

ФОРМИРОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ В ПРОЦЕССЕ РЕШЕНИЯ ЗАДАЧ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

УДК 159.955:616.89

Л.Т. Баранская¹, О.В. Кремлева¹, Д.В. Тевс², Г.С. Устинов¹, И.О. Тореев¹¹ Уральский государственный медицинский университет,
г. Екатеринбург, Российская Федерация² ГБУЗ СО «Областная клиническая больница № 1»
г. Екатеринбург, Российская Федерация

В статье обсуждаются вопросы качества образования будущих врачей в медицинском вузе. В качестве основы профессиональной подготовки рассматривается клиническое мышление и возможности его формирования в процессе решения задач клинико-психологической скрининговой диагностики и обработки эмпирических данных об индивидуально-психологических особенностях и факторах риска нарушений социальной и психологической адаптации урологических пациентов с онкологической патологией.

Ключевые слова: клиническое мышление, клинико-психологическая скрининговая диагностика; урологические пациенты с онкологической патологией, индивидуально-психологические особенности пациентов, риск нарушений социальной и психологической адаптации.

FORMATION OF THE CLINICAL THINKING OF FUTURE DOCTORS IN THE PROCESS OF SOLVING TASKS OF CLINICAL PSYCHOLOGICAL DIAGNOSIS IN PATIENTS WITH CANCER UROLOGICAL DISEASE

L.T. Baranskaya¹, O.V. Kremleva¹, D.V. Tevs², G.S. Ustinov¹, I.O. Toreev¹¹ Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russian Federation² Regional Clinic Hospital n. 1, Yekaterinburg, Russian Federation

The article discusses the quality of the education of future doctors in the medical school. The clinical thinking and its formation in the process of solving tasks of clinical psychological diagnosis and screening processing of empirical data on individual-psychological features and risk factors of violations of social and psychological adaptation of urological patients with cancer pathology considered as the basis of training.

Keywords: clinical thinking, clinical-psychological screening diagnostics, urological patients with cancer urological disease, individual psychological features of patients, the risk of social and psychological adaptation.

Введение

В условиях глобализации современного мира, которая неизбежно затрагивает все сферы российской действительности, становится особенно важным то, насколько каждое профессиональное сообщество в целом готово принять новые правила поведения, ценностные ориентиры и критерии профессионального соответствия, чтобы адекватно действовать и быть конкурентно способными на рынке труда. При этом особое внимание уделяется качеству профессиональной подготовки будущих профессионалов, способных не только реализовать себя в конкретной области практической деятельности, но и использовать ее как уникальный способ самоактуализации. Наибольшей глобализационной готовностью обладают молодые люди, которые овладели основами профессии, инвариантной к культурным и национальным особенностям, не обременены узкой профессиональной специализацией и ментальностью; имеют склонность к переменам и не дистанцируют себя от «всего цивилизованного мира» [1]. Применительно к современным условиям, профессионал должен владеть не только знаниями и умениями в узкой сфере профессиональной деятельности, но и быть профессионально мобильным, уметь продавать, подавать себя, оценивать выгоды и затраты на достижение тех или иных своих профес-

сиональных притязаний. В этой связи особой проблемой становится подготовка врачей-профессионалов в процессе вузовского обучения.

В ряде исследований показано, что преобладание традиционных форм обучения в медицинском вузе в дальнейшем, неизбежно, приводит к смысловой трансформации в практической деятельности врача, включая инверсию целей и мотивов профессиональной деятельности [2, 3]. При стаже работы врачей от 5-ти до 7-ми лет возрастает эмоциональная напряженность, в значительной степени обусловленная выполнением ежедневных рутинных обязанностей, нейтральностью профессии к личностному статусу, принятием профессии как средства заработка [4]. Ситуация кризиса профессиональной идентичности завершается, как правило, разными вариантами отказа от профессии, ухода в другие сферы или принятием на себя теневого функций (например, коммерческих), делающих профессию, по сути, другой.

