

6. Høyen K.S., Solem S., Cohen L.J. et al. Non-disclosure of suicidal ideation in psychiatric inpatients: Rates and correlates // *Death Studies*. 2022; 46 (8): 1823–1831. DOI: 10.1080/07481187.2021.1879317
7. Kyron, M. J., Podlogar, M. C., Joiner, T. E. et al. Allowing nondisclosure in surveys with suicide content: Characteristics of nondisclosure in a national survey of emergency services personnel // *Psychological Assessment*, 2020. 32 (12), 1106–1117.
8. McHugh C.M., Corderoy A., Ryan C.J. et al. Association between suicidal ideation and suicide: meta-analyses of odds ratios, sensitivity, specificity and positive predictive value // *British Journal of Psychiatry Open*. 2019; 5(e1): 1–12. DOI: 10.1192/bjo.2018.88
9. Richards J.E., Whiteside U., Ludman E.J. Understanding why patients may not report suicidal ideation at health care visit prior to a suicide attempt: A qualitative study // *Psychiatric Services*. 2018; 70 (1): 40–45.

## РАЗДЕЛ 15. ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ

### СТАТУС ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ КЛИНИЧЕСКИМ (МЕДИЦИНСКИМ) ПСИХОЛОГОМ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Ахметов М. Р., Трифонова Т.А.

КИУ им. В. Г. Тимирязова, Казань, Россия

[psy.marat@yandex.ru](mailto:psy.marat@yandex.ru)

**Ключевые слова:** клиническая психология, медицинская психология, психологическая помощь, психиатрия, медицинские учреждения, нормативно-правовое регулирование.

### STATUS OF PROVIDING PSYCHOLOGICAL CARE TO THE POPULATION IN MEDICAL INSTITUTIONS BY A CLINICAL (MEDICAL) PSYCHOLOGIST IN THE RUSSIAN FEDERATION

Akhmetov M.R., Trifonova T.A.

V. G. Timiryasov KIU, Kazan, Russia

[psy.marat@yandex.ru](mailto:psy.marat@yandex.ru)

**Keywords:** clinical psychology, medical psychology, psychological assistance, psychiatry, medical institutions, legal regulation.

Обсуждение данной проблематики хотелось бы начать с рассмотрения сообщения «Психические расстройства» Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ), опубликованного 6 июня 2022 года на официальном сайте ВОЗ. Там, помимо прочего, указаны статистические данные за 2019 год по психическим расстройствам в мире. Так, в 2019 году тревожными расстройствами страдало 301 миллион человек, включая 58 миллионов детей и

подростков. Второе место занимает депрессия, ей страдало 280 миллионов человек, включая 23 миллиона детей и подростков. Следующее в списке – биполярное расстройство (40 миллионов человек), далее идут шизофрения и расстройство пищевого поведения – по 14 миллионов человек. В 2019 г. диссоциальным расстройством страдало 40 миллионов человек, включая детей и подростков. Также весьма распространены нарушения центральной нервной системы. А в странах, находящихся в вооруженных конфликтах, нередки посттравматические стрессовые расстройства [12].

В Российской Федерации (далее – РФ) также, как и во всем мире, есть пациенты с психическими заболеваниями. Так, «В РФ зарегистрировано более 5 млн. человек, страдающих психическими расстройствами», – сообщил заместитель министра здравоохранения Олег Салагай на XVII съезде психиатров России [13]. Расстройство – не всегда заболевание, однако, оно также требует профессиональной помощи, которая согласно Российскому законодательству [7] представлена в нашей стране врачами – психиатрами и психотерапевтами.

По оценкам экспертов у нас в стране катастрофически не хватает специалистов по оказанию психиатрической помощи. Главный внештатный психиатр Минздрава, директор Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского Минздрава России Зураб Кекелидзе на XVII съезде психиатров России заявил, что «обеспеченность населения врачами – психиатрами – по данным за прошлый год составляет 0,86 на 10 тыс. человек населения, психотерапевтами – 0,09, медицинскими психологами, занятыми в психиатрической службе – 0,28, специалистами по социальной работе – 0,06 соответственно [15]. Весьма важным является вопрос и о нежелании людей обращаться за психиатрической помощью, в связи со страхом постановки и огласки психиатрического диагноза, опасениями, что диагноз может пагубно сказаться на социальной жизни. Для многих людей сам факт обращения к врачу-психиатру является психотравмой [16]. Еще одним немаловажным фактором, как правило, среди мужчин, является убеждение, что со своими психологическими проблемами возможно справиться самостоятельно. Поход же к психиатру и дальнейшее психофармакологическое лечение воспринимается ими как «слабость», «неполноценность», особенно среди военных, прошедших горячие точки. При этом мы не можем оставить эту категорию людей без психологической помощи.

