдельно у студентов и интернов, ординаторов).

Мероприятием, занимающим внеаудиторное время и вызывающим значительный интерес, является «круглый стол» «Пагубные последствия злоупотребления ПАВ». При этом с докладами, сопровождающимися мультимедийными презентациями, с удовольствием выступают сами студенты. После выступлений докладчики отвечают на вопросы слушателей. Участники «круглого стола» отмечают важность изучаемой проблемы.

Кроме того, с каждой учебной группой проводится занятие по особенностям формирования зависимостей, этиопатогенезу, начальным симптомам и их негативным последствиям. При этом выделяются факторы, способствующие развитию алкоголизма, наркоманий и других зависимостей, а также меры профилактики и необходимость принятия экстренных мер даже при минимальных симптомах, свидетельствующих о формировании зависимости.

Конечно, важную роль в психопрофилактике зависимостей играет и чтение лекций для студентов в рамках учебного плана «Алкоголизм, этиопатогенез, клиника, профилактика», «Нарко-

мании, этиопатогенез, клиника, профилактика». Присутствие на лекции пациентов усиливает эффект воспитательного воздействия и обычно надолго запоминается.

Ежегодно проводятся 1-2 занятия СНО по проблемам различных видов наркоманий и алкоголизма. Большой интерес у студентов вызывают заседания СНО, посвященные компьютерной и игровой зависимостям.

Преподаватели кафедры вносят свой вклад в борьбу с зависимостями, осуществляя постоянный контроль за исполнением приказа ректора академии о борьбе с курением, пропагандируя здоровый образ жизни не только на занятиях, но и подавая личный пример.

Таким образом, психопрофилактика зависимостей должна начинаться с раннего возраста усилиями родителей, педагогов, конечно, СМИ и обязательно должна продолжаться в условиях вуза и сопровождаться мероприятиями по формированию здорового образа жизни на протяжении всего периода обучения и в последующем. Только при таком подходе можно существенно изменить реальную ситуацию в России и уменьшить распространенность зависимостей.

ВНЕАУДИТОРНОЕ САМООБУЧЕНИЕ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ В СТРУКТУРЕ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА

Г.Ф. Колотилин

Дальневосточный государственный медицинский университет,
Хабаровск

Учебный процесс вузов, как социальное и коллективное явление, включает значительное число слагаемых. Обучение студентов не ограничивается аудиторным временем в рамках учебного расписания. Педагогический опыт подтверждает, что на лекциях, практических и семинарских занятиях обучающиеся

получают наиболее общую ориентирующую информацию о различных направлениях медицинской науки. Такая информация не является исчерпывающей в широком смысле и предполагает более глубокое ее изучение во внеаудиторное время. Значительная часть учебного материала «прорабатывается» и изучается заново за то время, которое находится за пределами учебной программы. Следовательно, внеаудиторная познавательная деятельность является прямым продолжением, важным элементом учебного процесса, выходящим за рамки строгой регламентации. Поэтому она практически трансформируется в самостоятельную форму изучения значительной части медицинской информации в самообучении. Наиболее существенными и важными особенностями самообучения являются: 1) ограничение у обучающегося времени общения с преподавателем; 2) высокий уровень самостоятельности в процессе познания; 3) более широкая возможность использования и учета индивидуальных способностей к обучению; 4) ограничение условий и возможностей к применению текущего контроля за успеваемостью обучающихся.

Внеаудиторное самообучение формирует такие качества у студентов, как высокая самодисциплина, устойчивость мотивационной установки, стремление к эффективному и рациональному использованию бюджета времени. Таким образом, индивидуальная подготовка наиболее полно может быть реализована через внеаудиторное самообучение, которое способствует становлению и развитию базиса для активизации общей готовности к познанию.

Внеаудиторное самообучение студентов ставит перед преподавательским коллективом две главные задачи: 1 – формирование блоков информации, отвечающих целям и задачам самообучения; 2 – разработка и применение методов контроля успеваемости студентов, занимающихся по индивидуальному плану.

Строго самостоятельное обучение требует решения первой задачи. Первичный клинический результат регистрируется студентом в оценке психического статуса. Затем на основании анализа статуса нескольких тематических больных он составляет ситуационную задачу и выводит систему вопросов и эталонных

ответов. Вторая задача самостоятельного обучения выражается в представлении в группе своей самостоятельной работы, в которой происходит ее коллективная и балльная оценка по предлагаемой системе рейтинга. Таким образом, при балльной оценке у студента появляется мотив повышения своего рейтинга на экзамене.

Такой тип самообразования создает базу врачебной деятельности и развивает следующие особенности интеллекта: 1) формирование у каждого врача четких образов ведущих симптомов многих болезней, выявляемых важнейшими методами исследований; 2) формирование у врача эффективных приемов мыслительных операций с выявленными у больного признаками заболевания, умением подвергнуть эти симптомы дифференциальной диагностике для успешного определения достоверных тестов правильного диагноза; 3) формирование определенных практических навыков.

Эти принципы должны лежать в основе учебного процесса на клинических кафедрах. В соответствии с традиционными методами обучения на клинических кафедрах главным объектом изучения является больной человек. Поэтому очень важен тематический подбор больных. Учебный процесс строится в гармоническом сочетании теоретической подготовки студентов и тщательного клинического разбора больного с последующим динамическим наблюдением за ним и изучением всех лабораторных и инструментальных результатов исследований.

Таким образом, внеаудиторное самообразование относится к перспективному методическому подходу в структуре учебного процесса медицинских институтов. Реализация на практике его потенциальных возможностей может быть достигнута только объединенными усилиями педагогических коллективов вузов.

РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ ИНФОКОММУНИКАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА ДОДИПЛОМНОМ ЭТАПЕ ПРЕПОДАВАНИЯ ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

И.П. Логинов

В последние годы инфокоммуникационные технологии активно внедряются и становятся неотъемлемой частью в системе высшего и среднего образования.

На кафедре психиатрии и медицинской психологии ДВГМУ с 2007/2008 учебного года функционирует локальная сеть на базе беспроводных технологий, в которой объединены 5 учебных компьютеров и компьютер системного администратора. Кроме того, для телеконференций используется зал на 30 мест с видеоконференцсвязью. В информационной базе локальной сети содержатся учебные пособия, обучающие программы, видеоматериалы, тестовые задания. Все это дает возможность преподавателю в режиме реального времени контролировать учебный процесс и самостоятельную работу студентов. Наличие в сети с диалоговым доступом учебно-методических материалов позволяет каждому студенту создать и вести собственную локальную базу данных, дополняя фрагменты типовых положений собственным опытом и оценками в виде «заметок на полях». Комплексное использование типовых методических пособий и персональных баз знаний обеспечивает значительное повышение качества рефератов по соответствующим темам занятий. Указанный комплекс может быть рассмотрен в интеграции с обучающими программами. Тем самым создается необходимый дополнительный внешний компонент (элемент) для системы тестового контроля знаний студентов в обучающей системе. Кроме того, учебно-методические пособия могут быть использованы студентом в локальной, корпоративной, региональной и глобальной сетях во время семинарских практических занятий, а также в системе дистанционного обучения по всем видам и формам образовательного процесса.

Обучающие программы необходимы для электронного тренинга обучаемых по определенным темам с целью приобретения практических навыков и закрепления на практике знаний, полученных в виде теоретических и типовых методических положений. Другим достоинством электронного тренинга является за-

благовременная подготовка студентов к анализу и оценке ситуации, к принятию оптимальных решений в различных конкретных частных случаях и сферах будущей практической деятельности. Собственное «электронное проигрывание» достаточно большого количества конкретных вариантов будущей профессиональной деятельности с применением типовых методических материалов и с участием преподавателя позволяет значительно повысить качество знаний студентов. Комплексное использование указанных компонентов с системой контроля знаний значительно повышает и качество самостоятельной работы. В этом аспекте применение видеоматериалов позволяет использовать возможности и достоинства мультимедийной информации. Результаты итогового тестирования студентов лечебного факультета в 2006/2007 и 2007/2008 учебных годах показали, что прирост среднего балла (Δ абс. показателя) по психиатрии составил 0,23, по медицинской психологии – 0,31.

На основе новых информационных технологий, современных средств вычислительной техники, глобальной информационной среды Интернет совместно с Вычислительным центром ДВО РАН создается базовая региональная сеть семейной телемедицины для задач удаленной оперативной психолого-психиатрической диагностики, диспансеризации и мониторинга здоровья населения Дальнего Востока. Создание сети обеспечит единую региональную телекоммуникационную среду и даст возможность строить единое региональное информационное медико-социальное пространство, что позволит обеспечить доступ к информации большинства активного населения, расширить спектр информационных телемедицинских и образовательных услуг, существенно повысить их качество.

О МОТИВАЦИИ К ОБУЧЕНИЮ И ИДЕАЛЬНОМ МЕТОДИЧЕСКОМ ПОСОБИИ ПО ПСИХИАТРИИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ

Л.Т. Морозов, Н.В. Говорин, Т.П. Злова
Читинская государственная медицинская академия

Педагогический опыт (даже немногочисленный) свидетельствует о весьма невысокой мотивации студентов к неформальному усвоению программных основ психиатрических знаний и, соответственно, специфических разделов, особенно необходимых врачу-непсихиатру. Это, в частности, чаще всего выражается хроническим появлением без учебников на первые занятия (что весьма значимо при коротких циклах) и явно недостаточной домашней подготовкой к практическим занятиям в дальнейшем. Опыт консультирования в соматических больницах также неутешителен: врачи не только не помнят азы психиатрии, но и имеют заметную тенденцию отторгать от своих прямых интересов и обязанностей проблему психических расстройств пациентов.

Это может происходить из-за распространенной среди населения и захватывающей врачей стигматизации душевнобольных, недостаточных знаний и умений психиатрического исследования (расспрашивать и наблюдать). Это основной «конечный результат» нашего труда.

Первым значимым фактором слабой мотивации студентов является объективная трудность усвоения ими программного материала из-за его непривычности (необычности) и большого объема занятий (и страниц), предлагаемых для усвоения в ограниченное число учебных часов. Если к учебнику полагается несколько «методичек» (основная, набор схем, набор тестов, клинические задачи), то все это тем более невозможно прочувствовать и усвоить.

Вторым, не менее, а может быть более значимым, является отсутствие у студентов живых впечатлений (картин) о подлежащих усвоению расстройствах, отчего тексты учебника, по необходимости отвлеченные, не воспринимаются студентами как нечто актуальное, вещественное, наполненное образной «живой тканью».

В учебниках (а это основной инструмент домашней подготовки) иногда встречаются терминологические разночтения. Поскольку психиатрическое мышление студентов еще «детское», они испытывают трудности при синонимических значениях терминов (психопатия то паранойяльная, то парапаранои-

ческая, то параноидальная); некоторые понятия (например, круги негативных симптомов) им просто не под силу усвоить, сложные психиатрические конструкции и завышенные объемы бессмысленны с позиций «конечного результата».

В идеале учебное пособие для студентов (как приложение к учебнику) должно быть одно. В структуре занятий целесообразны традиционные разделы: цель, исходный уровень, программное содержание (по темам №1, №2, №3...), задачи первого и второго уровней, контрольные вопросы, а также вопросы на сравнение понятий.

«Методичка» также обязательно должна содержать образно-наглядный материал. В качестве такового лучше всего зарекомендовали себя специально отобранные талантливые самоописания больными своих психических расстройств. Поскольку в них не только психопатология, но и неповторимые отношения личности с расстройствами, эмоциональная насыщенность переживаний, описание целостных психологических ситуаций, то это в значительной степени способно возместить отсутствие реальных впечатлений от больных.

Данные тексты целесообразно оформить как приложения и расположить их обязательно в начале «методички». В начале каждой темы должна быть ссылка на соответствующие номера приложений. Весьма важное к ним требование – интересность для читателя. В качестве приложений можно использовать описания расстройств мастерами слова (Достоевский, Чехов и др.). В приложения можно включить и обычные выписки для тем, где самоописания не имеются, а также казуистические случаи с необычными выписками из историй болезни. По общей психопатологии полезны самоописания здоровыми измененных состояний сознания: они демонстрируют отсутствие пропасти между душевнобольными и здоровыми. Приложения идеальной «методички» должны содержать фотографии состояний (как в «добрых старых» учебниках), хотя это сильно увеличивает ее объем.

Краткие, наиболее яркие самоописания можно поместить и в структуре тем: перед содержанием, введя дополнительный стандартный раздел «Вводные демонстрации».

Исходный уровень целесообразно излагать относительно объемно, полагая, что исходные знания студентом забылись и о них надо напомнить в контексте темы.

Клинические систематики лучше оформлять в виде графов логических структур и иных наглядных графических изображений, сократив соответственно объем содержания.

Следует также понимать познавательную ограниченность клинических задач на опознание симптома или синдрома, изъятото из общего контекста, использовать одно, но многостороннее целостное описание (и самописание) для занятий по нескольким темам. Из-за сюжетной завершенности его легче запомнить, чем сумму фрагментов.

Для предупреждения формирования стигматизации также следует особенно ответственно относиться к первым впечатлениям студентов как о душевнобольных, так и о психиатрической больнице. Не следует обращать их внимание на отделения с плохими условиями содержания; демонстрируемые преподавателем первые больные должны быть сохранными, вызывать понимание и сочувствие (обычно это пожилые женщины с депрессивными состояниями). Шизофренические неадекватности, холодность и заумность, не вызывающие отклика в душах студентов (молодых), следует демонстрировать позже.

ОБ ИНТЕГРАЦИИ ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНОГО ПОДХОДА В СИСТЕМУ ПОДГОТОВКИ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ И ПСИХОТЕРАПЕВТОВ

С.Б. Селезнев, Е.В. Агошкова

Филиал Российского государственного социального университета в г. Анапе, Астраханская областная клиническая больница

Клиническая психотерапия в последние десятилетия является одной из наиболее интенсивно развивающихся отраслей современной медицины. Психотерапевтические направления, подходы, техники и методики, заимствованные на Востоке или рожденные на Западе, активно интегрируются в практику, приспособляясь к российскому менталитету и культуре, которая

является продуктом особенного исторического развития нашего многонационального государства.

В западных исследованиях этнокультурных аспектов взаимоотношений в диаде «психотерапевт–клиент» подчеркивается, что принадлежность к разным культурам может видоизменять процесс терапевтического взаимодействия, недоучет культурных особенностей клиента часто осложняет установление контакта и доверительных отношений, снижая эффективность лечения, а в ряде случаев причиняя вред пациенту. Для того чтобы в этих условиях оптимизировать работу в диаде, были предложены формирование у психотерапевта навыков принятия мировоззрения клиента и использование в работе подходов, соответствующих его культуре.

В 90-х годах Х. Пезешкиан, проводя сравнительное кросс-культуральное исследование российской и германской психотерапии, выделил основные характеристики российских психотерапевтов и их пациентов, которые указывали на необходимость адаптации западных психотерапевтических подходов к особенностям российского менталитета и участников терапевтической диады.

В современной многонациональной России в эпоху возрождения культурных традиций, населяющих ее этносов, усиления внешних и внутренних миграционных процессов этнокультуральный подход в изучении взаимодействия психотерапевта и пациента становится особо актуальной областью научного исследования. В частности, В.Я. Семке (2001), А.В. Голенков (2004), Е.Л. Николаев (2006) подчеркивают важность изучения психологических особенностей построения психотерапевтического контакта (альянса), диагностики и оценки клинических проявлений, учета роли семьи и её значимых членов, вопросов содержательной стороны и параметров психотерапевтического процесса в условиях, когда пациент и специалист представляют разные этнокультурные группы, а также необходимость исследования архаических форм лечения и психотерапии (целительство, знахарство, шаманизм) и включения их элементов в современный терапевтический процесс. Эти вполне реалистичные взгляды легли в основу формирования относительно новой и

чрезвычайно востребованной области знаний, сконцентрированной между классической социальной и этнической психологией, транскультуральной психиатрией и этнопсихотерапией. Последняя, как область знания, изучающая методы и формы психотерапии в различных культурах, становится актуальной отраслью науки о человеке, особенно учитывая нарастающие социально-экономические изменения, на фоне которых в нашей стране резко активизировались процессы миграции населения.

Так, в Астраханской области, этнический состав которой представлен 172 национальностями, в последнее десятилетие происходит заметная этнодемографическая трансформация. В частности, растет удельный вес переселенцев и вынужденных мигрантов из северокавказского и среднеазиатского регионов. По итогам переписи населения 2002 г., число жителей Дагестана, переселившихся в Астраханскую область на постоянное место жительства, возросло до 25 тыс. человек, что составляет более 2,5% населения области. И это лишь официальная статистика вчерашнего дня. Потоки нелегальной межрегиональной миграции в несколько раз выше, а их интенсивность лишь возрастает.

В течение последних лет приток новых мигрантов из республик Северного Кавказа (Дагестан, Чечня, Ингушетия) продолжает увеличиваться. В результате пограничная Астраханская область становится все более многонациональной. При этом меняется традиционная (русские, казахи, татары, украинцы и т.п.) этническая структура ее населения в сторону количественного увеличения и качественного превалирования «инокультурных переселенцев». Столь быстро меняющееся социальное пространство ведет к закономерному напряжению психоадаптационных механизмов как у коренного, так и у пришлого населения. У коренных жителей, несмотря на традиционно высокий уровень этнотолерантности, нередки ксенофобические настроения, элементы проявления фрустрационного напряжения и недовольства, скрытой и даже открытой агрессии.

Мигранты также оказываются в условиях необходимости аккультурации, и выбор стратегии межкультурного взаимодействия (ассимиляция, традиционализм, маргинализация или интеграция) напрямую влияет на состояние их психического здоро-

вья и социальной адаптации. Кроме того, большая часть из них уже отягощена грузом последствий ряда психогений (потеря жилища, изменение социального статуса, длительное пребывание в условиях экономической нестабильности, потеря родственных связей, разрыв социальных контактов и пр.), что, в соответствии с теорией негативных жизненных событий, рассматривается как предрасположенность к развитию психической патологии.

В связи с этим в последние годы неуклонно нарастает удельный вес переселенцев в лице психиатрических и психотерапевтических пациентов, что приводит к немалым клиническим трудностям и социально-психологическим проблемам при проведении специализированных медицинских мероприятий. Врачи-специалисты оказываются в условиях недостатка знаний об особенностях работы с данной группой населения, сталкиваясь с рядом проблем, обусловленных культурными различиями. Эффективность психотерапевта во многом зависит от знания им особенностей культуры и религии пациента. Так, в работе с представителями народностей северокавказского региона важно учитывать роль значимого, авторитетного члена семьи, который часто сопровождает пациента и может даже потребовать присутствия на психотерапевтических сеансах. Вместе с тем он же может транслировать полученные от врача психотерапевтические суггестии, которые будут подкреплены всей силой его авторитета, влияния и доверия к нему. Подобный подход описан при работе с пациентами в рамках арабской культуры, где психотерапия осуществляется не в диадах, а триадах. Необходимо адаптировать установленные для западной культуры правила психотерапевтического взаимодействия с учетом традиционно, культурально обусловленных ожиданий и установок по отношению к психотерапевту. В частности предполагается, что в данной группе пациентов от специалиста ожидаются большая директивность, меньшая фиксация на степени ответственности и самостоятельности клиента, а также на финансовой стороне терапии. В то же время традиционное (западная модель) построение доверительных отношений в терапевтической диаде должно быть смещено в область изучения опыта построения этих отношений в данной культуре. Знание культурно обуслов-

ленных особенностей коммуникативного стиля, системы внутрисемейных контактов и родственных связей, традиций, сказаний данного этноса, а также знание религиозно-философских основ и этики той ветви ислама, к которой принадлежит пациент, сделают процесс психотерапии более эффективным. Изучение культурально обусловленных особенностей клинических проявлений психических расстройств, традиционных форм целительства и психотерапии что позволит оптимизировать психотерапевтические интервенции.

Таким образом, накопление фактического материала, его обобщение и систематизация становятся объективно востребованными в практическом здравоохранении, особенно в сфере охраны психического здоровья населения. Быстро изменяющаяся жизненная парадигма, изменяющееся социально-экологическое и культурное пространство требуют от сегодняшних и будущих специалистов-медиков глубоких и разносторонних знаний в сфере этнологии, культурологии, этнодемографии, этнопсихологии, транскультуральной психиатрии и этнопсихотерапии. Речь идет о системной интеграции этнопсихологических знаний и этнокультурального подхода как одного из важнейших предикторов эффективности лечебного (психотерапевтического) процесса. Введение в новые государственные образовательные стандарты медицинских вузов отдельного курса по этим разделам знания необходимо не только для будущих врачей-психиатров и психотерапевтов, но и для всех представителей врачебных специальностей в современной клинической медицине. Создание специализированных методических рекомендаций и новых образовательных программ в системе последилового образования и повышения квалификации врачей с разумной интеграцией базовых этнокультуральных знаний может в скором времени стать первоочередной (во многих регионах вынужденной мерой) задачей здравоохранения. Такие программы способны оперативно помочь специалистам, работающим в сфере охраны психического здоровья и в целом в системе здравоохранения, адаптироваться к быстро изменяющимся социальным условиям и выработать наиболее эффективные приемы

профессионального терапевтического взаимодействия в ситуации возрастающих кросскультуральных контактов.