Соответствие врачебной профессии объективным условиям современного этапа развития общества и субъективным требованиям развития личности в значительной мере достигается формированием клинического мышления, которое понимается как содержательно специфический процесс диалектического мышления, придающий целостность и законченность

медицинскому знанию. Данный процесс предматрирует исследование всех сфер жизнедеятельности больного: социальной, поведенческой, эмоциональной, сенсорной, что позволяет верифицировать клинический диагноз, который всегда является в большей или меньшей степени гипотезой. Особенностью клинического мышления является его формирование в непосредственном общении с пациентом, что позволяет преодолеть определенные паттерны (шаблоны) хрестоматийных представлений о нозологии. Страдающего пациента не может заменить ни подготовленный артист, ни фантом, ни деловые игры, ни теоретическое освоение предмета.

Цель работы

Выявить возможности формирования клинического мышления будущих врачей в процессе решения задач клиничко-психологической диагностики онкоурологических пациентов.

Методы исследования

Обобщение и систематизация способов и средств формирования клинического мышления, анализ практического опыта формирования клинического мышления в процессе решения задач клиничко-психологической диагностики, экспертная оценка формирования клинического мышления у будущих врачей в работе с урологическими пациентами.

Дискуссия

В последние десятилетия в научной и прикладной медицине и психологии интенсивно разрабатываются методология и методы интеллектуальной обработки информации, так называемый «интеллектуальный анализ данных». Применение таких методов позволяет успешно решать задачи, стоящие перед медицинской практикой. В то же время исследования, связанные с разработкой эффективных комплексных методов анализа информации и построения интеллектуальных систем, включая проспективную врачебную информацию о пациенте, до настоящего времени представлены весьма скромно.

Клиническое мышление не является каким-то особенным, исключительным видом мышления человека, оно едино при любой форме интеллектуальной деятельности, в любой профессии, в любой области знания. Развитию клинического мышления во многом способствует реализуемое на практике единство медицины и клинической психологии в лечебном процессе. Современная клиническая психология при проведении исследований все более преодолевает прикладную статистику, осуществляемую традиционными математико-статистическими методами, оперируя технологиями интеллектуального анализа данных — Data Mining (буквально — «добыча» или «раскопка данных») [5]. Это, во-первых, продиктовано сложностью предмета изучения, каким является психическая деятельность человека в единстве эмоциональной, когнитивной и коммуникативной функций. Во-вторых, данная технология, построенная на постулате о том, что любые первичные данные содержат в себе еще и некий глубинный пласт знаний, при грамотном анализе которого может быть обнаружена ранее недоступная информация. В целом, отличительной особенностью такого представления результатов является нетривиальность (неожи-

данность и априорная неочевидность) получаемых выводов, что особенно важно при прогнозировании клинических исходов, зависящих от внутренней картины болезни (ВКБ) пациентов, включающей субъективную оценку здоровья и нездоровья. Однако если мировой опыт инноваций в медицинской практике отчетливо демонстрирует участие клинического психолога в лечебном процессе на всех этапах ведения пациентов — от первичной диагностики до создания программ комплексной реабилитации — то для отечественной медицины характерен узкопрофессиональный подход с декоративным использованием клиничко-психологических знаний.

Вместе с тем в условиях кризиса общей патологии, потребности клинической медицины ставят новые задачи перед врачами, решение которых требует развитого клинического мышления, позволяющего учесть неспецифические симптомы и синдромы, коморбидность заболеваний, факторы риска психической и личностной дезадаптации, клинический и социальный прогноз исхода болезни.

Наряду с общими для любого мышления характеристиками, клиническое мышление имеет специфику, которую необходимо учитывать при рассмотрении проблемы его формирования и развития. Суть специфики состоит в следующем.