Таким образом, мы констатируем плачевную ситуацию с психотерапевтами, специалистами, призванными лечить людей не только с помощью психофармакологии, но и психологическими методами. Конечно, в стране есть психологи, и они могли бы закрыть эту брешь, однако не все так просто. Изначальная направленность психологов – это работа с психически здоровыми людьми, оказание помощи в решении их житейских проблем и задач, а не борьба с психическими расстройствами. Более того, статус психолога в нашей стране до сих пор не определен, так как не принят единый федеральный закон, регулирующий профессиональную деятельность психолога

[7]. Соответственно, в настоящий момент психологи не имеют права ставить какие-либо официальные диагнозы, проводить лечение, назначать препараты.

Казалось бы, тупик, но решение возможно, а именно направление психологии - клиническая (медицинская) психология. Клинические (медицинские) психологи, являясь звеном между психологами и психотерапевтами, имея достаточную квалификацию, вобрали в себя все лучшее, что дает нам психиатрия и психология, и могут работать именно с психическими недугами. Более того, эти сферы очень похожи и, как указывает В.Д. Менделевич, клиническая психология тесно связана с родственными дисциплинами, в первую очередь, с психиатрией и патопсихологией [5]. Сферой общего научного и практического интереса клинической психологии и психиатрии является диагностический процесс [4]. Примером может быть одно из направлений клинической психологии - нейропсихология, которая сформировалась на стыке психологии, нейрофизиологии и медицины. Уже тогда важнейшей особенностью научного творчества А.Р. Лурии является постоянное соотнесение в анализе поведения человека социально обусловленных влияний с функционированием нервной организации человека [6]. Он понимал, что для лечения когнитивных недугов только медицины недостаточно, нужен психологический подход. Так же можно отметить, процесс подготовки психиатров и клинических психологов во многом схожи по содержанию, и по качеству, и по длительности. К примеру, срок обучения клинического психолога с программой магистратуры длится до 7 лет.

Статус клинического психолога гораздо более регламентирован в нашей стране, нежели у психологов, например, приказом Минздрава России от 16.09.2003 г. № 438 «О психотерапевтической помощи», однако сам круг прав и обязанностей недостаточен на наш взгляд или не раскрыт. Так клинические (медицинские) психологи в нашей стране имеют статус медицинских психологов в лечебно-профилактических учреждениях, хосписах и иных медицинских учреждениях. Они помогают пациентам справиться со своими внутренними переживаниями и психологическими проблемами, полученными в результате понесенных страданий из-за болезней, боли, социальной отчужденности. Безусловно, это важная и необходимая помощь, но в решении вышеставленных задач недостаточная. Мы считаем, что потенциал у клинических психологов более значим. В высших учебных заведениях учат «клинических психологов», опираясь в первую очередь на западный опыт, откуда данное направление подготовки и пришло [16], а вот в вышеупомянутом приказе Минздрава России от 16.09.2003 г. № 438 указаны «медицинские психологи».

Если рассматривать именно психиатрическую помощь, то в настоящий момент клинические (медицинские) психологи играют роль помощника психиатра без полноценной самостоятельной практики. Конечно, это хорошо, что координацию деятельности медицинских психологов ведут

врачи, однако многие из них сами не прошли профессиональной подготовки по психологическому направлению, и, соответственно, не могут использовать полноценно весь арсенал медицинской психологии, что опять же тормозит процесс психиатрической помощи населению. Получается, что психиатры перегружены, а потенциал клинических (медицинских) психологов не раскрыт в должной мере, и в итоге страдают пациенты.

В связи с этим хотелось бы внести следующие предложения, а именно:

1. Министр здравоохранения Михаил Мурашко заявил: «Психолого-психиатрическая служба сегодня активно развивается. За последний год сформировано более 20 нормативно-правовых актов, принят основополагающий порядок оказания медицинской помощи – впервые помощь психологов погружена в медицинскую помощь» [15]. Однако сосредоточение внимания только на медицинской помощи, на наш взгляд, недостаточно, необходимо клинических психологов плотнее интегрировать в помощь не только пациентам, находящимся в больницах, но и людям, обращающимся с психологическими недугами. В связи с этим предлагаем предоставить клиническим психологам возможность самостоятельно вести полноценный прием населения в медицинских учреждениях, не отдавая приоритет психодиагностической работе, как это указано в ранее рассматриваемом приказе №438, а именно заниматься полноценной психокоррекцией и психологической помощью, при этом, не выписывая рецептурных препаратов. В случае сложности пациента, или необходимости психофармакологии, обязать клинических психологов направлять их к врачам психиатрам.