ДИНАМИКА ОТНОШЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА К ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ

Д.Г. Семенихин
Ульяновский государственный университет

В современном обществе наблюдаются две противоположные тенденции в отношении лиц с психопатологическими нарушениями. Одна из них заключается в усиливающейся стигматизации психически больных, другая – в психиатризации социума, способствующей более «мягкому» отношению к носителям психической патологии. Стигматизация по признаку психического заболевания затрагивает не только душевнобольных, но и специалистов, связанных с оказанием помощи в области психического здоровья, а также методы терапии психических расстройств.

Проведено анонимное анкетирование студентов II (n=80), III (n=95) и V (n=76) курсов медицинского факультета в целях выявления отношения к основным группам психофармакологических препаратов. В анкете содержалась краткая информация о механизмах действия и клинико-фармакологических эффектах данных препаратов, с перечислением наиболее распространенных. Студентам предлагалось оценить каждую группу препаратов по 7-балльной шкале Дембо–Рубинштейна в модификации Т.М. Габриял (1972) (1 балл – препарат не приемлем для терапии, 7 баллов – препарат идеально подходит).

Студенты всех курсов выше всего оценили транквилизаторы (5-7 баллов у 57,5% студентов II курса, 68,42% – III курса, 48,69% – V курса) и ноотропные средства (5-7 баллов у 51,25% студентов II курса, 53,68% – III курса, 63,15% – V курса). Наиболее высокая оценка антипсихотических препаратов и антидепрессантов была на II курсе, у студентов, не прослушавших курс фармакологии и психиатрии, наиболее низкая – на V курсе, после прохождения циклов фармакологии, психиатрии и клиниче-

ской психофармакологии (5-7 баллов у 45% студентов II курса, 28,42% – III курса, 18,42% – V курса в отношении нейролептиков; 5-7 баллов у 45% студентов II курса, 30,53% – III курса, 34,2% – V курса в отношении антидепрессантов).

Подобная тенденция может быть интерпретирована как следствие роста негативного отношения к психофармакологическим препаратам по мере приобретения знаний в области психиатрии и клинической психофармакологии, что, в целом, соответствует ранее описанному явлению усиления стигматизирующих установок с увеличением объема медицинских знаний. Селективность в изменении отношения к психофармакологическим препаратам, вероятно, связана с распространенностью их использования студентами-медиками, а также с усиливающимся с возрастом влиянием воспринимаемого социального отношения к различным группам психофармакологических средств. Данная ситуация в последующем может оказать негативное влияние на деятельность будущего врача, поскольку психотропные препараты все больше применяются в общемедицинской сети.

Таким образом, результаты указывают на необходимость более глубокого ознакомления будущих врачей с распространенностью психической патологии в социуме и ролью психофармакотерапии в целом и отдельных групп психофармакологических препаратов, в частности, в ее лечении.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ ИНОСТРАННЫМ СТУДЕНТАМ

Л.К. Шайдукова

Казанский государственный медицинский университет

Обучение иностранных студентов в медицинских вузах страны стало реальностью современного учебного процесса. Высшая школа постепенно перестраивает свои программы в соответствии с этнокультуральными, национальными, когнитивными и даже религиозными особенностями учащихся. Иностранные студенты в вузе – явление, несомненно, позитивное и прогрессивное, так как позволяет масштабировать и унифици-

ровать учебные процессы в соответствии с международными нормами, а также пересмотреть сугубо отечественные подходы. Дополнительным преимуществом преподавателей подобных вузов является глубокое изучение предмета и овладение иностранным языком. Вместе с тем обучение иностранных студентов обладает рядом особенностей как с точки зрения методологического, так и содержательного аспектов.

Одной из трудно разрешимых проблем обучения является определённое расхождение содержания учебного материала, что вызвано спецификой самой отечественной психиатрии, стоящей несколько особняком от общемировых стандартов. Как известно, в нашей психиатрии превалирует описательно-феноменологический подход – в этом её сила, так как это позволяет воспитать профессионалов с глубоким клиническим мышлением, способных интегративно применить все области знания при диагностике и лечении пациентов. Однако система международного тестирования не учитывает «интеллектуально-когнитивных изысков» специалистов-психиатров, а направлено, в основном, на накопление количественных характеристик знания. Несомненно, подобный подход к диагностике и лечению больных делает этот процесс механистическим, лишая его таких явлений, как «профессиональная интуиция» и «творческое озарение», но имеет и преимущества в виде использования современных научных теорий и технологий.

Эти расхождения обнаруживаются уже на этапе обучения психиатрии и наркологии как самостоятельных дисциплин в вузе, что объясняется различным содержанием российских и иностранных учебников. Так, в иностранной учебной литературе, как правило, большое внимание уделяется методам исследования, лабораторному и психологическому тестированию, нейробиологическим основам заболеваний – этому посвящена отдельная (равноценная) глава. Следующей особенностью является то, что в иностранных учебниках нет обширных материалов по общей психопатологии, они вкраплены в структуры самих заболеваний и рассматриваются в их контексте, клиническая часть дана авторами строго в соответствии с международной классификацией болезней и описана в её рубриках. Учебники также отображают допол-

нительный материал (в отечественных программах это дано в виде элективов), что позволяет студенту расширить свои знания, это рубрики: «суицидальное поведение», «психиатрические аспекты синдрома иммунодефицита», «расстройство сна», «психопатология детства» и т.д. Особое внимание в иностранных учебниках уделяется вопросам лечения и реабилитации, как медикаментозного, так и психотерапевтического. Отдельной главой выделены новейшие психотропные препараты, многие учебники имеют приложение в виде шкал психологического тестирования и тестового материала. Это облегчает задачу студентам, так как позволяет в процессе обучения заочно ответить на международно-стандартизированные тесты.

Таким образом, при подготовке учебных программ необходимо учитывать особенности преподавания курса психиатрии и наркологии иностранным студентам.

ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ ПСИХОЛОГИИ

ЛИЧНОСТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СТУДЕНТОВ-СТОМАТОЛОГОВ КАК ФАКТОР ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ УСПЕШНОСТИ

И.Е. Булыгина

Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова,
Чебоксары

Для каждой профессиональной деятельности определяется свой набор личностных качеств. Ученые в качестве инвариантных составляющих личности врача отмечают: прогрессивный

мотивационный профиль, направленность на профессию как «служение», высокий коммуникативный потенциал, самоконтроль эмоций и поведения, высокую работоспособность и т.д. (Б.Д. Карвасарский, В.А. Ташлыков, 1998). Специфика профессиональной деятельности стоматолога включает в себя: высокую степень технологичности в сочетании с тонким ручным трудом; жесткую регламентацию деятельности в связи с высокой ответственностью за здоровье и жизнь пациентов, высокий уровень творчества врача как исследователя и скульптора. Специальность врача-стоматолога характеризуется высокой степенью вредности и опасности производственной среды, тяжестью и эмоциональной напряженностью трудового процесса; необходимостью соответствовать активно развивающейся стоматологической науке и практике ввиду высокой коммерциализации стоматологической практики.

Одним из важнейших факторов будущей успешности является овладение студентами технологией делового общения в системе «врач-пациент», так как профессиональное общение выступает как особый вид профессиональной деятельности стоматолога и пронизывает все этапы диагностического и лечебного процессов. Профессионализм врача включает не только технологическое мастерство, но и искусство воздействия на пациента. Наиболее оптимальной позицией во взаимодействии с пациентом является активность врача. Врач убеждает, побуждает, добивается своих целей. При этом профессиональное общение стоматолога строится с учетом притязаний пациента: желание быть понятым, «услышанным», «увиденным», «оцененным»; стремление реализовать свои права на получение всесторонней и исчерпывающей информации; согласие на конкретные врачебные манипуляции и предложенную стоимость лечения. Ошибки в профессиональном общении стоматолога формируют жесткие стереотипы в работе врача, которые отражают его свойства, а не особенности пациента; нивелируют личность пациента, увеличивают физические и психологические затраты доктора.

Стоматологическая деятельность, в отличие от большинства медицинских практик, связана с постоянной работой с острой болью пациента. Практически все манипуляции сопровожда-

ются достаточно интенсивными болевыми ощущениями. Переживания болевых ощущений оказывают негативное отношение не только на состояние пациента, но и на самого специалиста. Болевые ощущения больного, желание минимизировать боль, внутреннее сопротивление пациента, его страх перед стоматологическими манипуляциями вызывают у стоматолога высокое эмоциональное напряжение, приводящее к быстрому эмоциональному выгоранию.

Изучение студентами общей и медицинской психологии позволяет им осознать свои слабые и сильные стороны, личные особенности, стратегию реагирования в критических ситуациях. Уже в первом семестре можно выделить «успешных» и «неуспешных» студентов и прогнозировать, какими специалистами они станут.

Исследование психологического статуса «успешных» и «неуспешных» студентов выявило достаточно выраженные различия. Так, у «успешных» студентов-стоматологов уровень алекситимии, определяемой при помощи методики «Торонтовская алекситимическая шкала», значительно ниже, чем у «неуспешных».

Мотивационные достижения успеха и избегания неудач с разным уровнем успешности также имеют различия. Для их изучения были использованы методики Т. Элерса «Диагностика мотивации стремления к успеху» и «Диагностика мотивации избегания неудач».

«Успешные» отличаются преобладанием «мотивации стремления к успеху» над «мотивацией избегания неудач». Высокий показатель по методике «Мотивация достижения успеха» в группе «успешных» студентов позволяет сделать вывод, что в их установках проявляется достаточно значимая мотивационная тенденция на успех. Причем «успешные» студенты активны в общественной жизни факультета, имеют широкий уровень интересов и увлечений. В процессе практических занятий заинтересованы в выполнении заданий, получении более высоких оценок. Они организованны, своевременно выполняют все задания, не имеют пропусков без уважительной причины и опозданий на занятия.

В группе «неуспешных» студентов наблюдаются низкий уровень мотивации достижения успеха и преобладание «мотивации избегания неудач» в мотивационном профиле. В установках проявляется реализм, фиксирующий их низкие реальные возможности деятельностного вмешательства в события. «Неуспешные» в постановке целей не ориентированы на ожидание успеха, что снижает возможности достижения высоких результатов обучения. Данную группу студентов характеризует отсутствие заинтересованности в результатах своей учебы, на занятиях они пассивны, склонны к пропускам лекций и занятий, чаще имеют академические задолженности.

Таким образом, дифференцирующее значение для будущих профессионально успешных стоматологов имеют следующие личностные характеристики:

– когнитивные: познавательная активность, творческая направленность личности, творческий характер, гибкость, целенаправленность, объективность и оперативность клинического мышления; художественное воображение; профессиональный опыт (глубокие профессиональные знания и развитые мануальные навыки);

– мотивационные: преобладание мотивации достижения в мотивационном профиле; интернальность в области достижений;

– эмоционально-волевые: ответственность, самостоятельность, терпеливость, энергичность, напряженность, высокая саморегуляция, контроль эмоций и поведения в сочетании с оптимальным эмоциональным тонусом и адекватным уровнем тревоги, пластичностью нервной системы;

– коммуникативные: общительность, активность в установлении как межличностных, так и социальных контактов, социальная смелость.

Практические занятия по общей и медицинской психологии способствуют формированию и развитию личностных характеристик, позволяющих студентам более успешно овладевать навыками выбранной специальности. В то же время необходим более тщательный профессиональный отбор при поступлении на медицинский факультет, так как уже на начальном этапе обуче-

ния значима личностная готовность для работы в системе «человек–человек».

МОДУЛЬНЫЙ ПОДХОД К ПРЕПОДАВАНИЮ КУРСА «ПСИХОЛОГИЯ И ПЕДАГОГИКА» В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Е.С. Дьячкова

Тамбовский государственный университет им. Г.Р. Державина

Медицинский институт Тамбовского государственного университета им. Г.Р. Державина образован в 2007 г. С этого времени ведется преподавание курса «Психология и педагогика» в контексте модульно-рейтинговой системы обучения, возложенное на преподавателей кафедры педагогической и возрастной психологии Института психологии. Курс «Педагогика и психология» преподается в соответствии с Государственным образовательным стандартом-2000, типовыми программами, утвержденными Минздравом России, рабочими программами. Часовая нагрузка – 96 аудиторных часов на специальности «лечебное дело» (60 часов на II курсе и 36 на IV курсе).

Дисциплина в каждом семестре подразделяется на два модуля. На II курсе в третьем и четвертом семестрах студенты проходят четыре модуля, каждый из которых имеет свою цель. В рамках первого и второго модулей студенты получают представление о предмете психологии и педагогики, психике человека, ее структуре и основных свойствах, о видах психических явлений – психических процессах, психических состояниях и психических свойствах, об основных категориях педагогической науки, ее разделах, в том числе медицинской педагогике. Рассматриваются такие вопросы, как педагогические аспекты профессиональной деятельности врача; обучение больных, медицинского персонала; обучающие программы в работе с семьей пациента и др. Студенты посещают лекционные и практические занятия. На практических занятиях получают баллы за определенные виды работы – за ответ на занятии по теме семинара, выполнение самостоятельной, контрольной работы, написание реферата, эссе по одной из тем курса или выполнение твор-

ческих заданий. Практические занятия используются для изучения индивидуальных качеств личности студентов (черт характера, темперамента и т.п.). Для этого проводится психологическое тестирование студентов.

Четвертый семестр делится на два модуля, в основе которых знания по психологии личности и социальной психологии. Значимость данных блоков связана, прежде всего, с необходимостью формирования у студентов профессионального самосознания. Именно степень его сформированности определяет профессиональное поведение врача. И хотя процесс его становления протекает на всем протяжении обучения студента в вузе и в клиниках, значительная роль в его формировании принадлежит собственно психологическим знаниям. По мнению М.И. Белых, реализация профессиональных умений врача происходит в зависимости от того, как он знает свою личность и как умеет пользоваться ее особенностями, общаясь с больными и их родственниками. Такой вывод побуждает нас обращать внимание студентов – будущих врачей – на необходимость изучения своей психики, анализа своих переживаний вне и во время профессиональной деятельности. Этому будут способствовать сведения о человеке как индивиде, личности и субъекте деятельности, его потребностно-мотивационной сфере, структуре характера и самосознания. Большая часть курса направлена на овладение умениями и навыками коммуникативной компетентности будущего врача. Практические занятия по этому разделу организованы в виде тренинга общения и группового анализа конкретных ситуаций.

На V курсе цель обучения психологии (блок медицинской психологии) – научить студентов, основываясь на принципе целостного подхода к больному, пониманию болезни как результата взаимообуславливающих влияний телесных, психических, социальных факторов. Будущий врач должен научиться определять внутреннюю картину здоровья и болезни, понимая, что имеет дело с внутренним миром больного, его переживаниями и ощущениями, различать типы отношения к болезни. В модулях рассматриваются темы «Врач и пациент как партнеры в управлении деятельностью, направленной на здоровье пациен-

та», «Психология горя», «Профилактика страха и тревожности», «Терапевтические группы» и др.

Таким образом, необходимым условием профессионализма будущего врача считаем наличие у него высокого уровня психологической подготовки, позволяющей ему относиться к больному как к личности, индивидуальности и на этой основе строить с ним диалогическое взаимодействие. Все перечисленные формы и методы работы со студентами в рамках модульного подхода к обучению, на наш взгляд, помогут будущим специалистам легче приспособиться к современной ситуации, не теряя главного, что должно всегда присутствовать в работе врача – гуманности, чувства долга и ответственности, способности к творчеству.

ОРГАНИЗАЦИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ-ПСИХОЛОГОВ

И.В. Моторина

Рязанский государственный медицинский университет

Как показывают теоретические и эмпирические исследования, проведенные педагогами и психологами (Л.И. Анциферова, А.А. Реан, Г.В. Скок, Т.Э. Хэнсон, В.А. Якунин), конструирование и осуществление результативного процесса обучения в высшей школе возможны только в том случае, если студенты самостоятельны, обладают высокой познавательной и учебной активностью, готовы к творческой деятельности.

Вместе с тем эмпирические данные специальных наблюдений педагогических психологов, а также практический опыт ежедневного общения со студентами факультета клинической психологии РязГМУ позволяют считать, что значительная часть студентов активным субъектом учебно-познавательной деятельности не является.

Именно по этой причине тормозится установление новой парадигмы субъект-субъектных отношений в ходе общения преподавателей и студентов.

Даже полная практическая реализация ведущей тенденции современной реформы вузовского образования (постепенное

увеличение доли внеаудиторных часов в учебных планах и сокращение времени лекционного изложения) не способна привести к автоматической замене неэффективных субъект-объектных отношений весьма привлекательными субъект-субъектными.

Таким образом, преподавателю следует отказаться от роли ретранслятора и контролера знаний, заняв позицию человека, эффективно управляющего психическим развитием будущего профессионала, стрессоустойчивого и конкурентноспособного специалиста. Большинству студентов нужна реальная помощь в правильной организации умственной активности. Они не умеют проводить научно-исследовательскую и поисковую работу, которая является важнейшим средством для развития творческого интеллектуального потенциала.

Следовательно, глобальной целью преподавателя становится развитие у студентов высокой учебной активности, ориентация молодых людей на эвристические и исследовательские способы решения учебных задач, повышение уровня умственной самостоятельности, учебной самоорганизации, развитие самоконтроля и профессионального самосознания студентов.

Среди наиболее эффективных вариантов самостоятельной работы будущих клинических психологов оказываются освоение новой информации с использованием элементов программированного обучения, заполнение таблиц и схем с опорой на необходимые справочные материалы, индивидуальное экспресс-реферирование или конспектирование как один из этапов семинарского занятия, предваряющий коллективный обмен мнениями по изначально обозначенным проблемам.

Мы убеждены, что самостоятельная работа непременно должна включаться во все аудиторные занятия, а не выполняться во внеаудиторное время. Практика последних лет показывает, что студенты не готовы самостоятельно работать и не умеют это делать и не стремятся к глубокому профессиональному погружению в труды психологов. Не секрет, что вопросы, выносимые на семинарские рассмотрения, предварительно распределяются студентами, а преподаватель вынужден спрашивать желающих отвечать, иначе занятия просто срываются. Надеяться на полно-

ценный профессиональный обмен мнениями по ключевым вопросам, по меньшей мере, опрометчиво, так как только один, готовящийся по вопросу, компетентен, а для остальных выступающих вполне подходит характеристика профан. В результате с молчаливого согласия преподавателя легализуется авральная форма подготовки студента к экзамену, он пытается только *временно запомнить*, а не *усвоить* основную информацию по дисциплине, «как-то» и от «кого-то» услышанную.

Одна из самых сложных организационных форм проявления самостоятельности и творчества студентов связана с подготовкой ими курсовых работ.

Анализ последних лет показывает, что написание курсовых работ основная масса студентов расценивает как необходимую учебную формальность. Лишь 5-10% учащихся относятся к курсовым работам как к исследованиям, имеющим самостоятельную профессиональную значимость.

Очевидно, что природное стремление ребенка к исследованию окружающего мира путем освоения и перестроения новых способов деятельности было сознательно «задавлено» школьными педагогами, требующими выучить «главное» знание без «самостоятельности», заранее определенным способом.

В результате студенты не способны самостоятельно продумать предстоящее исследование, составить план курсовой работы, по ходу исследования оценить и учесть промежуточные результаты, сделать самостоятельные выводы. Методически преодолевая проблемы, мы сознательно расширили лекционное изложение темы, посвященной подготовке и проведению научных исследований в психологии, на занятиях по «Общему психологическому практикуму», что существенно улучшило качество защищаемых курсовых работ.

Обоснование актуальности темы представляет, как правило, у всех студентов-психологов чрезвычайную трудность, поэтому в работах лишь вскользь упоминается об актуальности рассматриваемой темы. Выбор и описание объекта, предмета исследования, гипотезы работы формулируются неточно, сумбурно. Часто студенты не понимают, что курсовая работа – это самостоятельное научное исследование, которое требует сис-

темного рассмотрения и изложения полученных теоретических и экспериментальных данных в виде научно-статистического отчета.

Роль научного руководителя – указать на существенные отличия реферативного, в худшем случае компилятивного, изложения широкой актуальной проблематики от собственно исследовательского рассмотрения, когда в поле зрения оказывается только один частный аспект обозначенной проблемы.