Несмотря на получение все более убедительных эмпирических данных о роли психологических факторов в генезе соматической патологии и эффективности реабилитационного процесса, индивидуально-психологические особенности пациентов не находят конкретного выражения в клиническом диагнозе. В процессе диагностики заболевания у конкретного пациента обсуждаются имеющиеся специфические и неспецифические симптомы и синдромы. В то же время известно, что далеко не все из них поддаются теоретическому осмыслению с позиций современного состояния клинических исследований. Можно привести достаточно примеров, когда морфофункциональный механизм патологических симптомов остается неизVESTным, что далеко не безразлично как для ведения пациента, так и прогноза его выздоровления.

Наконец, современная клиническая медицина ставит перед врачом задачу как можно скорее овладеть клиническим опытом, опирающимся на развитое клиническое мышление, поскольку каждый пациент имеет право лечиться у грамотного специалиста.

Таким образом, учитывая закономерности развития мышления вообще и профессионального клинического мышления в частности, следует учитывать, во-первых, то, что наиболее эффективно мышление формируется в чувствительные периоды, важнейший из которых приходится на «студенческий возраст» — 19-24 года. Во-вторых, для молодого возраста характерен широкий профессиональный интерес, отсутствие профессиональных шаблонов и устойчивого стереотипа профессиональной деятельности. В-третьих, как в любой конкретной области деятельности профессиональное мышление формируется при непосредственном общении с предметом изучения (в данном случае — пациентами) и профессиональными наставниками (специалистами высшей квалификации). Кроме указанного выше, динамизм в формировании клинического мышления должно обеспечивать неформальное

изучение избранных клинических дисциплин, включая активное участие в междисциплинарных научных исследованиях.

Обсуждение результатов исследования

Наиболее остро проблемы формирования клинического мышления врачей стоят в онкологической практике. Системный подход к лечению рака требует учета не только соматической патологии, но и причинных психических дисфункций и/или соматопсихических вариантов расстройств.

Разные современные теории развития злокачественных опухолей, в сущности, отражают лишь различные стороны единого процесса: свойственный любой живой клетке протоонкоген переходит при определенных условиях в активную фазу — онкоген, который и дает начало росту опухоли. Из этого делается вывод о генетической детерминации рака, который определен изменением генетического кода [6].

В настоящее время, согласно классификации ВОЗ, онкологические заболевания официально не имеют статуса психосоматических, несмотря на то, что идеи влияния психического состояния или особенностей личности на возникновение рака витают в медицинском сознании. По-видимому, начинающий доктор должен изначально иметь представление о психосоматическом механизме развития злокачественных новообразований, которые возникают при невозможности разрешения человеком трудных жизненных ситуаций, порождающих чувство беспомощности, безысходности, отчаяния, которые запускают механизм депрессии. Длительно существующая депрессия оказывает влияние на работу иммунной системы, подавляя ее, что приводит к нарушению функций «иммунного надзора». А.В. Гнездилов отмечает, что частым результатом депрессии бывает нежелание жить дальше и что сознательно каждый человек боится и не желает болезни, но бессознательное нежелание жить может запустить механизм болезни [7].

Как отмечалось выше, следуя законам диалектического мышления (суть клинического мышления), при постановке задач клинико-психологической диагностики исследователи совершают критический обзор ранее полученных данных с целью систематизации и углубления ранее полученных данных.

В отечественной и зарубежной литературе наиболее полно исследованы общие клинико-психологические проблемы пациентов с онкологическими заболеваниями. Показано, что любое онкологическое заболевание обуславливает кризисное состояние заболевшего человека, разрушает его привычное существование, изменяет устоявшиеся социальные и семейные связи. В связи с резко изменившейся ситуацией возникает чувство растерянности, ощущение тупика, обесценивание прежнего жизненного опыта. Аффективная напряженность не позволяет видеть выход из ситуации, у больного могут возникнуть мысли о суициде, как способе контроля над своей жизнью, когда сам человек решает вопрос о прекращении физических и моральных страданий. Действительно, онкологическому пациенту никто и никогда не может дать гарантии окончательного выздоровления, после постановки диагноза вся его дальнейшая

жизнь проходит в ситуации неопределенности. Экзистенциальное одиночество переплетается с социальной изоляцией: окружающие часто не знают, как помочь больному.