В настоящий же момент к врачам психиатрам и психотерапевтам идут все категории людей: с невротами, когнитивными нарушениями, психосоматикой, пограничными состояниями, семейными проблемами, неудавшейся жизнью, и многое другое. При этом нелекарственными методами, то есть психологическими, можно лечить до трети пациентов [1]. Согласимся, врачам стало бы намного легче, если первичный прием вели как раз клинические (медицинские) психологи, отсеивая непсихиатрические и пограничные состояния, с которыми они бы могли бы справиться самостоятельно. При этом направляли бы людей с возможными психическими заболеваниями к врачам. Естественно, постановку диагноза и лечение психических больных мы оставляем за врачами, хотя и в этом случае ведение именно психологической части лечения можно порекомендовать клиническим (медицинским) психологам.

2. Если четко не определить место клинических психологов в структуре психолого-психиатрической помощи в Российской Федерации, то «клинических психологов» будут определять как «медицинских психологов», своего рода «психологических медсестер» при врачах. Эту проблему можно решить, дав четкое определение категориального аппарата в клинической психологии, и ее терминов [3] которые позволят, в конечном счете, отделить медицинских и клинических психологов. Нужно разделить эти две профессии с выделением

профессии клинический психолог именно для работы в области психотерапии, а для этого нужна опорная нормативно-правовая база, определяющая права и обязанности клинических психологов, их место в медицине, а также степень их компетенций и ответственности в своей области. Конечно, можно оставить как есть, дополнив медицинские приказы новыми правами и обязанностями медицинских психологов, но сложившаяся практика крайне инертна и новые начинания, скорее всего, канут в лету. Поэтому, чтобы улучшить психотерапевтическую помощь населению, нужна будет новая специально выделенная профессия – клинический психолог.

3. Провести работу в области просветительской деятельности о работе клинических психологов, а именно указывать, что клинический психолог не ставит официальных диагнозов, не выписывает психофармакологию, а как специалист мало уступает врачам-психиатрам. При этом в случае необходимости действует с ними в единой команде. Клинические психологи могли бы помочь всем категориям граждан, не вызывая у них изначально сильных негативных чувств, тревоги и стигматизации.

4. В связи с повысившейся нагрузкой, сложностью и ответственностью выполняемого труда, необходимо проработать вопросы увеличения штата и повышения оплаты труда клинических (медицинских) психологов в медицинских учреждениях в Российской Федерации.

Конечно, пройдет достаточное количество времени, прежде чем клинические психологи докажут свою состоятельность в самостоятельной практике, но учитывая сегодняшнее удручающее положение в области лечения психологических недугов населения, опираясь на отечественную науку и практику, мы верим, что более широкое использование возможностей клинической психологии качественно изменят эту проблематику в положительную сторону.

### Литература

1. Бобров А.Е., Довженко Т.В., Кулыгина М.А. Медицинская психология в психиатрии. Методологические и клинические аспекты / А.Е. Бобров, Т.В. Довженко, М.А. Кулыгина // Социальная и клиническая психиатрия. Т. 24. – № 1. 2014 г. С. 70–75.
2. Березин М.А., Синицкий И.В. Клиническая (медицинская) психология «Статус клинической (медицинской) психологии в здравоохранении за рубежом, в России и в Украине: проблемы и реальность» . 2012 г.С.2
3. Залевский Г.В. Актуальные проблемы современной клинической психологии. ТГУ, Сибирский психологический журнал. 2004г. С.3.
4. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: практ. рук. / В.Д.Менделевич. - 4-е изд. - М. :МЕДпресс-информ, 2002 г.С.592
5. Сарычев, С. В. История психологии в 2 ч. Часть 1: учебное пособие для академического бакалавриата / С. В. Сарычев, И. Н. Логвинов. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2019 г. С.279

### Нормативные акты

6. О психологической помощи населению в Российской Федерации: проект Федер. закон N 553338-6. URL: <http://www.asozd2.duma.gov.ru>
7. Федеральный закон от 02.07.1992 года N3185-1 РФ «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании».

8. Постановление Правительства Российской Федерации от 22.01.2007, №30 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности»
9. Приказ Минздрава России от 16.09.2003 г. № 438 «О психотерапевтической помощи»
10. ГОСТ Р. 52495-2005 "Социальное обслуживание населения. Термины и определения" (утв. Приказом Росстандарта от 30.12.2005 N 532-ст).