Кроме того, научный руководитель подробно консультирует студента по общей схеме будущего исследования, в частности, дает развернутые методические рекомендации по осуществлению обязательных этапов курсовой работы: подготовительного, проведения исследования, написания текста, оформления и защиты.

Опорой для качественной самостоятельной деятельности студента-исследователя служит план, самостоятельно составленный и ограничивающий каждый этап исследования однозначными временными рамками.

Таким образом, студент должен отчетливо представлять структуру и особенности предстоящей работы, варианты собственных поисковых действий, только в этом случае работа над «курсовой» будет существенно повышать уровень его самостоятельности.

Методически грамотное управление процессом написания курсовых работ и в целом организация самостоятельной аудиторной работы студентов весьма трудоемкая и кропотливая работа для преподавателя, однако, она дает более высокий образовательный эффект, чем традиционные лекционные, практические и семинарские занятия.

ДОДИПЛОМНАЯ ПОДГОТОВКА ПСИХОЛОГОВ К КОНСУЛЬТИРОВАНИЮ НА ТЕЛЕФОНЕ ДОВЕРИЯ

Е.Л. Николаев, А.Б. Козлов, М.А. Трясугина, Ф.В. Орлов
Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова,
Республиканская психиатрическая больница, Чебоксары

Подготовка психологов в системе высшего профессионального образования предусматривает помимо теоретического освоения психологических знаний, активное приобретение базовых практических навыков как в области психодиагностики, так и в сфере непосредственной психологической помощи в ее различных видах – психотерапии, психокоррекции, кризисной интервенции. Важное место здесь занимают активные методы обучения – лично- и профессионально-ориентированные тренинги, видеотренинги, супервизия, которые нацелены на осознание и преодоление будущим психологом собственных внутриличностных проблем, коррекцию его неадаптивных личностных особенностей, непосредственно влияющих на эффективность профессиональной деятельности.

В связи с этим интересен многолетний опыт сотрудничества между службой телефона доверия Республиканской психиатрической больницы и Чувашским госуниверситетом в области обучения студентов различных психологических направлений базовым навыкам экстренной психологической помощи по телефону доверия.

Два раза в год в течение последних пяти лет на базе круглосуточных линий телефона доверия студенты-психологи проходят специальную подготовку в форме тренинга телефонного консультирования. Тренерами выступают психологи и психотерапевты, имеющие опыт непосредственной работы в службе телефона доверия, а также навыки преподавательской деятельности в вузе. Участниками подготовки являются студенты психологических направлений не младше III курса. Привлечение к обучению более молодых студентов показало низкую эффективность не только из-за недостаточной теоретической подготовки, но и из-за незрелости и нехватки собственного жизненного опыта.

Программой подготовки предусмотрены семь четырехчасовых занятий, в каждом из которых присутствуют теоретическая и практическая тренинговые части. Целью является знакомство с особенностями телефонного консультирования и основными принципами работы телефонного консультанта. Тематика каждого занятия состоит из одной или нескольких проб-

лем, имеющих наиболее важное значение для телефонного консультирования.

На первом занятии студенты узнают об истории образования телефона доверия. Происходит знакомство участников, сплочение группы, ознакомление с предпосылками возникновения служб экстренного психологического консультирования, рассматриваются основные принципы работы телефонного консультанта, отрабатываются навыки анализа чувств и безоценочности суждений.

Второе занятие целиком посвящено выработке навыков активного слушания, которое является одной из ключевых техник в работе телефонного консультанта. Затрагиваются также этические стороны консультирования.

На третьем занятии разбираются проблемы зависимости и созависимости, одиночества и смысла жизни. Обсуждаются возможности консультирования лиц, страдающих алкогольной зависимостью, созависимостью, любовной зависимостью, выделяются стратегии консультирования лиц, страдающих от одиночества и отсутствия смысла жизни.

Тема четвертого занятия – смерть и суицид. Участники группы знакомятся со стратегиями консультирования абонентов, имеющих суицидальные тенденции, и абонентов, переживающих состояние утраты после смерти близкого.

На пятом занятии рассматриваются основные подходы к работе с семейными проблемами, а также принципы консультирования родителей по вопросам взаимоотношений с детьми. Здесь же разбирается специфика работы с проблематикой бытового и сексуального насилия.

Ключевыми вопросами шестого занятия становятся особенности работы с агрессивными и манипулятивными абонентами, тактика общения с постоянными абонентами. Обязательно поднимаются вопросы профилактики эмоционального выгорания телефонного консультанта.

Седьмое занятие с анализом выявившихся у обучающихся трудностей проводится по итогам прохождения ими практики непосредственного консультирования на телефоне доверия. До этого они сдают зачет по теоретической части подготовки, где

проигрываются гипотетические ситуации, оценивается способность студентов ориентироваться и конструктивно направлять разговор в ситуациях, уже имевших место в практике телефона доверия в прошлом. Только после успешной сдачи зачета они допускаются к непосредственной работе на телефоне доверия. Некоторым студентам, чаще всего в силу их личностных особенностей, рекомендуется завершить обучение на данном этапе.

Практическая часть подготовки состоит из двух этапов. На первом этапе (12 часов) студенты наблюдают за работой опытного телефонного консультанта в режиме реального времени. За этот период они могут адекватно оценить свои возможности, выявить слабые места своей теоретической подготовки, проанализировать стиль работы конкретного консультанта с каждым абонентом.

На втором этапе (48 часов) студенты получают возможность самостоятельно отвечать на телефонные звонки в обязательном присутствии штатного телефонного консультанта. После каждого разговора тщательно разбираются его структура и возможные варианты иного построения хода беседы.

Важным моментом является необходимость заполнения студентами специального дневника, в котором они подробно записывают каждый звонок с описанием содержания проблемы абонента, хода консультирования и возможных трудностей в работе с этим абонентом. Записи детально анализируются с опытным консультантом или оставляются для разбора на последнем занятии с руководителями группы.

Интересно отметить, что после прохождения полного курса обучения у студентов часто меняется восприятие своей будущей профессии и себя в ней. Столкновение с реальными проблемами абонентов, осознание отсутствия «идеальных абонентов», высокие требования, предъявляемые к консультанту, разрушают идеализации восприятия, возникающие в период учебы в университете, заставляя приспосабливаться к новой ситуации. Для многих данный момент является толчком к саморазвитию и повышению профессиональных знаний и навыков. К ним приходит осознание того, что для эффективной работы необходимо, прежде всего, понять и принять абонента, понять его ситуацию,

его позицию в этой ситуации, принять его со всеми его несовершенствами и правом на собственное видение ситуации.

Студентам становится понятно, что часто установить контакт с абонентом гораздо важнее и сложнее, чем «вогнать» его в какие-то условные теоретические рамки. Поэтому закономерно, что акцент их внимания смещается с чисто внешней, технической стороны консультирования на более глубокие процессы, возникающие в ходе него.

С учетом того, что абоненты телефона доверия – это люди, попавшие в кризисную ситуацию, часто находящиеся в состоянии ситуационной дезадаптации, то работа с ними требует определенного терпения и способности долгое время сохранять активность внимания. Подобные умения в последующем могут эффективно переноситься в профессиональную деятельность и личную жизнь будущего психолога. С другой стороны, особенности телефонного консультирования (анонимность и конфиденциальность, а также отсутствие визуального контакта) предполагают возможность обращения абонентов с самыми разнообразными проблемами, с которыми не каждый решится обратиться на очную консультацию к психологу. Благодаря этому у студентов появляется уникальная в их ситуации возможность профессионального совершенствования и развития. Невозможность заранее ограничивать продолжительность разговора и проблематику обращения ставит перед студентами задачу учиться экстренно реагировать на ситуацию, искать ресурсы для консультирования в себе и брать ответственность за ход беседы только на себя.

Еще одной значимой стороной подобной подготовки является возможность столкновения с такими экзистенциальными проблемами абонентов, как смертельная болезнь или утрата значимого человека. Консультирование в такой ситуации ведет к необходимости проработки собственного отношения к этим основополагающим проблемам, что, в свою очередь, ведет к личностному росту будущего специалиста.

Таким образом, додипломная подготовка психологов к консультированию на телефоне доверия не только значительно «облегчает» студентам процесс приобретения навыков психо-

логического консультирования. В ходе этого курса каждый из его участников получает мощный импульс для собственного профессионального и, что не менее важно, личностного роста, что является необходимым условием для формирования высококвалифицированного специалиста.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРЕПОДАВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ СТУДЕНТАМ СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО»

Ф.В. Орлов

Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова,
Чебоксары

Высокая научно-методическая подготовка студентов специальности «Сестринское дело» по медицинской психологии предполагает изучение широкого круга вопросов, связанных с психологией больного, личностью и деятельностью медицинского работника в сфере здравоохранения.

Трудности изучения медицинской психологии обусловлены спецификой терминологии и понимания личности в разных направлениях современной психологии. Поэтому обращается внимание на основные понятия темы и новую медицинскую терминологию, непосредственно связанную с темой занятия, без которых невозможно освоение теоретического материала. Проводятся текущая оценка усвоения материала, проверка исходного уровня знаний, поскольку педагогические задачи обучения требуют определения уровня подготовленности студентов к занятиям.

Для предстоящей профессиональной деятельности студенту необходимы не только глубокие и прочные знания, но и практические умения и навыки. Использование в учебном процессе активных методов обучения позволяет овладеть необходимыми в практической деятельности менеджеров здравоохранения умениями и навыками. Поэтому важной педагогической задачей является вовлечение студентов в активную работу во время занятий. Высокую степень вовлечения в учебный процесс обеспечивают ана-

лиз конкретных ситуаций, решение задач, дискуссии, разыгрывание ролей. В процессе учебы студент должен быть ознакомлен с различными профессиональными ситуациями, хотя бы в игровой форме принять в них самое непосредственное и активное участие. Необходимо помнить, что участие и действие в шесть-семь раз продуктивнее слушания. Этому в значительной мере способствуют различные психологические упражнения, ролевые игры и тренинги, на которых отрабатывается адекватный модус поведения, закрепляются морально-этические профессиональные нормы, формируется личность специалиста. Значительная часть обучающихся заинтересована не только в освоении теоретического материала, но и в овладении практическими навыками. Конструктивно работающая часть активно включается в выполнение упражнений, ролевых игр.

Определенную трудность для преподавателя представляют неконструктивно работающие студенты. К ним можно отнести работающих студентов со стажем руководителей сестринских служб, низкая мотивация к обучению которых зачастую обусловлена с нежеланием выполнения роли обучающегося, с их возрастом, установкой на получение диплома, а не образования. Среди неконструктивно работающих напротив есть студенты ориентированные на получение знаний для сдачи экзаменов, написания курсовых и дипломных работ. Усиление мотивации к обучению неконструктивно работающих студентов требует индивидуального подхода. На преподавателя возлагается создание доверительной атмосферы в группе, возможности обменяться опытом, получить поддержку, что способствует осознанному стремлению обучаться и выполнять необходимые упражнения.

Одним из действенных средств активизации аудитории является выполнение упражнений. Например, упражнение «Карета» позволяет судить преподавателю о работоспособности группы, какую роль выполняет каждый из участников. Данное упражнение учит наблюдать за собой и поведением участников группы, показывает стойкий и однотипный характер выполняемых ими ролей в разных жизненных ситуациях, возможности расширения диапазона ролей. У некоторых наступает осознание малоадаптивности их роли как во время упражнения, так и в

реальной жизни. Часть студентов обнаруживает, что они собой позволяют ими руководить, в результате чего удовлетворяются потребности окружающих, а собственные остаются нереализованными. Высказывания во время обсуждения «я хотела быть в роли...», «меня поставили...» свидетельствуют об этом. Обращается внимание на психодиагностическое значение упражнения в определении социальной роли человека.

На практических занятиях много внимания уделяется формированию коммуникативных навыков. Обучаются использовать невербальное общение (с помощью жестов, мимики и положений тела) для проявления отношения к пациенту. Приемы отражения, повторение ключевого слова помогают получить информацию. Для этого могут быть использованы игры и упражнения: «Язык мимики и жестов», «Подстройка», «Тренинг умения вести разговор». Во время выполнения заданий студенты овладевают приемами активного слушания, подстройки, структурированного интервью. Умение сообщать информацию формируется в ходе выполнения упражнения «Техника хороших наименований».

При изучении моделей взаимоотношений студенты выбирают приемлемые для себя модели поведения. Проигрывание ролей руководителя, врача, медсестры, пациента происходит под наблюдением экспертной группы из студентов с дальнейшим обсуждением моделей поведения и выводами о принадлежности к определенному психологическому типу руководителя, врача, медсестры. Теоретические вопросы посвящены изучению психологии больных и особенностям контакта с больными в терапевтической, хирургической, педиатрической, психиатрической клинике и др.

Для обучения навыкам профессионального общения актуальными являются такие психологические аспекты, как личность больного, его реакции на болезнь и лечение, способы сотрудничества с врачом и медицинским персоналом, отношения в семье, между больными.

Клиническая база для подготовки менеджеров в сфере здравоохранения, которой является психотерапевтический центр, позволяет ознакомиться с работой по психодиагно-

тическому исследованию различных сторон личности в зависимости от клинических задач. Студенты могут принимать участие в исследовании и ознакомиться с результатами исследований типов отношения к болезни, механизмов психологической защиты и совладания и др., а также узнать о психологическом консультировании пациентов по внутри- и межличностным вопросам, семейным, супружеским, профессиональным проблемам.

При знакомстве с работой детского психотерапевтического отделения в фокусе внимания – психосоматические, эмоциональные, поведенческие нарушения у детей и подростков, дисгармония семейных отношений у взрослых, при которых в рамках групповых подходов применяются: игровая терапия, сказкотерапия, арттерапия (рисование, лепка из пластилина и глины), песочная терапия, медитация под сказку. Важным моментом являются вопросы определения отношения пациента к результатам лечения, оценки наличия у пациента установки на полное выздоровление и готовности к выполнению реабилитационных и профилактических мероприятий, проведение адаптационно-коррекционных и профилактических оздоровительно-развивающих программ для дошкольников и школьников различных возрастов.

На занятии по психогигиене, психопрофилактике и психотерапии для студентов проводится сеанс психоэмоциональной разгрузки, указывается на важность умения оказания психологической поддержки, помощи тяжелобольным и при экстремальной ситуации.

Таким образом, в преподавании медицинской психологии студентам специальности «Сестринское дело» наряду с теоретической подготовкой необходимо умелое использование активных методов обучения. Важное место занимает практическая нацеленность занятий.

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ: РЕАЛИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Н.А. Русина, А.Т. Барабошин

Общая медицинская психология изучает психологию здорового человека, развитие психики в онтогенезе, общие закономерности влияния психических факторов на здоровье человека, психологические особенности контакта врача с больным, основы психогигиены. К ее преподаванию наиболее подготовлены кафедры психиатрии и медицинской психологии.

Частная медицинская психология рассматривает вопросы врачебной этики при общении с конкретными больными и при конкретной патологии (психологические вопросы предоперационной подготовки, при онкологических заболеваниях и т.д.). Частную медицинскую психологию целесообразно излагать на специальных клинических кафедрах при изучении соответствующих дисциплин.

У студентов младших курсов еще недостаточны клинические знания для восприятия данного предмета, а отсутствие опыта общения с больными снижает и мотивацию к его изучению.

В государственных стандартах будущего поколения предполагается, что раздел «медицинская психология» будет передан на клинические кафедры для включения вопросов медицинской психологии в содержание учебных программ. С одной стороны, это решение проблемы расширения медицинской психологии за рамки психиатрической клиники.

Подразделение расстройств на психические и соматические, в конечном счете, произвольно, оно только акцентирует одну плоскость данных, которая представляется доминантной в настоящий момент. Несмотря на это, в структуре научной клинической психологии деление на психическое и соматическое все же соблюдается. Это не в последнюю очередь связано с тем, что современные клинко-психологические знания, относящиеся к соматическим заболеваниям, чрезвычайно обширны, и обсуждать их совместно с психическими расстройствами вряд ли полезно для становления клинического мышления будущего врача.

Но в связи с этим возникнет ряд проблем: кто будет читать эти вопросы на клинических кафедрах, если преподаватели-клиницисты не имеют подготовки по психологии. В связи с этим возрастает роль кафедр психологии в медицинских вузах. Кафедра не сможет обеспечить чтение лекций и проведение практических занятий на всех кафедрах, тем более при блочно-модульном расписании. На них будет возложено повышение квалификации преподавателей-клиницистов по медицинской психологии, а также подготовка методического обеспечения читаемого раздела. Для того чтобы осуществлять подготовку преподавателей, медицинская психология в вузах должна быть расширена за пределы психиатрической клиники, в нее должны быть включены вопросы психологической медицины, вопросы психосоматической и других клиник, а сами преподаватели медицинской психологии должны иметь опыт практической работы в подобных клиниках.

По этой же причине повышение квалификации медицинских психологов в медицинских вузах на кафедрах психиатрии также должно быть расширено с привлечением опыта работы психологов в иных, кроме психиатрической, клиниках.

На факультете последипломного образования ЯГМА в программу курсов повышения квалификации медицинских психологов были включены вопросы психосоматической, онкологической, хирургической, эндокринологической и неврологической клиник с использованием новейших психологических концепций психосоматических и неврологических заболеваний (И.Г. Малкиной-Пых, Н. Пезешкиана, А. Менегетти, В.И. Гарбузова, С.А. Кулакова, В.В. Николаевой, А.Ш. Тхостова, Л.П. Урванцева, М.Е. Сандомирского, А.Б. Холмогоровой, Д.Н. Исаева), научных психологических исследований в этих областях, опыта работы преподавателей кафедры педагогики и психологии в соответствующих клиниках. С этой целью психологов познакомили с методами исследования личности пациента, его отношения к болезни, психологических защит и методов совладания, исследования смыслов, самоотношения больного и т.д.

В рамках курсов повышения квалификации медицинских психологов достаточно часто звучит запрос слушателей о вклю-

чении в программу подготовки различных методик коррекции неадаптивного поведения непатологического регистра, вопросов психологической интервенции при суицидальной настроенности, особенностей психокоррекционной работы с пациентами с различными соматическими и психосоматическими заболеваниями. Кроме того, часты запросы и на «психотерапию» психологов, техники проведения супервизии, балинтовских групп.

ПРЕПОДАВАНИЕ ПСИХОЛОГИИ СТУДЕНТАМ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Н.Г. Токарева

Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева

Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева статус университета получил 2 октября 1957 г. в соответствии с приказом Министерства высшего образования СССР, который вышел на основании ранее принятых постановлений правительства СССР и России. Университет был создан на базе государственного педагогического института, история становления которого относится к началу 30-х годов. До 1957 г. педагогический институт играл роль университета, являясь единственным вузом в республике. К моменту преобразования пединститут вел подготовку по 8 университетским специальностям. При организации университета их количество было увеличено до 14.

Создание университета дало мощный толчок развитию высшего образования в республике. Университет реализует программы высшего и послевузовского профессионального образования по широкому спектру направлений подготовки; осуществляет подготовку, переподготовку и повышение квалификации работников; выполняет фундаментальные и прикладные научные исследования; является ведущим научным и методическим центром в областях своей деятельности.

В медицинском институте психология преподается на I, II курсах дневной формы обучения и на III курсе очно-заочной формы обучения.

Всего часов по ГОС: «Лечебное дело» очная форма обучения – 141, из них: аудиторных – 93, лекции – 30, практических (семинары) – 63, самостоятельная работа – 48; очно-заочная форма обучения: всего часов по ГОС – 54; из них аудиторных – 36, лекции – 18, практические (семинарские занятия) – 18, самостоятельная работа – 18; очная форма обучения по специальности «Педиатрия»: всего часов по ГОС – 141; из них: аудиторных – 94, лекции – 30, практических (семинарские занятия) – 64, самостоятельная работа – 47.

Лекции и практические занятия проводятся в соответствии с учебным планом.

Тематический план лекций:

1. Предмет психологии. Система явлений, которые изучает психология. Отрасли психологии.
2. Методы психологического исследования.
3. Психология личности.
4. Деятельность.
5. Восприятия мира. Внимание, память.
6. Мышление, интеллект.
7. Предмет и метод педагогики.
8. Личность. Факторы развития личности.
9. Методы обучения.
10. Основы педагогической деятельности врача.
11. Медицинская психология.
12. Развитие психики и сознания.
13. Темперамент. Характер.
14. Внутренняя картина болезни.
15. Психология лечебного процесса.

По окончании курса составляется психологический портрет личности на основании психодиагностических тестов, которые проводятся на семинарских занятиях, завершающим моментом обучения является зачет.

ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА

В.А. Урываев, Н.В. Руденко

Область применения психодиагностических методов в медицинской психологии непрерывно расширяется, что вызвано, с одной стороны, ростом интереса к количественной оценке психических нарушений, совершающихся лечащими врачами (что, не в последнюю очередь, связано с их участием в современных клинических испытаниях лекарств), с другой стороны, – развитием возможностей современной отечественной психодиагностики. С нашей точки зрения, ситуация с применением разнохарактерных методик созрела для некоторого упорядочивания.

Мы полагаем, что следует выделить пять основных классов методик, каждый из которых имеет «психодиагностические задачи» и свои «психодиагностические ресурсы».

В первый класс, по нашему мнению, следует отнести методы, имеющие очевидный «общеклинический» характер, то есть методы, равномерно распространенные в различных профессиональных кругах, связанных с работой по оказанию помощи человеку: врачи, социальные работники, психологи и другие специалисты.

В этом ряду достойное место занимают наблюдение, беседа, сбор анамнеза. Тем не менее остается методически не проработанным вопрос о содержании профессиональной подготовки по освоению перечисленных методов. Полагаем, что важные и важнейшие особенности, как личности, так и когнитивной сферы, могут быть исследованы этими методами. В истории психиатрии накоплен бесценный опыт по использованию данных методов изучения пациентов и, мы убеждены, что этот опыт: а) нуждается в научной рефлексии; б) может быть рекомендован для освоения молодыми специалистами уже на стадии додипломной профессиональной подготовки. Впрочем, указанные методы во многом опираются на личный опыт врача (медицинского психолога, социального работника и др.), поэтому возвращаться к ним необходимо и на этапах последипломного обучения и повышения квалификации.

Как минимум, указанные методы играют ведущую роль в ориентировке в личности, в состоянии и когнитивной сфере

пациента, в системе его социальных отношений и характеристике образа жизни.

Развернутое изучение субъективного анамнеза принципиально важно для понимания личности пациента. Кто из окружающих оказал на него формирующее влияние? Какие книги повлияли на становление его мировоззрения? Какие события (включая внутренние озарения) «перевернули» его жизнь? Эти и подобные им вопросы дают важную качественную характеристику личности пациента, выявляют его когнитивный уровень и т.д.

Для практической работы медицинского психолога может быть ценен вариант беседы, связанный с изучением планов личностного и профессионального роста, где, как в кристалле, отражаются практически все стороны личности и интеллекта. Рассуждения о жизненной и трудовой перспективе, условиях, при которых это становится возможным, обсуждение о том, кто несет ответственность за события, происшедшие в его жизни и др., – мощнейший проективный прием изучения пациента.

К анализируемой группе методов можно отнести еще целый ряд приемов изучения личности и интеллекта:

- различные скрининговые методики (разнообразные шкалы склонности к депрессии, тревоге, алкоголизму, суициду и т.п., не являющиеся строгими психодиагностическими методиками, но ориентирующие врача общего профиля или другого неспециалиста в актуальном психическом состоянии пациента);
- различного рода опросники «качества жизни», получившие широкое распространение в самых различных клиниках (в рамках этих методик мы можем получить достаточно развернутую картину состояний личности, в которую включены оценки не только актуального психического состояния, но и социальной среды, существенно влияющей на жизнедеятельность);
- оправдавшие себя еще в позапрошлом веке разнообразные «функциональные пробы»: толкование пословиц, счет в уме, пробы на письмо, рисунок, конструирование фигур и т.д. (они хорошо отражают состояние пациента и его адаптационные ресурсы).

Второй большой класс методов психологического обследования составляют, по нашему мнению, профессиональные «общепсихологические методики исследования», они изначально не ориентированы на психиатрическую клинику (разрабатываются и адаптируются на широкой «неклинической» выборке).

Здесь с медицинского психолога особый спрос в части его общепсихологической подготовки, поскольку за каждым личностным тестом или тестом изучения интеллекта стоит теория, которой придерживается тот или иной автор. Так, тест Л. Сонди концептуально отличается от личностного теста Р.Б. Кеттелла, метод «репертуарных решеток» Дж.А. Келли построен на иных посылах, чем тесты Г.Ю. Айзенка, концепция интеллекта Д.Векслера иная, чем у Дж. Равенна, Ж. Пиаже или методики Выготского–Сахарова.

Ко второй группе мы можем отнести методики, принципиально «общепсихологического» плана. Насколько они могут быть востребованы в клинике? Мы полагаем, что такие методики оценивают параметры, на основании которых можно построить позитивный «психологический» диагноз. Другими словами, обзор результатов таких методик выявляет «сохранные», «развивающиеся», «не затронутые болезненными процессами» стороны личности и интеллекта. Именно опираясь на них можно строить программы реабилитации и психотерапии. Без такой «опоры» сложно работать с «дефектом», «недостаточностью», «дефицитарными» проявлениями. Для этого как раз и важно «описание пациента на языке нормы» (заметим, «описание пациента на языке отклонений» – прерогатива врача, которому целями его профессиональной деятельности «предписано» видеть признаки, потенциально угрожающие здоровью симптомы развивающегося заболевания).

В ряде американских руководств примеры заключений клинических психологов всегда начинаются с описания позитивных (сохранных) характеристик личности и интеллекта (в отечественной практике далеко не всегда на этой особенности построения текста заключения фиксируется внимание).

В качестве примера «общепсихологической» по своей природе методики, тем не менее широко используемой в клинике,

можно указать на тест интеллекта Д. Векслера, который практически «не работает» на клинически крайне важном уровне 70-80 у.е. IQ, поскольку эта методика создавалась не для клиники, а для дифференцированной оценки «нормы».

Обратный пример – неадекватное перенесение опыта психиатрической клиники в общепсихологические исследования. В школьную практику привносится специальная терминология («шизоиды», «эпилептоиды», «паранойяльные» и проч.). Припечатанные такими «ярлыками» дети, во-первых, ничего общего не имеют с психиатрическими прообразами, во-вторых, травмируются и сами, и родители. Это в перспективе ведет к появлению стены отчуждения между школьными психологами и школой (учителями, детьми, родителями и т.д.).

В позитивном плане общепсихологические методики характеризуются тем, что, согласно зарубежным этическим стандартам, оценивать результаты проективных методик и давать количественную оценку интеллекта (то есть формулировать юридически значимые выводы) может только дипломированный психолог. Все остальные специалисты могут делать лишь предположительные выводы.

Мы полагаем, что именно глубокое понимание психологической теории и психометрических процедур адаптации тестов отделяет этот класс методик от предыдущего.

К третьему классу методов мы относим методики, созданные «специально для психиатрической клиники» (как личностные, так и методики оценки когнитивной сферы). Граница между этим и предыдущим классом проходит по факту необходимой специализации для полноценной трактовки полученных результатов.

Опубликован существенно переработанный текст «Методики дискриминации свойств понятий» (В.В. Плотников и др., 2009). Методика оценки интеллекта Стэнфорд–Бине адаптирована специально для клинической практики (то есть для оценки низких и крайне низких показателей IQ, что и отражено в критериях МКБ-10; подчеркнем, использованы не нормы Векслера, а нормы Стэнфорд–Бине).

В личностных методиках на первом месте стоит ММРІ, для полноценной обработки и интерпретации которого необходимо, как минимум, знать подробные характеристики основных патопсихологических симптомокомплексов.

В данной группе методик, безусловно, лидируют отдельные (специальные) шкалы: алкоголизма, выраженности посттравматического стрессового расстройства, уровня невротизации и психопатизации, суицидальной готовности и т.п. Профессиональная подготовка клинического (медицинского) психолога должна обязательно включать освоение этих методик. Альтернатива малорадостная – использование общеклинических методов и потеря профессиональной идентичности.

Четвертая группа методик, по нашему мнению, должна объединять классическую клиническую психологию с такими психологическими дисциплинами, как психофизиология, физиология и психология труда, нейропсихология и т.п. Работоспособность и состояние психофизиологического субстрата психической деятельности нельзя не принимать во внимание в реальном консультировании, особенно в части оценки когнитивной сферы (весьма чувствительной к колебаниям работоспособности). Опыт перечисленных и родственных им дисциплин показывает, что с позиций умственной продуктивности и работоспособности могут быть оценены самые различные стороны психической деятельности.

Особенно важна данная группа методик в случаях диагностики соматопсихических (в отличие от психосоматических) зависимостей и заболеваний, характеризующихся выраженной эндогенной природой.

Пятая группа методик выводит нас в сферу социально-психологических отношений личности. Здесь мы определили бы место методик, адресно направленных на оценку структуры и влияния семьи на поведение пациента, роли микро- и макросоциальных условий (например, методики «Шкала семейных отношений» или А.Н. Орел «Склонность к отклоняющемуся поведению»). Социальная адаптация пациента – это иногда более половины его адаптационных ресурсов. В последние годы стали очевидными исключительная роль семьи в психическом

здоровье человека и невозможность успешной терапии без коррекции семейных отношений. В этой группе методик необходима профессиональная подготовка психолога.

Отдельный аспект – завершенность процесса социализации личности, видоизменение (созревание, интериоризация) механизмов самоконтроля под влиянием социальной среды. Ярким примером является методика исследования фрустрации С. Розенцвейга (психоаналитически ориентированного психолога), в которой уже в наборе стимульного материала ситуации разделены на «эго-блокинговые» и «супер-эго-блокинговые». Естественно, при обработке это должно быть обязательно учтено и адекватно интерпретировано.

Для медицинского (клинического) психолога важна методическая и методологическая рефлексия диагностического инструментария, используя который он вправе прийти к тем или иным заключениям.

ПОДГОТОВКА КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ НА БАЗЕ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

И.В. Шадрина

Челябинская государственная медицинская академия

Известно, что понятие «классический университет» подразумевает наличие в нем разнообразных факультетов, в том числе и медицинского. Таких классических университетов в современной России немного. Отсутствие в университетах медицинских факультетов привело к тому, что гуманитарные факультеты изолировались не только от проблем здоровья, но и самого человека. Этому способствовало и разрушение целостной системы университетского образования, что не могло не сказаться на качестве подготовки клинических психологов.

В настоящее время УМО по психологии позиционирует, что факультеты клинической психологии можно открывать лишь на базах классических университетов. Именно это стало камнем преткновения, несмотря на то, что определенную часть университетов лишь с натяжкой можно назвать классическими. Однако именно им, согласно установке УМО, отдается предпочтение при открытии факультетов клинической психологии.

Клинических психологов в России готовят не только так называемые классические университеты, но и другие вузы. Лицензии на образовательную деятельность достаточно легко получают все, кроме медицинских вузов. К сожалению, выпускники этих вузов зачастую не готовы для работы в системе здравоохранения и тем более в психиатрии. Как показывает практический опыт, психологи, которых обучали люди, далекие от медицины и тем более от психиатрии, а также вследствие того, что в процессе учебы будущие специалисты не посещали медицинские учреждения, в частности, психиатрические, они боятся больных, особенно страдающих психическими расстройствами. Это одна из причин, по которой выпускники факультетов клинической психологии редко приходят в психиатрию и в здравоохранение вообще. Логическим выходом из этой ситуации является открытие факультетов клинической психологии в медицинских вузах. Это не столько повышение престижа вуза, сколько решение вопроса качественной подготовки специалистов немедицинского профиля для здравоохранения в целом и в частности для психиатрии.

Преимуществом медицинских вузов по подготовке клинических психологов (причем это справедливо и в отношении подготовки социальных работников для системы здравоохранения) является их огромный клинический потенциал в них. Именно клинический потенциал в классических университетах, где имеются медицинские факультеты, и обеспечивает качество подготовки клинических психологов. Отнесение вуза к классическому университету, но при отсутствии в нем медицинского факультета, не должно давать приоритет открытию в нем факультетов немедицинского профиля по подготовке специалистов для системы здравоохранения.

Помимо клинического потенциала в медицинских вузах имеются и другие возможности, позволяющие приблизить учебный план по специальности «Клиническая психология» к потребностям практического здравоохранения. Это особенно значимо в связи с тем, что клинические психологи востребованы не только в психиатрии и наркологии, но и в клинике внутренних болезней, в хирургии, в онкологии, в системе родовспоможения и детства, а также в других сферах здравоохранения.

В медицинских вузах давно отработаны вопросы создания учебных планов и программ по специальности «Клиническая психология». Однако УМО по психологии упорно продолжает настаивать на подготовке клинических психологов в классических университетах, не пытаясь даже понять реалии сегодняшнего дня. Конечно, психологов должны учить психологи, но встает извечный вопрос кадров. Решить эту проблему можно, подготовив клинических психологов для регионов, на базе медицинских вузов и уже из них, в свою очередь, через систему аспирантуры готовить преподавательские кадры по клинической психологии. Таким образом, через некоторое время психологов будут учить психологи. Требование УМО по психологии будет удовлетворено. Однако на это потребуется время.

В этом аспекте необходимо вспомнить, как в конце 80-х – начале 90-х годов прошлого века в России начала возрождаться, а можно сказать и создаваться, школьная психология. С началом школьной реформы (1989 г.) потребовались школьные психологи. Специалистов этого профиля в регионах не было, значит, и готовить кадры было некому. В г. Челябинске к решению данного вопроса привлекли преподавателей кафедры детской психиатрии. Именно преподаватели медицинского вуза, врачи-психиатры сыграли главную роль при решении этой проблемы. Подготовленные с помощью психиатров, школьные психологи составили костяк психологических кадров в Челябинской области. В настоящее время УМО по психологии старается максимально дистанцироваться от врачей вообще и психиатров в частности. Как же прийти в медицину без врачей и в психиатрию без психиатров?

Решить вопрос с преподавательскими кадрами по психологии можно и по компромиссному варианту. Известно, что факультеты клинической психологии, как правило, небольшие, поэтому количество часов достаточно мало. Это обуславливает сложности в наборе штатных преподавателей-психологов. Выходом из ситуации может стать приглашение преподавателей из других вузов, на что УМО по психологии также накладывает свое вето.

Помимо того, что клинические психологи, подготавливаемые в вузах немедицинского профиля, крайне далеки от нужд здравоохранения, у них также отсутствует мотивация на работу в этой сфере и, особенно, в психиатрии. Проблема усугубляется и тем, что на факультетах клинической психологии обучение проводится в основном на внебюджетной основе и студенты с момента поступления в вуз настроены на восполнение материальных затрат. В системе государственного здравоохранения заработная плата слишком низкая, что и делает его непривлекательным для выпускников факультетов клинической психологии. Решение этой проблемы состоит в том, что целесообразно готовить клинических психологов из выпускников факультетов высшего сестринского образования (ВСО), которые желают получить второе высшее образование. Люди, обучающиеся на факультете ВСО, приходят из здравоохранения и, став клиническими психологами, в нем и останутся. Их не испугает ни низкая зарплата, ни больные. Они, многие с детства, мотивированы помогать страждущим. Положительным моментом также является то, что обучающиеся на ВСО имеют медицинский стаж, они адаптированы к работе в здравоохранении, у них не будет проблем с трудоустройством – многих с удовольствием возьмут их же лечебно-профилактические учреждения.

В Челябинской государственной медицинской академии проведено сопоставление государственных образовательных стандартов по специальностям «Сестринское дело» и «Клиническая психология» и установлено, что и сферы, и виды деятельности по этим специальностям во многом совпадают друг с другом. Отличие имеется лишь по организационно-управленческой,

информационно-аналитической, маркетинговой и инновационной деятельности.

Подготовка клинических психологов из выпускников ВСО соответствует и требованиям для поступающих на факультет клинической психологии. Так, на полный курс обучения можно принимать специалистов с базовым медицинским образованием; на второе высшее – с высшим сестринским образованием.

На факультете ВСО также отведено значительное число часов на психолого-педагогическую подготовку (психология – 534 часа, педагогика – 225). Причем подготовка по педагогике на факультете ВСО превышает таковую на факультете клинической психологии.

Учитывая тот факт, что и выпускники медицинских училищ мотивированы на работу в системе здравоохранения, из них также целесообразно готовить клинических психологов.

В законодательстве РФ указано, что лечебной деятельностью имеет право заниматься специалист, имеющий высшее медицинское образование по специальности «Лечебное дело» или «Педиатрия». К психотерапевтической деятельности допускается лишь врач, закончивший лечебный факультет и прошедший годичную интернатуру по специальности «Психиатрия», а затем получивший первичную специализацию по психотерапии (504 часа). С 2007 г. к прохождению интернатуры по психиатрии стали допускаться выпускники педиатрических факультетов. Такой подход обусловлен тем, что психотерапия является субспециальностью психиатрии. Споры по поводу того, кто имеет право заниматься психотерапией, возникают в связи с тем, что среди кодов по специальности «Психология» указана и психотерапия. Однако и здесь все достаточно ясно. Известно, что психотерапия подразделяется на клиническую и неклиническую. Психологи имеют право заниматься неклинической психотерапией. Поле деятельности по проблемам неклинической психотерапии обширно. Клинические психологи, желающие лечить, могут удовлетворить свои профессиональные устремления в полипрофессиональных бригадах.

Таким образом, становится очевидной необходимость подготовки клинических психологов в медицинских вузах, где

имеются как хорошо подготовленные кадры квалифицированных преподавателей, так и клинические базы, в том числе в системе психиатрической службы.

**АКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ НА ЗАНЯТИЯХ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПСИХОЛОГИЯ И ПЕДАГОГИКА»
ДЛЯ СТУДЕНТОВ ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА**

Е.Н. Шалимова

Рязанский государственный медицинский университет

Большое внимание в педагогике и психологии уделяется мотивационному аспекту учебной деятельности (И.А. Зимняя, А.А. Реан, Н.В. Кудрявая). Практически все исследователи, занимающиеся проблемами обучения, прежде всего, обращаются к изучению отношения студентов к учению как одному из факторов учебного процесса. Не меньше внимания уделяется развитию познавательных процессов у учащихся, формированию активности и самостоятельности интеллектуальной деятельности, развитию творчества в учебной деятельности.

Представленные в современной педагогической и психологической литературе новые подходы к организации учебного процесса, предусматривающие нетрадиционные технологии обучения, направлены главным образом на активизацию деятельности учащихся, что способствует не только интеллектуальному развитию, но и развитию других сфер (мотивационной, волевой, сферы саморегуляции и т.д.).

Как пример активизации личности, при изучении достаточно сложной и однообразной темы «Психические процессы» нами была организована игра «Брейн-ринг» в целях самостоятельного разбора темы «Ощущение. Восприятие. Внимание. Память». В игре участвовали 6 групп студентов I курса лечебного факультета (3 группы в первой игре и 3 – во второй).

За неделю до игры студенты получили задание подготовить по 10 вопросов от группы и заранее сдать их преподавателю для последующего отбора – так создавался банк вопросов. Вопросы должны были соответствовать ряду требований:

1) ответы на них не должны быть очевидными или, наоборот, аморфными, многозначными;

2) содержать ситуации из жизни и практической деятельности.

Это необходимо не только для приобретения теоретических знаний, но и для возможности их переноса в условия реальной жизни. Некоторые группы не ограничились 10 вопросами и сдали по 13-17 вопросов, причем их большая часть прозвучала в ходе игры.

Содержание вопросов, предложенных студентами, в основном можно распределить по 3-м категориям:

1) назвать понятие по приведенному определению или, наоборот, дать определение указанному понятию;

2) сравнить теоретические понятия и объяснить суть их различия;

3) дать объяснение приведенному в вопросе примеру.

Иногда встречались вопросы, которые, с одной стороны, в силу ряда причин было неуместно задавать в ходе игры, но, с другой стороны, хотелось озвучить их в студенческой среде. Поэтому ряд вопросов зачитывался студентам после игры и их ответы не оценивались. Например: «У одного мудреца спросили, где он учился совершенному владению вниманием. Что тот ответил? – У кошки, ждущей мышь возле норки»; «В чем парадокс быстрого сна? – С одной стороны, это глубокий сон, с другой – активная деятельность».

Вторым этапом в организации игры было совместное принятие правил ее проведения:

– одновременно в игре участвуют две команды. В игре – три раунда. В каждом раунде команды получают вопрос и обсуждают варианты ответа. О своей готовности команда извещает определенным сигналом. Максимальное время на обсуждение – одна минута. За победу на каждом раунде команде присваивается одно очко. Если очко не разыгрывается (ни одна из команд не дала правильного ответа на вопрос), то очко переходит в следующий раунд, а правильный ответ не сообщается и вопрос будет вновь задан аудитории (до получения правильного ответа); исключение: вопрос не задается, если в игру вступает ко-

манда, предложившая этот вопрос. В конце игры даются правильные ответы на вопросы, с которыми команды не справились;

- был выработан сигнал оповещения об ответе группы;

- в каждой команде выбраны «хранители времени», отвечающие за отсчет минуты обсуждения и дающие сигнал о ее окончании. «Хранители времени» выполняли свою функцию в случае, если их команда не принимала участие в текущей игре. Таким образом, в каждой игре за временем одновременно и независимо друг от друга следили два человека;

- функция ответа никому не делегируется: отвечает тот игрок, который знает (или предполагает, что знает) ответ на вопрос. Таким образом, становится ясным уровень подготовленности групп к занятию.