Для существования в изменившемся для него мире, больному необходимо пройти несколько стадий: отрицание, агрессию, депрессию, попытку «сговора» с судьбой, принятие [6]. Темп продвижения по стадиям индивидуален для каждого больного.

Знание и понимание ситуации, в которой находится больной, его адаптации к онкологическому заболеванию, позволяют врачу лучше понять то, что происходит с больным, его переживания и поведение для того, чтобы взаимодействие было более эффективным и в полной мере соответствовало адекватному лечению.

В процессе адаптации к болезни существенную роль играет отношение пациента к болезни, определяемое внутренней картиной болезни, в которой представлены чувственный, эмоциональный, когнитивный и мотивационный уровневые компоненты. Их совокупность формирует широкий спектр психологических реакций онкологического больного на заболевание.

Существенные проблемы у онкологического больного связаны с отношениями в ближайшем социальном окружении, семье. Диагноз становится психотравмирующим событием не только для больного, но и для родственников. В итоге онкологическое заболевание ставит под угрозу уклад и стиль жизни всей семьи, обостряет внутрисемейные конфликты.

Таким образом, отношения врача и больного при онкологическом заболевании, установление комплайенса, имеет существенное значение для лечения больного и его адаптации к заболеванию.

Вместе с тем возникает вопрос: насколько общие клинико-психологические проблемы онкологических больных существенны для лечения урологических пациентов с онкологической патологией? Существует ли однозначная взаимосвязь между указанной нозологической формой и нарушениями психической адаптации в виде тревоги, стрессов, депрессивных состояний и т.д.?

Имеющиеся исследования [8] и клинико-психологические наблюдения пациентов с опухолями мочевого пузыря показывают, что для большинства из них характерна неглубокая невротическая депрессия, вызванная психологической реакцией на диагноз, на проявления болезни, на информацию, полученную от врачей и окружающих. При этом своеобразии психологической реакции состояло в «ухуде в болезнь», отказе от ответственности, оправдании несамостоятельности, поиске опеки. К тому же в течение длительного додиагностического периода, когда пациенты обнаруживают различные болезненные симптомы своего заболевания, они откладывают обращение к врачу в связи с застенчивостью в вопросах, касающихся мочевого пузыря, опасениями возможной огласки и насмешек. Все это существенным образом снижает эффективность лечебных мероприятий.

Наряду с этим более чем для четверти больных с опухолями мочевого пузыря (опухоль почки и почечной лоханки, рак мочевого пузыря и мочеточников, аденома предстательной железы) характерно отсутствие каких-либо

психических нарушений. По-видимому, отсутствие негативных эмоций и переживаний свидетельствует о глубинных личностных проблемах (например, таких, как алекситимия) больных, которые нуждаются в психологической помощи, направленной на осознание неадекватных стереотипов поведения. Поведение и психологические реакции урологических пациентов с онкологической патологией также отличаются своеобразием, обусловленным сочетанием соматогенных и психогенных факторов. Если в диагностический период лечебного процесса у больных отмечается хорошая динамика адаптации к болезни и ее проявлениям, формируется надежда на выздоровление и возвращение к прежнему образу жизни, то в период лечения у них возникает резкое ухудшение соматического состояния, отмечены кратковременные эпизоды психических нарушений непсихотического уровня. Этому способствует удаление предстательной железы, почки, иссечение опухоли, что приводит к наложению катетеров и необходимости носить емкость для сбора мочи. Все это ограничивает социальные контакты пациентов, сужает вероятность трудовой деятельности, делает невозможной полноценную половую жизнь. Напротив, в период ремиссии у больных данной группы не отмечается каких-либо изменений психического состояния и болезненных психических реакций.

Исходя из представленной выше динамики относительно нозоспецифичных реакций на болезнь, следует подчеркнуть два момента. Во-первых, непосредственное влияние соматогенных

факторов на психическое состояние урологических больных с онкологической патологией не столь очевидно и опосредовано психологической переработкой симптоматики и информации о болезни; во-вторых, прогнозирование риска психической дезадаптации пациентов является трудноформализуемой задачей, что обусловлено вариативностью симптоматики в оценке клинико-психологического неблагополучия.