После игры студенты анонимно в письменной форме отметили удачные и не очень удачные моменты. К основным недостаткам студенты отнесли возникновение конфликтных ситуаций из-за спорных вопросов и «выяснение личной неприязни среди игроков». Среди достоинств чаще всего указывались азарт, интересные вопросы, дух соревнования, развитие навыков общения, сплочение команды. Были многочисленные просьбы о проведении занятий в такой форме в дальнейшем. Были мнения, что в игровой форме учебный материал усваивается лучше, так как в процессе подготовки студент знакомится с темой, а в процессе игры материал повторяется, дополняясь новыми сведениями. Был отзыв и подобного содержания: «Такая форма обучения заинтересовывает студентов. Я в первый раз подготовился к психологии перед «брейн-рингом».

Одна из сложностей этого мероприятия заключалась в том, что игроки сами выбирали себе соперников. В нашем случае эта стратегия проведения игры оказалась не очень удачной и вызвала неоднократные замечания у студентов: разные команды играли разное количество игр, поэтому шансы набрать очки были неравноценны.

В целом после подобных мероприятий можно ожидать всплеска активности, повышения интереса к занятию, более серьезного уровня подготовленности. Важным преимуществом

данной игры является стимуляция развития мышления студентов, приучение их к работе в условиях цейтнота. Тем не менее следует помнить и о недостатках подобных мероприятий: у пассивных студентов остается возможность «отсидеться», не принимая активного участия в игре. Знания в ходе игры не объединяются в систему, а остаются разрозненными, бессвязными, что требует возвращения к изучаемой теме после игры и систематизации полученной информации.

Другая форма работы по данной теме: студентам дается задание проявить себя в игровой ситуации как личность того или иного типа акцентуированного характера.

Студентам было предложено методом мозгового штурма выбрать темы для сообщения на семинаре «Семейная педагогика». Из предложенных 15 тем выбраны 5, студенты разделились на подгруппы по числу тем. В подгруппе каждый студент готовил один из частных вопросов темы. В последующем были заслушаны доклады по выбранной теме и проведены дискуссии: «Проблемы молодой семьи», «Типы семей и семейных отношений», «Материнское и отцовское воспитание», «Семья с детьми с ограниченными возможностями», «Взаимоотношения в семье: родители, прародители, братья и сестры».

На практических занятиях по теме «Психология общения» студентами разыгрывались конкретные ситуации: общение в семье, в группе, с преподавателями, с пациентами, с больным ребенком и его родителями. Отрабатывались навыки установления контакта, ведения беседы.

Таким образом, активные методы обучения повышают эффективность усвоения учебной дисциплины «Психология и педагогика» у студентов лечебного факультета.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Н.В. Яковлева

Рязанский государственный медицинский университет

Практическая и научно-исследовательская деятельность клинического психолога направлена на повышение психических ресурсов и адаптационных возможностей человека, на гармонизацию психического развития, охрану здоровья, профилактику и преодоление недугов, психологическую реабилитацию. Необходимость использования клинических баз для организации обучения, решающее значение в формировании профессиональной компетентности, опыта взаимодействия в терапевтической бригаде определили данную специальность как медико-гуманитарную, а подготовку клинических психологов осуществляют медицинские вузы. Различие технологий профессиональной подготовки медиков и гуманитариев порождает ряд проблем объективного характера.

Интегральной целеполагающей характеристикой образовательного пространства вуза принято считать модель специалиста. Взяв за основу модель формирования специалиста, разработанную Л.В. Лебедевой и Е.Л. Доценко, мы попытались проанализировать различия в профессиональном становлении врача и клинического психолога в процессе вузовской подготовки на пяти уровнях:

- профессионально-образовательная среда;
- формирование профессионального поведения;
- развитие профессиональной учебной мотивации;
- становление профессиональной идентификации;
- формирование профессиональных эталонов и ценностей.

1 уровень: профессионально-образовательная среда. Этот уровень модели отвечает на вопрос: насколько образовательное пространство аутентично профессиональной среде. Если врач может профессионально работать преимущественно в системе здравоохранения, чему органично соответствует образовательная среда медицинского вуза, то ориентация клинического психолога значительно шире: образование, социальная помощь населению, различные отрасли народного хозяйства. После завершения обучения для выпускника факультета клинической психологии возможно больше направлений реализации профессионального потенциала. Для организации факультетов клинической психологии необходимо расширение баз практики: привле-

чение педагогических экспериментальных площадок, учреждений социальной помощи населению, других предприятий и организаций. Широта возможной профессиональной реализации клинического психолога является тем фактором, который определяет специфические требования к содержанию и организации учебного курса «Введение в профессию» и первой ознакомительной учебной практики.

2 уровень: профессиональное поведение. На этом уровне решается вопрос о формировании профессиональных навыков и умений в процессе профессиональной подготовки. Сравнение содержания учебных планов показывает, что подготовка по обеим специальностям достаточно четко делится на доклинический и клинический период. Первый – насыщен теоретическими дисциплинами. Во втором преобладают практикумы и супервизии. Другой вопрос – какие навыки, сформированные в образовательном процессе, будут востребованы в будущей деятельности клинического психолога. Недостаток высококвалифицированных клинических психологов в медицинских вузах приводит к тому, что учебные планы подготовки психологов насыщаются дисциплинами медицинской специализации. Клинические кафедры не могут изменить профиль содержания предметов и преподают студентам факультета клинической психологии пусть в сокращенном виде, но стандартные курсы. Для клинических психологов практическая ценность таких дисциплин не очень высока. В будущей деятельности они не смогут самостоятельно ставить диагноз, назначать лечение, выписывать лекарства и т.п. В процессе обучения у клинических психологов формируется некоторая избыточность практических медицинских умений и навыков, которые в дальнейшей деятельности будут не востребованы.

Нормативно определенная роль клинического психолога в лечебно-реабилитационном процессе – вспомогательная, экспертная. Он «по направлению врача проводит психодиагностические исследования и длящиеся диагностические наблюдения за пациентами, уделяя особое внимание лицам с факторами риска психических расстройств. Совместно с врачом разрабатывает развивающие и психокоррекционные программы с учетом

индивидуальных, половых и возрастных факторов, выполняет работу по профориентации пациентов с учетом их ценностных установок, способностей, ситуационных возможностей и актуальных планов. По направлению врача осуществляет мероприятия по психопрофилактике, психокоррекции, психологическому консультированию при оказании помощи пациентам, их родственникам и медицинскому персоналу в решении личностных, профессиональных и бытовых психологических проблем». Но если клинический психолог будет работать во взаимодействии с врачом, почему на уровне образовательных технологий не отработать навыки этого взаимодействия? Формой такого обучения могли бы стать межфакультетские объединенные занятия в рамках обучения на клинических кафедрах и во время производственной практики, цель которых обучение многомерной диагностике состояния пациента, составление индивидуальных лечебных и реабилитационных программ.

3 уровень – развитие профессиональной учебной мотивации. Исследование структуры профессиональной психологической компетентности специалиста, выполненное в русле авторской концепции, показало, что в представлениях студентов о профессиональном поведении врача и клинического психолога есть существенные различия. Студенты-медики и студенты клинические психологи по-разному оценивают значимость отдельных психологических умений в своей будущей профессии. Если в начале обучения (I-II курс) ядром модели компетентности студента лечебного факультета являются способы организации познавательной активности, то у студента факультета клинической психологии – коммуникативные умения. На старших курсах картина меняется: будущие врачи считают центральным компонентом профессиональной психологической компетентности эффективную саморегуляцию, студенты факультета клинической психологии – организацию познавательной деятельности. Студенты факультета клинической психологии, как гуманитарии, все годы подготовки занимаются научно-исследовательской работой в рамках курсовых и дипломных работ. На старших курсах они изучают ряд дисциплин общеметодологического плана, предъявляющих высокие требования к организации

познавательной активности субъекта обучения. Важнейшей задачей организации учебного процесса в этих условиях становится организация самостоятельной научно-исследовательской работы студентов, совершенствование технологий руководства курсовыми и дипломными проектами, активизация работы научных кружков и т.п.

4 уровень – формирование профессиональной идентичности. Общая динамика профессиональной идентификации клинических психологов такова. Обучаясь в медицинском вузе, студенты-клинические психологи младших курсов изначально осознают себя как врачи, но врачи особого рода. В то же время эта особость парадоксально, на первый взгляд, сочетается со сниженной профессиональной самооценкой студентов младших курсов факультета клинической психологии. И лишь на старших курсах у клинических психологов пробуждается ощущение своей профессиональной уникальности.

Кардинальным решением проблемы является широкое внедрение клинико-психологической работы в практику здравоохранения. Если психологические службы и центры будут созданы не только в специализированных диспансерах, а станут необходимым звеном любого лечебно-диагностического процесса, то специфика взаимодействия врача и клинического психолога будет понятна и доступна изучению, а студенты факультета могут самоопределяться в профессиональных интересах еще в процессе обучения.

В определенном смысле снизит остроту проблемы профессиональной идентификации «просветительская» работа с преподавателями медицинских кафедр, популяризация результатов клинико-психологических исследований в медицинской среде. Совершенствование образовательных технологий, активизация теоретических и прикладных исследований модели специалиста в области клинической психологии, проведение педагогических конференций по особенностям подготовки клинических психологов на кафедрах медицинского профиля, проведение научно-практических конференций по организации взаимодействия в лечебно-реабилитационной бригаде лечебно-профилактического учреждения – все это необходимые условия интеграции подго-

товки клинических психологов в образовательной среде медицинского вуза.

5 уровень – становление профессиональных эталонов и ценностей. Этот уровень отражает систему убеждений и ценностей, которые составляют смысловое ядро личности. С целью изучения ценностно-ориентационного аспекта становления профессионала нами было проведено исследование смысловой сферы личности студентов IV курса трех групп: факультета клинической психологии, лечебного факультета, факультета психологии Рязанского государственного университета им. С. Есенина. Нам хотелось выяснить, что больше влияет на формирование профессиональных ценностных ориентаций клинических психологов: «среда» медицинского вуза или психологическое «содержание» подготовки. Исследование показало, что в большей мере задает будущую профессиональную ориентацию жизненных планов студентов-психологов обучение в медицинском вузе. Клинические психологи значительно ориентированы на «результативность» взаимодействия с клиентом, нежели на «процесс общения и самореализации в этом процессе». Они, как и будущие врачи, четче и яснее, чем студенты классического университета, представляют свою будущую деятельность и осознают ценность профессионального обучения. При этом студенты факультета клинической психологии сохраняют присущую всем психологам общегуманитарную направленность, ценят свободу личности и ее неповторимую уникальность. Образование в медицинском вузе как бы задает «каркас жесткости» гуманистическим эталонам профессиональной деятельности психологов. Ценностно-ориентационная близость будущих клинических психологов и врачей позитивно влияет на межфакультетское сотрудничество. Опыт студенческого общения, открытость, толерантность по отношению друг к другу будут способствовать, в свою очередь, эффективности дальнейшего профессионального взаимодействия.

В целом формирование специалистов-психологов в образовательной среде медицинского вуза – сложный и многогранный процесс, требующий больших организационных и методических усилий. Но конечная цель этого процесса позитивна во всех

смыслах: сближение психологии и медицины открывает новые перспективы в организации помощи человеку в трудных жизненных ситуациях.

ВОПРОСЫ ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ И МЕДИЦИНСКИХ ПСИХОЛОГОВ

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ ПРОБЛЕМЫ ДЕСТРУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

А.А. Андрусенко, В.А. Гольшева, И.А. Кузнецов, И.Ф. Обросов
Пермская медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера

В настоящее время существенно видоизменяются психические и поведенческие расстройства, находящиеся в сфере внимания психиатров. Возрастает распространенность поведенческих расстройств, которые ранее встречались редко и были скорее исключением. В профессиональной терминологии стало

использоваться понятие «деструктивное поведение». Последнее представляет собой многочисленные и разнообразные психические нарушения, часть из которых не входит в официальные классификации. Среди них следует выделить аддиктивное, антисоциальное, агрессивное, суицидальное, фанатичное и сексуальное деструктивное поведение. По своей клинике, структуре и динамике деструктивное поведение многосторонне, оно включает социальную, психологическую, биомедицинскую, культуральную, правовую, педагогическую, экономическую составляющие. Они по-разному определены в каждом конкретном случае и зависят от вида расстройства, в структуре которого проявляется данное поведение. Предполагается, что все деструктивные формы поведения имеют принципиально схожие механизмы формирования и развития, представлены континуумом разнообразных проявлений, могут сочетаться и переходить друг в друга. Степень их выраженности различна – от субклинических, эпизодических до малокорректируемых импульсивных форм патологического поведения.

Нарушения поведения являются сложными формами социального поведения личности, они детерминированы системой взаимосвязанных факторов, вызывающих, провоцирующих, усиливающих его. «Разрушительные» тенденции в поведении индивида требуют многомерной системной квалификации состояния на разных уровнях: клинко-биологическом, личностно-психологическом, медико-социальном. Следует отметить, что такой подход к диагностике является традиционным для отечественной психиатрии. Он нашел свое отражение в работах Д.Е. Мелехова, В.М. Воловика. Вместе с тем единые теория и типология разрушительного поведения личности еще не созданы, но накоплены закономерно дополняющие друг друга обширные сведения по данному вопросу в медицине, биологии, психологии, социологии, философии, педагогике и правоведении.

Очевидно, что сложность проблемы оценки и квалификации деструктивного поведения требует расширения границ психиатрического познания и привлечения новых знаний смежных дисциплин. В связи с этим встает проблема системного между-

циплинарного образования врача-психиатра на этапе последипломного обучения, поскольку без учета сложной совокупности причинных факторов деструктивного поведения (биологических, индивидуально-психологических, микро- и макросоциальных) невозможны анализ механизма его развития и разработка методов его предупреждения, коррекции и терапии. Содержательная часть преподавания на этапе последипломного образования должна быть направлена на соотнесение многообразных взглядов на проблему деструктивного поведения, формирование научно обоснованного целостного представления о ней.

**НЕЛЬЗЯ ЛЕЧИТЬ ТЕЛО, НЕ ЛЕЧА ДУШУ:
К ВОПРОСУ О ПОСЛЕДИПЛОМНОМ ОБРАЗОВАНИИ
ВРАЧЕЙ-ПЕДИАТРОВ**

А.Т. Барабошин

Ярославская государственная медицинская академия

В жизни любого человека возникают те или иные ситуации, переживание которых приводит к состоянию эмоционального напряжения. Нередко никакие конструктивные попытки не приводят к желаемой цели. Напряжение продолжает расти и человек перестает замечать альтернативные пути. Кроме того, рост напряжения часто сопровождается эмоциональным возбуждением, препятствующим рациональным процессам выбора: человек волнуется, впадает в панику, теряет контроль над собой и появляются разнообразные деструктивные последствия. Во многих случаях снятие напряжения происходит с помощью психологических защит.

С раннего детства и в течение всей жизни в психике человека возникают и развиваются механизмы, как бы предохраняющие осознание личностью негативных эмоциональных переживаний и способствующие сохранению психоэмоционального комфорта. Эти механизмы, традиционно называемые «психологические защиты», «защитные механизмы психики», «защитные механизмы личности», протекают на бессознательном и подсознательном психологических уровнях и приобретаются лично-

стью при своей социализации. Номенклатура защитных механизмов достаточно разнообразна, и, к сожалению, нет единства в терминологии. Однако существование защитных механизмов экспериментально подтверждено, их наличие не отрицается и широко используется в теории и практике психологии, психотерапии, психиатрии.

Дети наиболее уязвимы к воздействию психотравмирующих ситуаций. Это определяется многими факторами, среди которых можно назвать возраст, уровень развития, физиологическую алекситимичность детей дошкольного возраста, свойственные данному ребенку индивидуальные механизмы преодоления эмоционально трудных ситуаций, доступность социальной поддержки и другие. Следует отметить, что травматичной для психики ребенка могут оказаться не только болезнь и связанная с ней госпитализация (отрыв от семьи), но и нейтральные на первый взгляд жизненные события. Защитные механизмы у детей носят оберегающий характер и поддерживают нормальный психологический статус личности, предотвращая ее дезорганизацию. Психологические механизмы защиты всегда подсознательны, ребенок не осознает, что его реакции всего лишь защита от боли, страха, обиды.

В силу значительно распространенного среди врачей нозоцентрического подхода, подразумевающего оценку поведения, поступков, деятельности человека с позиций поиска и обнаружения отклонений от нормы, выявления симптомов болезни, соматические заболевания зачастую рассматриваются медицинскими работниками, прежде всего, как телесные по своей сути и причине. При этом не всегда достаточное внимание уделяется психологическим компонентам (повышенной тревожности, отношению к болезни и лечению, эмоциональной неустойчивости и т.п.). Кроме того, врачи в силу особенностей медицинской системы зачастую не могут учитывать влияние жизненных событий и особенностей личности на развитие болезни. Отношение к болезни преимущественно как к телесному недугу определяет и выбор способов лечения.

Отсутствие умения эффективно распределять свои силы, слабое владение копинг-стратегиями, помогающими справлять-

ся со стрессом, что в значительной мере свойственно ребенку, приводят к тому, что другие защитные системы организма (в частности, иммунная) работают в напряженном режиме и быстро истощаются.

В противовес этому нормоцентрический подход в психологии предполагает видение и оценку психической деятельности конкретного человека с позиции ее соответствия норме. Возможные отклонения от некоей «среднестатистической нормы» расцениваются, прежде всего, как уникальный результат взаимодействия индивидуальности и особенностей ситуации.

На протяжении ряда лет на циклах повышения квалификации врачей-педиатров в систему последипломного образования включается психологический модуль, в рамках которого рассматриваются вопросы теории эмоционального стресса, фрустрации, механизмов психологической защиты, копинг-стратегий. Во время семинарских занятий на конкретных примерах из практической деятельности разбираются возрастные аспекты соматического, аффективного, когнитивного и поведенческого реагирования детей на стресс и фрустрацию, а также планирование стратегий помощи в подобных ситуациях. Закрепить материал и оживить дискуссию по теме помогает методика «Индекс жизненного стиля», с помощью которой определяется напряженность основных механизмов психологической защиты.

Такой модуль в рамках последипломного образования врачей позволяет выработать системный подход к больному ребенку, развить представления о нормальных реакциях психики ребенка на психотравмирующие ситуации, актуализировать собственные навыки борьбы со стрессом и фрустрацией, что в конечном итоге обернется помощью больному ребенку и его семье.

ПРОГРАММА ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ
СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА
ПСИХИАТРИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

С.М. Бабин, Т.В. Шувалова

Гуманизация лечения и в целом отношения к душевнобольным, переход от медицинской к биопсихосоциальной модели оказания психиатрической помощи, формирование терапевтического сообщества и внедрение психосоциальной терапии в психиатрии делают особо актуальной проблему подготовки персонала. Однако существующие программы последипломной подготовки преимущественно фиксированы на традиционных вопросах диагностики, лечения и ухода за психически больными. Практически не уделяется внимание психотерапии и психосоциальной реабилитации душевнобольных.

В тех регионах, где в психиатрическую службу внедряются различные реабилитационные технологии, одним из первых возникает вопрос о подготовке среднего медицинского персонала и социальных работников. Так, например, в Санкт-Петербургской психиатрической больнице №1 им. П.П. Кащенко открыта школа младшего медицинского работника со специально разработанной программой подготовки. Программа включает 18 занятий, составлена с ориентацией на конкретные условия работы, учитывает отечественный и зарубежный опыт подготовки персонала и предусматривает возможность некоторых изменений содержания занятий в зависимости от состава обучающихся. В Московской городской психиатрической больнице №10 работа с персоналом направлена на формирование партнерского отношения к пациентам, создание атмосферы доверия и уважения. Широкое вовлечение среднего медицинского звена в деятельность по психосоциальной реабилитации продиктовало необходимость проведения регулярных плановых занятий с медсестрами — ведущими групп тренинга социальных навыков.

В программы подготовки персонала в этих лечебных учреждениях включена такая относительно новая для отечественной психиатрии форма обучения, как просмотр определенных художественных кинофильмов, так называемой антистигматизационной и реабилитационной направленности, с последующим их

обсуждением, например «Пролетая над гнездом кукушки», «Человек дождя», «Игры разума».

В продолжение развития психотерапевтической и психосоциальной помощи в Оренбургской областной клинической психиатрической больнице №2 (ОКПБ №2) (главный врач – В.П. Сировская) в 2001 г. было создано отделение «Динамической психиатрии (психотерапии)», специализирующееся на психотерапии психически больных, фактически прообраз реабилитационного отделения психиатрического стационара. При его формировании мы ориентировались на структуру клиники «Динамической психиатрии Ментершвайге», созданной известным психиатром и психотерапевтом Г. Аммоном в г. Мюнхене (Германия) и опыт Психоневрологического НИИ им.В.М. Бехтерева.

При открытии отделения «Динамической психиатрии (психотерапии)» также возникла необходимость дополнительной работы с персоналом. Наиболее квалифицированные врачи-психотерапевты на базе отделения с момента его открытия проводили образовательные семинары со средним и младшим медицинским персоналом по вопросам психиатрии и психотерапии, обращая особое внимание на специфику лечения психически больных в этом отделении. Принципиально иные взаимоотношения, основанные на идеях терапевтического сообщества, которые постепенно формируются, требуют иного отношения врачебного и среднего персонала к своей работе и к пациентам.

Психотерапевтическим центром разработана программа усовершенствования среднего и младшего медицинского персонала на рабочем месте. В неё включены как теоретические, так и практические разделы. При разработке программы подготовки основной акцент был сделан не на традиционных вопросах психиатрической диагностики, которые обычно преподаются на циклах усовершенствования, а на психологических особенностях общения с человеком, страдающим психическим заболеванием. В доступной форме излагаются вопросы психологии пациента с шизофренией, аффективным расстройством и др.; субъективные переживания человека с бредовыми идеями, галлюцинациями, депрессией. Большое внимание уделяется формированию терапевтического контакта с пациентом. Рассматри-

ваются история психотерапии, различные виды и методы психотерапии психически больных, основные идеи динамического подхода, опыт работы Клиники Менгершвайге, понятия «терапии средой» и «терапевтическое сообщество», роль медицинского персонала в психотерапевтическом процессе и психосоциальной реабилитации. Занятия проводятся непосредственно на рабочем месте с дежурной сменой, что не вызывает неудобства и, соответственно, сопротивления.

Средний и младший медицинский персонал в основном подбирался из сотрудников, не работавших или мало работавших в традиционном психиатрическом стационаре, и, соответственно, без сформировавшейся профессиональной деформации. Это способствует созданию новой терапевтической среды.

Формирование партнерских отношений между пациентом и врачом неизбежно приводит и к параллельным изменениям стереотипа отношений в системе врач — средний/младший персонал. Этот процесс может быть достаточно болезненным, так как связан с перераспределением властных полномочий внутри психиатрического сообщества.

Уже в начале работы отделения возникли описанные в литературе проблемы, такие как размывание профессиональной идентичности сотрудников, разрушение привычной властной иерархии, конфликты с другими подразделениями больницы, увеличение объема работы персонала и др., которые требуют для своей коррекции и разрешения не только образовательной деятельности или административных решений, но и профессионального и личностного тренинга. В первое время «сквозной» темой балинтовских групп были переживания психотерапевтов, связанные с непониманием своей роли в психиатрическом отделении, пренебрежительным отношением со стороны психиатров, проблемой соотношения биологического и психологического лечения.

Однако если врачи-психотерапевты, изначально имеющие большее, пусть и преимущественно теоретическое, представление о реформе психиатрической помощи, терапии средой и т.п., тем не менее, нуждались в психологическом отреагировании возникающих проблем, то персонал был лишен такой возмож-

ности. Поэтому в процессе усовершенствования вначале вынужденно, а потом и целенаправленно специально прорабатывались вопросы изменения ответственности медицинского персонала в терапевтическом сообществе, границы дозволенного вмешательства в жизнь пациента, увеличение объема повседневной работы медицинской сестры, санитарки, социального работника, взаимоотношения с сотрудниками других отделений и пр.

На первоначальном этапе внедрения психотерапии и элементов терапии средой (милиотерапевтические группы и т.п.) в деятельность общепсихиатрических отделений стационара основная тяжесть работы ложилась на врачей (психиатров и психотерапевтов) и клинических психологов. Однако постепенно с изменением подхода к организации лечебного процесса, расширением психотерапевтических и средовых воздействий, внедрением конкретных форм психосоциальной терапии и реабилитации возникла необходимость целенаправленной подготовки среднего медицинского персонала и социальных работников психиатрических отделений. Но оказалось, что в программах последиplomного обучения персонала вопросы, связанные с новыми формами работы в психиатрии, описанием психотерапии и психосоциальной реабилитации душевнобольных, отсутствуют.

Постепенное внедрение полипрофессионального подхода к оказанию психиатрической помощи, различных форм психотерапии и психосоциальной терапии в ежедневную практику работы психиатрических стационаров области продиктовало необходимость создания структурированной программы подготовки медицинского персонала. Сотрудниками Областного психотерапевтического центра ОКПБ №2 совместно с Государственным образовательным учреждением дополнительного профессионального образования «Оренбургский областной центр повышения квалификации работников со средним медицинским и фармацевтическим образованием» (директор А.Е. Шувалов) в 2003 г. в рамках последиplomной подготовки среднего медицинского персонала была разработана программа тематического

усовершенствования по теме «Психосоциальная работа в психиатрии» (72 часа) (таблица).

На основе отечественного и зарубежного опыта, материалов Российско-Канадского семинара «Общественная реабилитация в психиатрии» (Московский НИИ психиатрии) подготовлены следующие тематические блоки: понятие о психосоциальной работе и реабилитации, виды и формы психосоциальной и психотерапевтической работы, групповые методы работы, терапия средой и терапевтическое сообщество, новые формы работы в Оренбургской психиатрии, понятие «стигмы» и пути ее преодоления, психообразовательные группы, тренинг социальных навыков, понятия «защищенное жильё» и «защищенное трудоустройство», роль общественных организаций в реабилитации душевнобольных и их близких и некоторые другие.

Помимо традиционной подачи материала практические занятия построены в виде интерактивного обучения, с использованием работы в кругу, ролевых игр, упражнений, тренингов и т.п. Участники цикла могут на собственном примере убедиться в эффективности групповой работы, действенности обучения через опыт. В процессе некоторых практических занятий мы используем такой прием, как присоединение к группе обучающихся пациентов из отделения комплексного лечения психозов.

Учебный план тематического усовершенствования
«Психосоциальная работа в психиатрии» (усовершенствование)

Тема	Количество часов			Форма контроля
	теория	практика	всего	
Понятие о психосоциальной работе и реабилитации (история, перспективы развития)	4	3	7	Устный Текущий
Виды и формы психосоциальной и психотерапевтической работы	4	6	10	Устный Текущий
Групповые методы работы: виды, техника проведения	4	3	7	Устный Текущий
Терапия средой, терапевтическое сообщество	4	3	7	Устный Текущий

Новые формы работы психиатрических отделений: отделения «Динамической психиатрии/психотерапии», «Первого психотического эпизода»	2	3	5	Устный Текущий
Психообразовательные группы	4	3	7	Устный Текущий
Психообразовательные группы. Некоторые частные вопросы	2	3	5	Устный Текущий
Понятие «стигмы». Пути преодоления	2	6	8	Устный Текущий
«Модуль независимого проживания» психически больных. «Защищенное жильё»	2	3	5	Устный Текущий
Роль общественных организаций в реабилитации душевнобольных и их близких. Социально-правовые вопросы	2	3	5	Устный Текущий
Экзамен	6	-	6	
Всего	36	36	72	

Например, при проведении практического занятия по теме «Виды и формы психосоциальной и психотерапевтической работы» персонал совместно с пациентами в одном кругу в малых группах обсуждает такие вопросы, как поддержание дневной активности в отделении, приемлемые и желательные формы трудотерапии и досуговых мероприятий, отвечает на вопрос «Что мы можем улучшить в конкретном отделении?».

На практическом занятии по теме «Терапия средой, терапевтическое сообщество» совместно дискутируются проблемы ответственности медиков и самих пациентов за происходящее в отделении, вопросы самоуправления, власти и организации терапевтического сообщества. Во время таких групповых обсуждений и формируется новый стиль отношения к душевнобольным, персонал начинает воспринимать пациентов как равноправных участников лечебного и реабилитационного процесса, получает возможность, иногда впервые, взглянуть на происхо-

дящее в стационаре с «другой стороны», что способствует уменьшению опасности профессиональной деформации и значительно расширяет личный опыт обучающихся.

Используя наработки наших коллег, мы включили в программу обучения совместные просмотры художественных фильмов на психиатрическую тематику с их последующим обсуждением в группе. Например, после просмотра фильма «Человек дождя» на обсуждение были вынесены следующие вопросы: «Отношение к душевнобольному. Роль стереотипов в восприятии. Преодоление стигмы. Обоснованные и необоснованные ограничения свободы. Возможность контакта с душевнобольным. Изменения, вызываемые нахождением в закрытом лечебном учреждении. Возможности реабилитации». После просмотра фильма «Пролетая над гнездом кукушки» в группе для дискуссии выбраны такие темы: «Переживания душевнобольного в обществе. Терапевтическая среда в отделении. Позитивные и негативные аспекты. Проблемы власти. Ответственность персонала. Обоснованность ограничения прав и свобод. Изменения пациентов при активации. Позитивные примеры».

Художественный компонент видеofilmа существенно усиливает и углубляет эффективность профессионального обучения. В Психотерапевтическом центре формируется коллекция художественных фильмов, условно психотерапевтической, реабилитационной и антистигматизационной тематики, которые могут быть использованы при обучении и подготовке студентов-психологов и медиков, врачей-интернов, психиатров, психотерапевтов, клинических психологов, медицинского персонала и других сотрудников психиатрических лечебных учреждений.

Внедрение психотерапии и психосоциальной терапии в работу амбулаторного звена психиатрической службы продиктовало необходимость модификации учебной программы, и, соответственно, нами были существенно расширены вопросы, касающиеся специфики внебольничной терапии и реабилитации.

С 2003 г. в четырех областных психиатрических лечебных учреждениях на регулярной основе проводится обучение медицинских сестер и социальных работников на циклах тематического усовершенствования «Психосоциальная работа в психиат-

рии». Знания и практические навыки, полученные в ходе обучения, позволили существенно дополнить и расширить роль и значение среднего медицинского персонала и социальных работников в оказании полипрофессиональной (бригадной) помощи. Достижение единства в понимании происходящих изменений в психиатрии, расширение спектра конкретных психосоциальных мероприятий, применяемых сотрудниками лечебного учреждения, будут способствовать дальнейшему внедрению биопсихосоциального подхода и формированию сплоченной команды специалистов, что, в конечном итоге, улучшит качество оказания психиатрической помощи населению.

ОРГАНИЗАЦИЯ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА В КЛИНИЧЕСКОЙ ИНТЕРНАТУРЕ НА КАФЕДРЕ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

М.А. Березовская

Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

В современном обществе образование стало одной из самых обширных сфер человеческой деятельности. Оно рассматривается как главный, ведущий фактор социального и экономического прогресса. Причина такого внимания объясняется тем, что наиважнейшей ценностью и основным капиталом современного общества является человек, способный к поиску и освоению новых знаний и принятию нестандартных решений.

Последние десятилетия отмечены необычайно быстрыми, во многих отношениях радикальными изменениями в области психиатрии. Наступила пора нового взгляда на этиологию и патогенез психических расстройств. Бурное развитие таких направлений, как биологическая, социальная психиатрия, психосоматическая медицина, подчеркивает необходимость систематизации психиатрических знаний, накопленных на стыке с другими дисциплинами и в некоторых специальных направлениях психиатрии. В настоящее время актуальными являются вопросы совершенствования последипломного образования по психиатрии и

наркологии. Поэтому в учебном процессе врачей-интернов по специальности «психиатрия» должны сочетаться высокий уровень классической клинической подготовки и ознакомление с новейшими достижениями науки, что заставляет искать новые обучающие технологии, позволяющие добиться максимальной эффективности учебного процесса.

В современной высшей школе одним из основных видов практических занятий является семинар. Семинарские занятия как форма обучения имеют давнюю историю, восходящую к античности. Слово «семинар» происходит от латинского «seminarium» — «рассадник» и связано с функциями «посева» знаний, передаваемых от учителя к ученикам и «прорастающих» в сознании учеников, способных к самостоятельным суждениям, к воспроизведению и углублению полученных знаний.

На кафедре психиатрии и наркологии с курсом ПО Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого врачи-интерны изучают теоретический материал по всем разделам общей психопатологии и частной психиатрии. Обучение проводится в форме семинарских занятий и самостоятельно, изучая рекомендуемую литературу. На кафедре на семинарские занятия выделено 88 часов (22 семинара по 4 часа).

Семинар представляет собой средство развития у врачей-интернов культуры научного мышления. Он предназначен для углубленного изучения дисциплины, овладения методологией научного познания. Главная цель семинарских занятий – обеспечить интернам возможность овладеть навыками и умениями использования теоретических знаний применительно к практической работе психиатра. Семинарские занятия способствуют развитию творческого профессионального мышления, познавательной мотивации, профессиональному использованию знаний в учебных условиях. Кроме того, в ходе семинарского занятия преподаватель решает и такие частные задачи, как повторение и закрепление знаний, контроль, педагогическое общение.

Из всей обширной тематики нашей дисциплины на семинарских занятиях с интернами мы предпочитаем обсуждать узловые темы, усвоение которых определяет качество профессиональной

подготовки, и вопросы, наиболее трудные для понимания и усвоения. Мы считаем, что их следует обсуждать в условиях коллективной работы, обеспечивающей активное участие каждого интерна.

Традиционная форма организации семинара (вопрос педагога – ответ интерна) ставит обучающихся в пассивную позицию, при которой общение друг с другом практически отсутствует, нет сотрудничества и взаимопомощи между интернами, попытка помочь выступающему расценивается как подсказка, нарушение дисциплины. Отсутствует возможность формирования навыков профессионального общения и взаимодействия, которые требуются профессиональным сообществом. Поиски оптимальных обучающих технологий привели к коллективной форме организации семинарского занятия по принципу «круглого стола». Эту форму мы считаем наиболее эффективной, т.к. она обеспечивает активное участие каждого обучающегося. При этом между преподавателем и интернами отсутствует барьер, мешающий их взаимодействию.

Необходимым условием развертывания продуктивной работы на семинаре являются знания интерна, которые он приобретает в процессе самостоятельной работы по заранее объявленной теме. В начале семинарского занятия преподаватель определяет круг проблем и вопросов, подлежащих обсуждению, а также распределяет функции интернов в коллективной работе. Для этого он назначает ведущего семинара, который получает полномочия преподавателя по ведению занятия, следит за аргументированностью и корректностью высказываний, регламентом и т.д., а также эксперта, который делает заключительное сообщение по изучаемой теме и оценивает вклад каждого участника и продуктивность занятия в целом. Преподаватель руководит работой семинара, при необходимости вносит свои коррективы, а затем подводит общий итог работы.

Еще одной формой и существенной частью учебного процесса является самостоятельная работа интернов. Для ее успешного выполнения на кафедре психиатрии и наркологии с курсом ПО проводятся планирование и контроль со стороны руководителя интернатуры, а так-

же планирование объема самостоятельной работы в учебной программе дисциплины.

Самостоятельная работа — это планируемая работа интернов, выполняемая по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия.

Она предназначена не только для овладения дисциплиной, но и для формирования навыков самостоятельной работы вообще, в учебной, научной, профессиональной деятельности, способности принимать на себя ответственность, самостоятельно решать проблемы, находить конструктивные решения и т.д. Значимость самостоятельной работы выходит за рамки отдельного предмета, поэтому на нашей кафедре разработана стратегия формирования системы умений и навыков самостоятельной работы интернов.

Согласно образовательной парадигме, любой начинающий специалист, независимо от специальности и характера работы, должен обладать фундаментальными знаниями, профессиональными умениями и навыками деятельности своего профиля, опытом творческой и исследовательской деятельности по решению новых проблем, опытом социально-оценочной деятельности. Две последние составляющие образования формируются именно в процессе самостоятельной работы.

Преподаватель лишь организует познавательную деятельность интернов, познание они осуществляют самостоятельно. Эта деятельность завершает задачи всех видов учебной работы. Никакие знания, не подкрепленные самостоятельной деятельностью, не могут стать подлинным достоянием человека. Кроме того, самостоятельная работа имеет воспитательное значение: она формирует самостоятельность не только как совокупность умений и навыков, но и как черту характера, играющую существенную роль в структуре личности современного специалиста высшей квалификации. Поэтому на кафедре тщательно отбирается материал для самостоятельной работы интернов.

Одной из ее форм самостоятельной работы интернов является выполнение научно-практической работы и защита ее на летней конференции. Конференция проводится накануне годовой аттестации врачей-интернов, и ее результаты учитываются при итоговой оценке теоретических знаний и практических навыков. Научно-практическая работа — это наиболее сложная форма самостоятельной деятельности

интернов, которая имеет высокий обучающий смысл, т.к. включает в себя элементы научно-исследовательской работы.

Самостоятельная работа более эффективна, если она парная. Групповая работа усиливает фактор мотивации и взаимной интеллектуальной активности, повышает эффективность познавательной деятельности благодаря взаимному контролю. Участие партнера существенно перестраивает психологию интерна. В случае индивидуальной подготовки интерн субъективно оценивает свою деятельность как полноценную и завершенную, но такая оценка может быть ошибочной. При партнерских отношениях происходит групповая самопроверка с последующей коррекцией преподавателя. Такая самостоятельная учебная деятельность обеспечивает эффективность работы в целом.

Самостоятельная работа способствует углублению и расширению знаний, формированию интереса к познавательной деятельности, развитию познавательных способностей. Поэтому она становится главным резервом повышения эффективности подготовки психиатров – специалистов высокого качества.

Таким образом, за время прохождения интернатуры по психиатрии врачи-интерны не только овладевают значительным объемом теоретических знаний и практических умений, приобретают навыки самостоятельной работы, но и воспитывают в себе профессиональные черты характера, что является крайне важным в их будущей профессиональной деятельности.

ПРОБЛЕМА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СИФИЛИТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА И ЕЕ ИЗЛОЖЕНИЕ НА ЭТАПЕ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

В.А. Голышева, В.В. Донских, Е.В. Полякова, Л.М. Тулаева
Пермская медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера

Современная психиатрия переживает период необходимости междисциплинарного осмысления многих аспектов человеческого бытия, нового взгляда на этиологию и патогенез психических расстройств, новых подходов к их диагностике и лечению. Диагностика, экспертиза, лечение органических психических расстройств относятся к сложным разделам психиатрической практики. Приходится постоянно констатировать транс-

формацию клиники психических заболеваний, возрастает число коморбидных расстройств. В связи с частым использованием антибиотиков по поводу простудных заболеваний отмечен патоморфоз в течении и проявлениях инфекционных заболеваний, сифилиса, растет число стертых, атипичных, субклинических вариантов этих заболеваний. Эта ситуация отражается на структуре психических расстройств инфекционной, сифилитической природы. В последние годы редко диагностировались психотические варианты нарушений при нейросифилисе, исчезли настороженность, бдительность в отношении возможности развития вялотекущих, стертых, малопрогрессирующих форм психических расстройств, развитие деменции в клинике этих заболеваний. В литературе есть указания на изменение частоты и клинической картины прогрессивного («прогрессирующего» – в редакции современных руководств) паралича. Собственные наблюдения подтверждают, что во второй половине двадцатого столетия прогрессивный паралич диагностировался чрезвычайно редко, а в 90 гг. данная нозологическая форма в статистических документах практически не встречалась. Поскольку учебный процесс на этапе последипломого образования в значительной мере определяется потребностями практического здравоохранения, эта ситуация в некоторой мере отразилась и на изложении проблемы в учебном процессе. Оно ограничивалось лекцией по истории психиатрии, изложением противоречий, научных споров по поводу этиологии, приоритета в открытии описанного Веyle в 1822 г. заболевания. Прогрессивный паралич относится к одной из классических форм психической болезни, является эталоном определения болезни, основной предпосылкой формирования нозологической парадигмы в психиатрии, его можно назвать и своеобразным локомотивом поиска и разработки способов и методов лечения в психиатрии. Некоторые общие положения, касающиеся клиники и диагностики прогрессивного паралича, рассматриваются при изложении темы «Органические психические расстройства».