Выводы

1. Формирование клинического мышления у будущих врачей во многом определяется их включенностью в конкретные научные исследования и практическую деятельность в составе проблемной группы, включающей специалистов разных клинических направлений.

2. Современная клинико-психологическая диагностика представляет собой пример рефлексивного теоретического анализа как способа клинического мышления, требующего на всех этапах подготовки проведения исследования и обсуждения полученных результатов «распознавания» неочевидных, скрытых факторов, не связанных, на первый взгляд, с исходными предположениями о психологических проблемах в онкологии.

3. Проведение клинико-психологических исследований в различных группах урологических пациентов с онкологическими заболеваниями может оказать существенное влияние на качество лечебного и реабилитационного процессов в интересах врачей и пациентов.

Литература

1. Психологические аспекты / Россия в глобализирующемся мире: мировоззренческие и социокультурные аспекты / Отв. ред. В. С. Степин. – М.: Наука, 2007. – С.427-513.
2. Современные подходы в обучении студентов медицинских вузов / Е. В. Соболева, О. В. Пешиков, М. В. Пешикова, Н. М. Шлепотина // Вестник совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. – 2017. – № 1 (16), Т. 1. – С. 34-36.
3. Леванович, В. П. Роль и место современных образовательных технологий в медицинском вузе. Передовая статья. / В. П. Леванович, Г. А. Сулова, А. В. Гостимский // Педиатр. – 2013. – № 4, Т.4. – С.1-6.
4. Баранская, Л. Т. Формирование медицинского коллектива лечебно-профилактического учреждения в условиях рыночной экономики: проблемы и перспективы / Л. Т. Баранская, С. И. Блохина, А. У. Сабитов // Вестник Уральской медицинской академической науки. – 2003. – № 2. – С.12-15.
5. Беребин, М. А. Опыт применения искусственных нейронных сетей для целей дифференциальной диагностики и прогноза нарушений психической адаптации / М. А. Беребин, С. В. Пашков // Вестник Южно-Уральского гос. ун-та. Серия «Компьютерные технологии, управление, радиоэлектроника». – 2006. – № 14, Вып.4. – С.41-45.
6. Чулкова, В. А. Психологические проблемы в онкологии / В. А. Чулкова, В. М. Моисеенко // Практическая онкология. – 2009. – № 3, Т.10. – С.151-157.
7. Гнездилов, А. В. Психология и психотерапия потерь / А. В. Гнездилов. – 2004. – СПб.: Изд-во «Речь». – 162 с.
8. Саймонтон, К. Психотерапия рака: пер. с англ. / К. Саймонтон, С. Саймонтон. – 2001. – СПб.: «Питер». – 286 с.

Сведения об авторах

Л.Т. Баранская — д.псх.н., профессор кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии, Уральский государственный медицинский университет; медицинский психолог ХРП ГБУЗ СО «ОКБ № 1». Адрес для переписки: lubaran@rambler.ru, +7 9122921211

О.В. Кремлева — д.м.н., профессор кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии, Уральский государственный медицинский университет; Адрес для переписки: kremleva_olga@mail.ru

Д.В. Тевс — к.м.н., врач высшей категории, заведующий урологическим отделением № 2 (онкоурология), Областная клиническая больница № 1

Г.С. Устинов — студент лечебно-профилактического факультета (ОЛД-515), Уральский государственный медицинский университет

И.О. Тореев — студент лечебно-профилактического факультета (ОЛД-515), Уральский государственный медицинский университет

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ДИСТАНЦИОННЫХ ФОРМ ОБУЧЕНИЯ В ПРОГРАММЫ СПЕЦИАЛИТЕТА МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

УДК 616.89

С.И. Богданов, Е.С. Пастухова, А.А. Вотинков

Уральский государственный медицинский университет,
г. Екатеринбург, Российская Федерация