В 2007-2008 гг. наметилась тенденция к росту числа больных с вновь выявленными психическими расстройствами сифилитической природы, участились случаи их диагностики в пси-

хиатрических стационарах Пермского края. У 20 больных, лечившихся в стационаре по поводу психических нарушений сифилитического генеза, проведен клинико-диагностический анализ. У 14 больных (10 мужчин и 4 женщины, средний возраст – 48-50 лет) диагностирована менингovasкулярная форма сифилиса, у 6 (3 мужчины и 3 женщины, средний возраст – 55-62 года) диагностирован прогрессирующий паралич. Направлены на лечение в связи с психотическими расстройствами (галлюцинтормно-бредовый, депрессивно-бредовый, делириозный синдромы) 16 человек, в связи с деменцией – 4. Течение заболевания у 12 больных было ремиттирующим, у остальных – прогрессивным. Ни в одном случае нет указаний на заболевание сифилисом, в 60% случаев в анамнезе есть указания на дополнительные патогенные факторы (злоупотребление алкоголем, асоциальный образ жизни). Сифилитическая природа расстройств во всех случаях подтверждена положительными серологическими реакциями в крови (реакция Вассермана, Нонне Апельта, Панди, Вейхбротта). У больных прогрессирующим параличом выявлялся классический ликворный синдром (плеоцитоз, увеличение общего белка, высокий уровень гаммаглобулина, характерные коллоидные реакции с изменением кривой Ланге по паралическому типу), выявлялись неврологические симптомы – дизартрия, симптом Аргайль–Робертсона, логоклонии. У большинства больных на фоне проведенной в стационаре комбинированной терапии (психофармакотерапия, пенициллинотерапии) отмечен регресс психопатологической симптоматики, имела место разной степени положительная динамика, но во всех случаях оставался весьма определенный когнитивный дефект (парциальная деменция, психоорганический синдром). Лишь в одном случае, несмотря на достаточно интенсивную терапию, заболевание прогрессировало и привело к летальному исходу в течение года.

Клинико-психопатологический анализ позволил освежить знания по проблеме сифилиса мозга, прогрессирующего паралича, побудил к перестройке учебного плана. Проблемы сифилиса мозга, прогрессирующего паралича включены в тематику семинаров, реферативных сообщений, обсуждений подобных случа-

ев на клинических разборах. Это повысит бдительность и настороженность врачей в плане вероятности появления этой категории больных в любом учреждении психиатрического, наркологического профиля.

АНАЛИЗ РАБОТЫ КУРСА ПСИХИАТРИИ, НАРКОЛОГИИ, ПСИХОТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ ЗА 5 ЛЕТ

А.Б. Козлов, Л.А. Овечкина

Республиканская психиатрическая больница, Чебоксары

Курс психиатрии, наркологии, психотерапии и медицинской психологии ГОУ «Институт усовершенствования врачей» Минздравсоцразвития Чувашии открыт в 2003 г. Со дня основания курса заведующим курса является главный специалист психиатр МЗиСР ЧР, главный врач ГУЗ «Республиканская психиатрическая больница», кандидат медицинских наук А.Б. Козлов. В штате курса 9 сотрудников, из них два доктора, три кандидата медицинских наук. Все сотрудники курса имеют первые и высшие врачебные категории и государственные сертификаты на осуществление лечебной деятельности; владеют современными методиками диагностики и лечения психических заболеваний.

Основными задачами курса на момент его организации были: приведение образовательного стандарта специалистов психиатрического профиля к занимаемым должностям и специальностям (приказ МЗ РФ от 15 октября 1999 г. №377 «Об утверждении положения об оплате труда работников здравоохранения»); повышение квалификации специалистов психиатрического профиля в рамках современных требований и задач, поставленных перед психиатрической службой; содействие проведению сертификации специалистов и лицензированию психиатрических учреждений; содействие аттестации специалистов; определение проблемных моментов в организации психиатрической службы и их разрешение; научная и методическая помощь специалистам; подготовка специалистов

других министерств и ведомств в области психиатрии, наркологии, психотерапии и медицинской психологии.

На курсе врачи проходят последипломную подготовку: интернатуру по психиатрии, первичную переподготовку по специальностям «Психиатрия-наркология», «Психотерапия», сертификационные циклы по специальностям «Психиатрия», «Психиатрия-наркология», «Психотерапия», «Медицинская психология», а также ординатуру по психиатрии. Специалисты на базе курса участвуют в проведении циклов усовершенствований врачей общей практики (в программу их обучения входит модуль по специальности «Психиатрия»), повышения квалификации медицинских сестер «Сестринское дело в психиатрии». Проводятся лекции для врачей-интернистов по вопросам раннего выявления и профилактики психических расстройств. За период обучения, наряду с клинической психиатрией, врачи-интерны изучают смежные дисциплины – неврологию, наркологию, знакомятся с основами детской и судебной психиатрии.

Формирование профессионального мышления и поведения, навыков, необходимых для выполнения профессиональных обязанностей врача, подготовка к самостоятельной работе – для решения этих и многих других проблем, связанных с освоением учебных дисциплин, на курсе используется системный подход к организации учебно-методической и учебно-воспитательной работы. Сотрудниками курса разработаны и ежегодно дополняются компьютерные варианты лекций с демонстрацией теоретического материала, отражающего современные представления о механизмах развития психических расстройств, методах диагностики, лечения, а также учебные видеофильмы.

Для повышения эффективности усвоения курсантами учебного материала на курсе по всем специальностям созданы учебные программы, включающие перечень лекций, темы практических и семинарских занятий, вопросы программированного контроля и экзаменов. Во время практических занятий преподаватели проводят клинические разборы, курсанты во время обучения самостоятельно курируют больных с различными психическими и наркологическими расстройствами, осваивают современные ме-

тоды диагностики и лечения психических заболеваний, пишут истории болезни, курсовые работы и тематические рефераты.

Знания студентов контролируются при письменном, тестовом или устном опросе. Качество преподавания оценивается сотрудниками учебной части ГОУ «Институт усовершенствования врачей» путем анонимных опросов.

Для квалифицированного проведения лекций, практических занятий, а также подготовки специалистов в рамках всех форм постдипломного и дополнительного образования (интернатура, клиническая ординатура) по специальностям «Психиатрия», «Психиатрия-наркология» и «Психотерапия» курс располагает достаточной клинической базой, отвечающей требованиям образовательного стандарта высшего профессионального образования. Учебными базами являются: ГУЗ «Республиканская психиатрическая больница», ГУЗ «Республиканский наркологический диспансер», лечебно-диагностическое отделение (бывший ГУЗ «Республиканский психотерапевтический центр»), в которых созданы условия для учебного процесса, имеются лекционные залы с проекционными экранами, учебные классы, кабинеты для преподавателей.

В за 2003-2008 гг. проведено 16 циклов обучения, из них сертификационных циклов по психиатрии – 5, по наркологии – 4, психотерапии – 1, по медицинской психологии – 1; профессиональной переподготовки по наркологии – 3, по психотерапии – 3. Клиническую ординатуру по психиатрии прошли 3 человека, интернатуру по психиатрии – 37. Всего обучено 359 человек. Из всех обученных городские составили 81,3, сельские – 18,7%.

За время работы курса существенно увеличился процент сертифицированности врачей психиатрического профиля. Так, если в 2003 г. 49,9% врачей-психиатров имели сертификат специалиста, то к концу 2008 г. – 99,1%. Врачи психиатры-наркологи 29,2 и 89,9%, врачи-психотерапевты – 58,6 и 98,5% соответственно.

Сотрудники курса активно занимаются научной работой: исследуются этнокультуральные особенности распространения суицидов, суицидальных попыток, умственной отсталости, при-

чины поздней диагностики психических расстройств в Чувашской Республике.

По результатам исследований опубликовано более 300 научных статей, часть увидело свет в центральных изданиях. Для курсантов подготовлено 4 учебных пособия, 8 методических указаний, 4 монографии, 6 статистических сборников. На 2009 г. запланирован выпуск двух методических указаний: по правовым вопросам в психиатрии и по профилактике суицидов.

ПРОГРАММА КУРСОВ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОЛОГИЯ МАТЕРИНСТВА» ДЛЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ

М.Н. Котлярова

Рязанский государственный медицинский университет

На кафедре общей психологии с курсом педагогики факультета клинической психологии Рязанского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова разработана программа курсов повышения квалификации для клинических психологов по специальности «Перинатальная психология и психология материнства». Данный курс рассчитан на 72 учебных часа.

Основной целью курса является ознакомление с основными взглядами современной отечественной и зарубежной науки на психическое развитие ребенка в перинатальный период, со структурой и содержанием взаимодействия матери и ребенка в перинатальном и постнатальном периодах, а также с представлением о материнстве как самостоятельной реальности.

Среди прочих данный курс направлен на решение практической задачи – сформировать у слушателей навыков первичной психологической помощи беременным и молодым матерям.

Основными формами обучения являются лекционные и практические занятия. Кроме того, предусмотрено проведение части практических занятий в консультативных центрах, где слушатели могут приобрести отдельные навыки самостоятель-

ной работы по психологическому сопровождению беременности и подготовки к родам.

Основными разделами программы являются перинатальная психология: предмет, задачи, методы; содержание материнства как феномена; психологические подходы и направления к изучению материнства; психическое развитие ребенка и функции матери; психологическое сопровождение беременности и подготовки к родам.

Первый раздел программы содержательно раскрывает следующие положения: перинатальная психология как новая отрасль психологической науки. Предпосылки развития и предмет перинатальной психологии. Перинатальная психология и ее связь с другими дисциплинами. Задачи и методы перинатальной психологии. Внутриутробный период как первая ступень человеческой жизни и основа психофизического здоровья личности. Закономерности внутриутробного развития. Влияние перинатального опыта на последующее формирование личности.

В программе также рассматриваются культурно-исторические аспекты материнства (И. Кон, М. Мид, E. Badinter, R. Gelles, B. Jil, И. Kornel, М.С. Радионовой, Э. Бадинтер и др.). Биологические аспекты материнства. Этологические исследования: выявления эволюционных основ формирования паттернов родительского поведения (К. Лоренц, Н. Тинберген, Р. Хайнд и др.), импринтинга, реакции следования, родительских и младенческих стимулов (К. Лоренц, Н. Тинберген и др.), теории привязанности, социального научения, этологии человека и др. Физиологические и психофизиологические аспекты материнства (К. Остин, Р. Шорт, К. Флейк-Хобсон и др., R. Emde et al., I. Hopkins, P. Shereshefsky, E. Yarrow). Сравнительно-психологические исследования феномена материнства. Материнство рассматривается как потребностно-мотивационная сфера. Содержание и структура материнской потребностно-мотивационной сферы (потребностно-эмоциональный, операциональный и ценностно-смысловой блоки). Проблема развития материнской потребностно-мотивационной сферы в онтогенезе. Этапы онтогенеза материнской потребностно-мотивационной сферы (взаимодействие с собственной матерью, развитие материнской сфе-

ры в игровой деятельности, нянчание, дифференциация мотивационных основ материнской и половой сфер, взаимодействие с собственным ребенком).

Рассматриваются такие положения, как: социально-психологический анализ феномена беременности. Философские и культурно-исторические предпосылки понимания беременности как жизненного события. Место и значение беременности в процессе индивидуального онтогенеза материнства с точки зрения различных теоретико-методологических подходов. Беременность как жизненное событие. Роль значимых отношений в процессе беременности. Влияние отца на отношения в диаде мать-дитя. Девиантное материнство.

В следующем разделе слушателей знакомят с основными типами индивидуальных стилей эмоционального сопровождения матерью процесса взаимодействия с ребенком; динамика их развития. Дается типология поведения и переживаний матери: период идентификации беременности (варианты переживания идентификации беременности); период до начала ощущений шевеления; период появления и стабилизация ощущений шевеления ребенка; период седьмого и восьмого месяцев беременности. Предродовой период (варианты стилей переживания беременности). Период родов и послеродовой период. Период новорожденности. Период совместно-разделенная деятельность матери с ребенком (стили материнского отношения). Период возникновения интереса к ребенку как к личности.

Особенности развития материнской сферы в современных условиях. Соотношение биологических и культурных механизмов развития материнской сферы. Модель материнства и «путь к модели» в условиях современного общества.

Особое место в курсе занимает раздел, посвященный психическому развитию ребенка. В нем рассматриваются особенности развития ребенка и функции матери, системы взаимодействия матери с ребенком (Т. Верну, А. Берни и др.). Когнитивное, эмоциональное развитие, развитие личности в пренатальный, перинатальный, натальный и весь неонатальный период.

Дается понятие эмоционального благополучия ребенка в психологии (Э. Эриксон, К. Хорни, Д. Винникотт, Х. Харлоу,

А. Маслоу, Л.И. Божович, М.И. Лисина), теории привязанности (Дж. Боулби, М. Айнсворт). Рассматриваются функции эмоциональной регуляции: тоническая и регулятивная. Структура эмоционального благополучия. Формирование основ эмоционального благополучия в пренатальный, натальный и ранний неонатальный периоды. Функции матери в эти периоды.

В данном разделе особое внимание уделяется образу будущего ребенка у беременной женщины. Рассматриваются: теоретико-методологические проблемы исследования образа будущего ребенка у беременной женщины; проблема личностной обусловленности формирования образа будущего ребенка у беременной женщины, проблема детерминации образа будущего ребенка у беременной женщины в различных теоретико-методологических подходах; проблема детерминации образа будущего ребенка у женщины в предшествующие беременности периоды онтогенеза с точки зрения различных теоретико-методологических подходов; структурный, содержательный, функциональный и динамический анализ образа будущего ребенка у беременной.

Завершает данный курс раздел, имеющий сугубо прикладной контекст. Это раздел, посвященный вопросам психологического сопровождения беременности и подготовки к родам. В нем затрагиваются проблемы психологической помощи в период беременности и существующие формы такой помощи (Г.Г. Филиппова, В.И. Брутман, И.Ю. Хамитова, А.Я. Варга, М.С. Радионова, И.Ю. Хамитова, Е.В. Могилевская и др.). Дается анализ современных методов подготовки к родам и родительству.

Раскрываются цели, задачи, содержание, основные особенности, организация психологического сопровождения подготовки к родам и материнству. Признание субъективности нерожденного ребенка (А.В. Брушлинский, В.Н. Панферов, В.И. Слободчиков, Е.И. Исаев). Совместные роды и их влияние на супружеские и родительские отношения (Б.П. Никитин, Л.А. Никитина, Э.К. Айламазян, М.В. Трунов, Л.М. Китаев, Л.С. Гурьянова, Ю.Б. Железнова). Психодраматерапия как метод коррекции отношений у беременных и подготовки к родительству (Е.В. Могилевская). Метод коррекции эмоционального состояния беременных (А.И. Захаров, Н.П. Коваленко). Совре-

менные авторские программы психологической работы с беременными (М.Е. Ланцбург, Н.В. Боровикова). Комплексная психологическая помощь по проблемам материнства (Г.В. Скобло, О.Ю. Дубовик, О.В. Баженова, Л.О. Баз, О.А. Копыл, Г.В. Козловской и др.).

В конце обучения по данной программе слушателям предлагается написать и защитить итоговую работу, которая может иметь либо теоретическую, либо практическую направленность.

ТРАДИЦИИ И ИННОВАЦИИ ПРЕПОДАВАНИЯ НА КАФЕДРЕ ПСИХИАТРИИ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

И.Ф. Обросов, В.А. Голышева, А.А. Андрусенко
Пермская медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера

Любой творческий, научный коллектив имеет свою историю. На каждом историческом этапе есть лидеры, яркие личности, ученые, внесшие свой вклад в развитие науки, оставившие о себе добрую память, возможность использовать результаты научных изысканий новым поколениям специалистов. Сотрудникам кафедры психиатрии повезло самой возможностью приобщения к Пермской психиатрии, в истории которой уникально сочетались классическая клиническая направленность исследований и инновационные воззрения. Приверженность традиционной классической психиатрии связана с трудами основателя кафедры психиатрии Пермского медицинского института В.П. Протопопова и его последователей Г.Е. Шумкова, Е.М. Залкинда, С.Г. Жислина, П.Ф. Малкина, А.С. Старицина, работавших на кафедре в разные годы. Исследования аффективных расстройств, коморбидные нарушения в психиатрии, вопросы патогенеза, патологической анатомии, клиники и лечения шизофрении и других психических расстройств – вот неполный перечень тематики их исследований, многие из которых актуальны и по сей день. Инновационные воззрения более всего представлены в работах В.С. Гуськова, отдавшего преподаванию психиатрии в Перми более тридцати лет, из которых

22 года он заведовал кафедрой психиатрии Пермского медицинского института. С его именем связано использование в педагогическом процессе технических средств подачи информации (визуальных, звуковых, аудиовизуальных), применение при чтении лекций диапроектора, демонстрация по каждой теме 40-50-кадровых диафильмов. В.С. Гуськовым систематизированы и представлены в таблицах, казалось бы, неподдающиеся систематизации клинически сложные психопатологические феномены, касающиеся нарушений восприятия, памяти, мышления, личности. Он является автором теперь уже раритетного издания «Логическая структура курса медицинской психологии, деонтологии». Обозначенная автором как методические рекомендации, работа представляет собой образец программированного обучения, является апробированным средством интенсификации педагогического процесса, наглядным представлением учебной программы, отражающим методы обучения клинической психологии, рациональную последовательность изучения материала, его связь с другими теоретическими и практическими дисциплинами. Виктор Степанович – один из соавторов первого учебника по медицинской психологии (1968), им подготовлен и издан «Терминологический словарь психиатра» (1965). В многочисленных статьях и выступлениях В.С. Гуськова и его учеников систематически проводилась идея личностного подхода к решению всех практических вопросов – диагностических, экспертных, терапевтических, реабилитационных.

В течение двадцати лет в Перми проводится последипломное образование по психиатрии, наркологии, психотерапии. В учебном процессе кафедры психиатрии последипломного образования используется богатейший опыт, накопленный предыдущими поколениями ученых, работавших на кафедре. Мы пытаемся сочетать в работе классическое психопатологическое направление с современными инновациями. На семинарах, клинических разборах проводится глубокий клинико-психопатологический анализ структуры и динамики психопатологического синдрома. Последовательно преодолеваются редукционизм, наблюдаемая в последние годы в психиатрии тенденция к упрощенной подмене подлинно клинических знаний диагности-

ческими критериями статистической системы МКБ-10, к сведениям многообразной психопатологической феноменологии к дефинициям психометрических шкал. Вместе с тем постоянно ведется работа по структурированию лекционного курса по мультимедийному обеспечению лекций и семинаров, по использованию стандартов, алгоритмов в диагностическом и терапевтическом процессе, а также тестового контроля усвоения знаний, в том числе в компьютерном варианте. Много внимания уделяется самостоятельной работе слушателей, в частных беседах, на занятиях, периодической печати проводится презентация новых лекарственных препаратов, новых технологий диагностики и лечения больных. Вся деятельность кафедры подчинена идее интеграции усилий коллектива кафедры и врачебного психиатрического сообщества по повышению уровня психиатрической помощи жителям Пермского края – совершенствование клинко-организационного, дифференциально-диагностического, терапевтического и реабилитационного направлений профессиональной деятельности психиатра, нарколога, психотерапевта, клинического психолога.

ИЗ ОПЫТА РУКОВОДСТВА СОИСКАТЕЛЬСТВОМ ВРАЧЕЙ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

Н.А. Русина

Ярославская государственная медицинская академия

Традиционно вопросы медицинской психологии в медицинских вузах преподавались психиатрами, а при диагностике больного вопросы психопатологии и патопсихологии не разделялись. К.К. Платонов, доктор медицинских и доктор психологических наук, писал о недопустимости данных явлений. Начиная с 90-х годов психология как предмет стала развиваться и в

медицинских вузах. Будущие врачи приступили к освоению психологии как науки, издавались специальные учебники и пособия по педагогике и психологии для студентов медицинских вузов (Н.Д. Творогова, В.А. Аверин, В.А. Урываев, В.Д. Менделевич, П.И. Сидоров, А.В. Парняков, Н.В. Кудрявая). Была выпущена учебная литература по педагогике и психологии для преподавателей медицинских вузов (Н.Д. Творогова, М.С. Дианкина, Н.В. Кудрявая). В медицинских вузах появились кафедры или курсы педагогики и психологии, клинической психологии, открылись факультеты клинической психологии, в клиниках начали работать медицинские психологи. При Минздраве РФ был образован Совет по психолого-педагогическому обеспечению непрерывного медицинского образования и повышению квалификации преподавателей медицинских и фармацевтических учебных заведений. Все это создало хорошую базу как для понимания разделения задач и содержания деятельности медицинских психологов, психотерапевтов и психиатров, так и для выявления поля совместной деятельности и взаимодействия врачей и медицинских психологов.

Для того чтобы врачи приняли медицинского психолога, необходимо несколько моментов: во-первых, они должны выработать общий понятийный аппарат, во-вторых, понять, что их работа может строиться только на совместной деятельности в интересах больного, в-третьих, и те, и другие не должны претендовать на чужое «поле», они должны научиться понимать друг друга. Но есть и достаточно важные моменты, которые должна усвоить каждая сторона. Медицинские психологи, работающие, как правило, на территории медиков, должны помогать врачам в работе с личностью больного, в чем они, безусловно, более компетентны, но должны понимать, что всю ответственность за лечебные мероприятия, в том числе и психологическую помощь и коррекцию, несет врач. При этом врачи должны получить хорошую психологическую подготовку, чтобы поставить задачу медицинскому психологу и понимать его заключения, а также ставить психологические задачи в своей практической и научной работе.

Научная подготовка в области медицинской психологии идет в двух направлениях: исследования психолога с завершением научной работы и присвоение ему ученой степени по медицинской психологии в области психологических наук и исследования врача с завершением научной работы и присвоение ему ученой степени по медицинской психологии в области медицинских наук. Первая задача давно успешно решается. Накоплен большой опыт исследований в этой области. Гораздо реже встречаются работы в области медицинской психологии, выполненные врачами.

Интерес и необходимость привлечения медицинской психологии в лечебный процесс поставили научные работы на стыке двух медицинских специальностей: врачебной и психологической. Врачи после медицинского вуза, как правило, знали медицинскую психологию только в рамках психиатрической клиники. В последние годы, когда медицина «стала» все более «психосоматической и психологической», появились работы врачей, выходящие за рамки психиатрической клиники.

Опыт совместной научной деятельности с соискателями врачами-хирургами дал интересные наблюдения и результаты. При нашем совместном руководстве с доктором медицинских наук по специальности «хирургия» уже выполнены 2 кандидатские диссертации: «Клинико-психологические аспекты хирургии инородных тел желудочно-кишечного тракта у лиц, пребывающих в условиях пенитенциарной системы» и «Психоэмоциональный статус и возможности его коррекции у больных общехирургического профиля». Ведется научное исследование в области онкологии на тему «Психологические аспекты хирургического лечения больных раком гортани».

Особенности подобных работ, прежде всего, состоят:

- в правильной постановке психологической проблемы;
- в выборе адекватного психологического инструментария;
- в психологической интерпретации полученных результатов специалистом не психологом (в данном случае врачом);
- во внедрении психологических результатов исследований в работу врача.

Психологическая задача, как правило, возникает из опыта работы врача в своей области и обозначается им как ощущения неясности, неопределенности, которые невозможно разрешить только медицинскими способами лечения или оказания медицинской помощи, осознания факта проявления личностных (индивидуальных) особенностей пациента в тактике ведения больного, этапов его реабилитации.

Совместно с соискателем выстраивается психологическая составляющая медицинской проблемы, ставятся задачи, выдвигаются гипотезы исследования.

За этап выбора психологического инструментария полностью отвечает руководитель-психолог. Попутно возникает сложная подзадача обучения врача психологической диагностике (если на рабочем месте врача отсутствует клинический психолог). В данном случае методики должны быть адекватны, но несложны и доступны для врача.

На третьем этапе решается задача освоения врачом психологического языка, скорее, выработка метаязыка, соединяющего медицинский и психологический язык. Далее приступают к подбору и к изучению соответствующей литературы, написанной врачами-психотерапевтами, специалистами в области психосоматики, неврологами, медицинскими психологами. При интерпретации полученных результатов научный консультант-психолог должен обязательно владеть проблематикой соискателя и иметь собственный практический клинический опыт работы с больными.

Исключительно ценен этап внедрения полученных результатов. Особенности его состоят в том, что соискатель уже находится в поле понимания психологической проблемы изучаемой клиники, в то время как остальные врачи могут не понимать его стремления выйти за рамки медицинской проблемы. Так, в нашем случае в работе по изучению психоэмоционального статуса больных хирургического профиля у оперирующих хирургов наибольшее затруднение вызвал вывод о признании легитимности эмоциональных переживаний пациента и выстраивании иной тактики подготовки больного к операции.

Совместные научные исследования в области частных кли-

ник и психологии позволяют определять группы «риска», выявлять ведущие стержневые качества личности, определяющие психологические особенности адаптационных механизмов, особенности системы личностных отношений, зоны психотравмирующих переживаний и личностные ресурсы для совладания с ними, а также верифицировать основные «мишени», подлежащие психологической коррекции.

ПОВЫШЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОМПЕТЕНЦИИ И ПРОФИЛАКТИКА «ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ» У ВРАЧЕЙ

О.И. Салмина-Хвостова
Новокузнецкий государственный институт
усовершенствования врачей

Профессия медицинского работника является одной из коммуникативных профессий, работа связана с ведением хронически больных, иногда неизлечимых пациентов, т.е. практическая жизнь проходит в атмосфере чужих недугов.

Синдром профессионального стресса («эмоционального выгорания» (СЭВ), «профессионального выгорания») рассматривается как многомерный феномен, выражающийся в психических и физиологических реакциях на широкий круг ситуаций в трудовой деятельности врачей, и классифицируется по МКБ-10 (Z 73 – «Стресс, связанный с трудностями поддержания нормального образа жизни»).

По данным литературы, СЭВ встречается от 26 до 80% (от врачей общей врачебной практики до врачей-психиатров) (В.Р. Вебер и др., 2007; В.А. Винокур и др., 2007; В.В. Лукьянов, 2008). Выделяют 5 ключевых симптомов. 1. Физические – усталость, физическое утомление, бессонница, повышение АД, болезни ССС. 2. Эмоциональные – недостаток эмоций, пессимизм, безразличие, усталость, ощущение беспомощности и безнадежности, агрессивность, раздражительность, тревога, неспособность сосредоточиться, истерики, чувство одиночества. 3. Поведенческие – появление во время работы усталости, желания от-

дохнуть, безразличие к еде, увлечение табаком, алкоголем, лекарственными средствами. 4. Интеллектуальные – формальное выполнение работы, отсутствие интереса к новым идеям. 5. Социальные – низкая социальная активность, социальные контакты ограничиваются, ощущение изоляции, недостатка поддержки со стороны семьи, друзей, коллег. Характерны три фазы формирования СЭВ: 1-я – нервного тревожного напряжения, 2-я – резистенции или сопротивления, 3-я – истощения. СЭВ зависит от стажа работы: от 1 до 3 лет отмечается у 14% работающих, от 4 до 10 лет – у 20, более 11 лет – у 65% (П.И. Сидоров, 2006).

Цель исследования: определить распространённость СЭВ среди слушателей Новокузнецкого государственного института усовершенствования врачей Росздрава и повысить стрессоустойчивость путём психологического семинара-тренинга.

Материал и методы. В исследовании с 2005 по 2007 г. на основании добровольного тестирования участвовали курсанты циклов общего и тематического усовершенствования ГОУ ДПО НГИУВ Росздрава кафедры общей врачебной практики (семейного врача) (185 человек) и кафедры психотерапии, медицинской психологии и наркологии (врачи психиатры-наркологи, психотерапевты) (326 человек). Стаж работы врачей составил от 5 до 15 лет. Использовали опросник В.В. Бойко (1996) для диагностики уровня СЭВ.

Результаты исследования. СЭВ выявили у семейных врачей в 69,2% случаев (128 человек), у врачей психиатров-наркологов и психотерапевтов – в 88,3% (288).

Нами разработана и реализуется программа факультативных занятий (семинар-тренинг) для курсантов НГИУВ по теме «Повышение психологической компетенции специалистов помогающих профессий и профилактика профессионального стресса» (72 часа). Цель: подготовить курсантов к ускоренной психологической адаптации в группе, познакомить друг с другом, так как уровень доверительных отношений благоприятно сказывается на процессе обучения и усвоения учебного материала. Повысить личностное развитие как необходимое условие успешной профессиональной деятельности. Профилактика профессионального стресса курсантов-врачей за счёт коррекции

эмоциональной сферы. Овладеть умением, восполнять внутренние ресурсы собственной личности.

Программа состоит из 17 тем (общение; качества личности, необходимые для эффективного общения; эмоциональное общение, его значение в профессиональной деятельности; психология первой помощи пациенту; способы достижения эмоционального соответствия с пациентом с учётом его психологических качеств и др.). Помимо базовых тренинговых «номеров», ролевой дискуссии, упражнений на невербальную коммуникацию, психогимнастики применялись элементы гештальттерапии, трансактного анализа, нейролингвистического программирования. Участников в группе было от 10 до 14 человек, критерий так называемой малой группы, социально-психологические характеристики и закономерности функционирования которой достаточно изучены (правила работы в группе, групповая динамика и фазы развития группы). Занятия проводились в изолированной комнате с удобными креслами, расставленными по кругу. Занятия интенсифицировались музыкой и видеосъёмкой, с последующим просмотром и обсуждением.

По предлагаемой программе обучились 40 курсантов кафедры общей врачебной практики (31,3% от числа курсантов с СЭВ) и 140 врачей психиатров-наркологов, психотерапевтов (48,6% от числа врачей с СЭВ). Курсанты на факультативных занятиях отметили, что улучшилось настроение, избавились от головной боли, нормализовалось артериальное давление, сон стал спокойным, повысилась работоспособность, улучшились навыки межличностного общения, появилась психологическая компетенция. Таким образом, обучение специалистов помогающих профессий по данной программе эффективно и целесообразно.

СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ПОСТДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В ПСИХИАТРИИ

А.В. Худяков, О.Ю. Смирнова
Ивановская государственная медицинская академия

Кафедра восстановительной медицины, психиатрии, психотерапии, наркологии и наркологии детского возраста Ивановской медицинской академии, занимавшаяся последипломным образованием врачей указанных специальностей, 3 года назад начала обучение медицинских сестер психиатрических учреждений.

Нами проводятся два цикла: сертификационного усовершенствования с продолжительностью 1 месяц (144 часа) и профессиональной переподготовки с продолжительностью 1,5 месяца (216 часов). В связи с изменением требований получения профильного образования на базе общей специальности «Сестринское дело» на цикле профессиональной переподготовки обучались медицинские сестры с различным, в том числе и многолетним стажем работы в психиатрии.

Основываясь на стандартной образовательной программе, мы рассматривали изучаемые темы с различных позиций. С точки зрения клинко-психопатологического метода разбирались вопросы общей психопатологии и частной психиатрии. Акцентировались внешние формы проявления тех или иных расстройств, умение предположить и выявить психическую патологию у больных и грамотно ее описать. Рассматривались вопросы нозологических форм, формулировки диагнозов в историях болезни, раскрытия сущности и характера психических расстройств, стоящих за каждым конкретным диагнозом. Владение такой информацией позволяет медицинским сестрам уверенней чувствовать себя в работе с больными, реалистичней оценивать их состояние и подбирать оптимальную тактику общения. При выяснении субъективных реакций медицинских сестер на негативное отношение к ним больных (агрессия, оскорбления, пренебрежение, отказ выполнять назначения и др.) оказалось, что многие медсестры болезненно реагируют на подобное поведение пациентов, не принимая во внимание, что в его основе лежат психические нарушения.

При обучении также рассматривался феноменологический подход, учитывающий личностные особенности больных, их субъективное отношение к своим переживаниям, фактам обращения за психиатрической помощью и лечению в психиатриче-

ских учреждениях. При изучении различных групп психических расстройств анализировались глубинные психологические механизмы развития психической патологии. Такой подход позволял изменить существующие в ряде случаев стереотипные представления о болезнях и больных. Так, например, механизмы развития шизофрении рассматривались с позиции концепции «диатез – стресс – болезнь», что давало возможность с учетом повышенной уязвимости больных и особенностей адаптивных механизмов аутизации по-новому подходить к взаимодействию медицинского персонала с этими пациентами, более глубоко понимать задачи их реабилитации. Некоторые медицинские работники уверены, что больные, страдающие невротическими расстройствами, – это капризные, слабовольные, ленивые, амбициозные личности, а в целом – «несерьезный» контингент. Раскрытие глубинных механизмов развития неврозов, с учетом внутренних конфликтов и бессознательного реагирования, позволяет оценить всю серьезность расстройств, их субъективную тяжесть для пациентов, сложность терапии.

На занятиях нами проводились клинические разборы, во время которых анализировались личность пациентов, механизмы развития патологии, особенности влияния психических расстройств на жизнь больных, специфика наблюдения и взаимодействия медицинских сестер и больных. Надо отметить, что медицинские сестры во время разборов активно задавали вопросы, высказывали мнения о диагнозе, состоянии больных, мотивах их поведения.

В тематику занятий были включены темы санитарно-эпидемиологического режима, оказания экстренной помощи при острой терапевтической и неврологической патологии. Для проведения этих занятий приглашались специалисты соответствующего профиля. Изучались вопросы психиатрии катастроф и особенности действий медицинских сестер в условиях чрезвычайных ситуаций.

Нами были опубликованы результаты тестирования на выявление уровня «эмоционального выгорания» медицинских сестер психиатрических учреждений. Уровень выгорания был высоким, преобладала фаза «резистенции», что было расценено на-

ми как превентивная защита у многих медицинских сестер, работающих с психически больными людьми. Исходя из этого, в тематику занятий мы вводили вопросы клиники и механизмов «эмоционального выгорания», а также способы его профилактики.

Одной из форм работы на циклах была подготовка рефератов слушателями, их выступление на занятиях и коллективное обсуждение. Темы рефератов подбирались с учетом специфики работы медицинских сестер в различных подразделениях, чтобы слушатели могли поделиться личным опытом работы.

После окончания циклов профессиональной переподготовки слушателям была предложена специально разработанная на нашей кафедре анонимная анкета, оценивающая соотношение ожиданий от цикла и полученные результаты. Всего было опрошено 28 медсестер. Около половины курсантов отметили, что результаты превзошли их ожидания, чуть менее трети указали, что по ряду параметров их ожидания не были удовлетворены, у остальных ожидания и результаты совпали. Среди тех, кто был недостаточно удовлетворен полученными знаниями и навыками, был значительный процент трудинструкторов и медицинских сестер домов-интернатов для больных хроническими психическими заболеваниями, а также медицинских сестер, имеющих стаж работы в психиатрии не более одного года. В дальнейшем при составлении программы цикла мы решили включить специфическую информацию с учетом конкретных профессий и мест работы. Продолжительность цикла профессиональной переподготовки медицинских сестер должна быть увеличена до двух месяцев.

Самые высокие баллы большая часть слушателей указала в разделах повышения профессиональной самооценки, углубления самопознания и повышения личностной самооценки.

СОДЕРЖАНИЕ

ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Аникина О.М. О необходимости создания службы психологического консультирования для студентов вуза.....	3
Булыгина И.Е. Формирование навыков профессиональной компетентности у студентов-медиков.....	5
Голенков А.В. Возможности использования литературных пародий в качестве ситуационных клинических задач по психиатрии и наркологии.....	7

Грязнов А.Н., Чеверикина Е.А. Снижение уровня аддикций студентов в процессе их профессионального становления	14
Дианкина М.С., Кальченко А.Г. Социально-психологический портрет современного студента-медика.....	16
Карева М.Б. Технологии формирования логической культуры студентов факультета клинической психологии	23
Краснов А.Н. Некоторые проблемы формирования клинического мышления у студентов	25
Лекомцев В.Т., Уваров И.А., Лекомцев В.В. Формирование деонтологического образа врача у студентов II и V курсов медицинского вуза.....	30
Морозов Л.Т., Говорин Н.В., Злова Т.П. Два значения слова «сознание» в медицине	37
Нуреев И.Т., Злоказова М.В., Циркин В.И. Влияние синдрома дефицита внимания и гиперактивности на успешность образовательной деятельности студентов II курса медицинского вуза	42
Худяков А.В., Урсу А.В. Электронное пособие «Обратная связь» как метод изучения эффективности обучения	44

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРЕПОДАВАНИЯ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Баранов А.В. Опыт применения модульно-рейтинговой системы оценки успеваемости и качества знаний студентов при преподавании психиатрии	49
Башмакова О.В., Абрамкин В.А., Семенихин Д.Г. Применение технологии педагогических мастерских при изучении организационных аспектов оказания психиатрической помощи	52
Великанова Л.П. Инновационные подходы к подготовке специалистов по профилактике химических зависимостей в медицинском вузе	54
Голенков А.В. Использование рабочей тетради для подготовки к экзамену по психиатрии и наркологии.....	60
Давтян Е.Н. Телемедицина в психиатрии: впечатления о первом опыте.....	63
Злоказова М.В., Багаев В.И. Профилактика зависимостей – одно из направлений воспитательной работы кафедры психиатрии и наркологии	66

Колотилин Г.Ф. Внеаудиторное самообучение психиатрии и наркологии в структуре учебного процесса.....	68
Логинов И.П. Роль и значение инфокоммуникационных технологий на додипломном этапе преподавания психиатрии и медицинской психологии.....	70
Морозов Л.Т., Говорин Н.В., Злова Т.П. О мотивации к обучению и идеальном методическом пособии по психиатрии для студентов.....	72
Селезнев С.Б., Агошкова Е.В. Об интеграции этнокультурального подхода в систему подготовки будущих врачей-психиатров и психотерапевтов.....	75
Семенихин Д.Г. Динамика отношения студентов медицинского факультета к психофармакологическим препаратам в процессе обучения.....	79
Шайдукова Л.К. Особенности преподавания психиатрии и наркологии иностранным студентам.....	81

ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ ПСИХОЛОГИИ

Булыгина И.Е. Личностные характеристики студентов-стоматологов как фактор профессиональной успешности.....	83
Дьячкова Е.С. Модульный подход к преподаванию курса «Психология и педагогика» в медицинском вузе.....	86
Моторина И.В. Организация самостоятельной работы студентов-психологов.....	88
Николаев Е.Л., Козлов А.Б., Трясугина М.А., Орлов Ф.В. Додипломная подготовка психологов к консультированию на телефоне доверия.....	92
Орлов Ф.В. Организационные и психологические аспекты преподавания медицинской психологии студентам специальности «Сестринское дело».....	96
Русина Н.А., Барабощин А.Т. Медицинская психология в медицинском вузе: реалии и перспективы.....	100
Токарева Н.Г. Преподавание психологии студентам медицинского вуза.....	102
Урываев В.А., Руденко Н.В. Психодиагностические методы в работе медицинского психолога.....	104

Шадрина И.В. Подготовка клинических психологов на базе медицинских вузов.....	110
Шалимова Е.Н. Активные методы обучения на занятиях по дисциплине «Психология и педагогика» для студентов лечебного факультета	114
Яковлева Н.В. Профессиональная подготовка клинических психологов в медицинском вузе: проблемы и перспективы	118

ВОПРОСЫ ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ И МЕДИЦИНСКИХ ПСИХОЛОГОВ

Андрусенко А.А., Гольшева В.А., Кузнецов И.А., Обросов И.Ф. Системный подход к изучению проблемы деструктивного поведения	124
Барaboшин А.Т. Нельзя лечить тело, не лечя душу: к вопросу о последипломном образовании врачей-педиатров	125
Бабин С.М., Шувалова Т.В. Программа последипломной подготовки среднего медицинского персонала психиатрических учреждений	128
Березовская М.А. Организация учебного процесса в клинической интернатуре на кафедре психиатрии и наркологии.....	135
Гольшева В.А., Донских В.В., Полякова Е.В., Тулаева Л.М. Проблема психических расстройств сифилитического генеза и ее изложение на этапе последипломного образования	140
Козлов А.Б., Овечкина Л.А. Анализ работы курса психиатрии, наркологии, психотерапии и медицинской психологии за 5 лет	142
Котлярова М.Н. Программа курсов повышения квалификации по специальности «Перинатальная психология и психология материнства» для клинических психологов.....	145
Обросов И.Ф., Гольшева В.А., Андрусенко А.А. Традиции и инновации преподавания на кафедре психиатрии последипломного образования	149
Русина Н.А. Из опыта руководства соискательством врачей по специальности «Медицинская психология»	152

Салмина-Хвостова О.И. Повышение психологической компетенции и профилактика «эмоционального выгорания» у врачей	155
Худяков А.В., Смирнова О.Ю. Структура и содержание постдипломной подготовки медицинских сестер в психиатрии.....	158

Научное издание

**ТРАДИЦИИ И ИННОВАЦИИ ПРЕПОДАВАНИЯ
ПСИХИАТРИИ И ПСИХОЛОГИИ НА РАЗЛИЧНЫХ
ЭТАПАХ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

Материалы научно-методической конференции

Верстка Л.А. Овечкина

Подписано в печать 08.06.09. Формат 60 × 84/16.
Гарнитура Times New Roman. Бумага писчая. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 9.64. Уч.-изд.л. 8.81. Тираж 100 экз. Заказ №62.

Отпечатано в типографии ИП Е.В. Беянин
Чебоксары, Дорожный проезд, 16
Свидетельство серии У №24316 от 29.10.01 г.
Тел. 44-23-77