#### Электронные материалы

11. Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения. Статья «Психические расстройства». Опубликовано 08.06.2022- Электронный ресурс - Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> (дата обращения (12.01.2023год))
12. Официальный сайт Новости в России и мире - ТАСС. Статья «В Минздраве рассказали, сколько в РФ зарегистрировано людей с психическими расстройствами». Опубликовано 15.05.2021- Электронный ресурс - Режим доступа: <https://tass.ru/obschestvo/11380019> (дата обращения (12.01.2023год))
13. Официальный сайт Новости в России и мире - ТАСС. Статья «Эксперт считает, что в России сложился значительный дефицит психотерапевтов и психиатров». Опубликовано 15.05.2021- Электронный ресурс - Режим доступа: <https://tass.ru/obschestvo/11380613> (дата обращения (12.01.2023год))
14. Официальный сайт. Статья [www.gazeta.ru](http://www.gazeta.ru) «Посчитали шуткой. Почему в России бояться лечить душевные болезни». Опубликовано 08.06.2022- Электронный ресурс - Режим доступа: <https://www.gazeta.ru/social/2020/08/14/13194361.shtml> (19.01.2023год)
15. Официальный сайт. Статья [www.RG.ru](http://www.RG.ru) «Впервые психологи начнут принимать пациентов в поликлиниках». Опубликовано 04.12.2022- Электронный ресурс - Режим доступа: <https://rg.ru/2022/12/04/k-vrachu-idti-ne-strashno.html> (19.01.2023год)
16. Официальный сайт. Compass, B. & Gotlib, I. (2002). Статья Introduction to Clinical Psychology. New York, NY :McGrawHill. Электронный ресурс - Режим доступа [ISBN 0-07-012491-4](https://doi.org/10.1002/9781118134444.ch01). (англ.).

## ПОДГОТОВКА КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ В УСЛОВИЯХ РЕАЛИЗАЦИИ МУЛЬТИ-ПАРАДИГМАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Васильева И.В., Андреева О.С.

ТюмГУ, Тюмень, Россия

[i.v.vasileva@utmn.ru](mailto:i.v.vasileva@utmn.ru)

[o.s.andreeva@utmn.ru](mailto:o.s.andreeva@utmn.ru)

**Ключевые слова:** клиническая психология, обучение, вуз, мульти-парадигмальное образование.

## CLINICAL PSYCHOLOGIST'S PREPARATION AND MULTI-PARADIGMAL EDUCATION

Vasileva I.V., Andreeva O.S.

TyumSU, Tyumen, Russia

[i.v.vasileva@utmn.ru](mailto:i.v.vasileva@utmn.ru)

[o.s.andreeva@utmn.ru](mailto:o.s.andreeva@utmn.ru)

**Keywords:** clinical psychology, education, university, multi-paradigm education.

**Постановка проблемы и актуальность.** Значительные изменения в социальной, экономической и политической ситуации в стране поставили перед системой образования острые вопросы о выборе модели подготовки специалистов в самых разных областях.

Пандемия по новой коронавирусной инфекции повлияла не только на соматическое здоровье людей, но и на их психическое здоровье и психологическое благополучие [2]. Большое количество людей вынуждены до сих пор справляться с последствиями COVID-19. Исследования показывают, что для восстановления полноценного функционирования пострадавшим необходима комплексная помощь: и медицинских работников, и психологов, которые понимают специфику трудностей, которые испытывает человек [4].

Изменение политической ситуации, проведение специальной военной операции, частичной мобилизации ставит перед профессиональным психологическим сообществом задачи оказания психологической помощи не только узким группам (сотрудникам силовых структур, участникам боевых действий), а широким массам населения (родственникам мобилизованных; людям, эвакуированным из пострадавших населенных пунктов; людям, которые не могут справиться с потоком тревожащих новостей).

Активное обсуждение в профессиональной среде проекта федерального закона «О психологической помощи» привело к подъему интереса к обсуждаемой проблеме не только в профессиональной среде, но и на государственном уровне. В рамках II Конгресса молодых ученых 01 декабря 2022 года Президент РФ В.В. Путин поддержал необходимость развития психологических служб в стране.

В связи со всем перечисленным особую актуальность приобретает подготовка медицинских и клинических психологов, которые способны оказывать квалифицированную психологическую помощь людям в условиях экстремальных социальных в том числе именно с кризисными и экстремальными ситуациями [3]. Для их подготовки очевидна недостаточность четырехлетнего образования уровня бакалавриата. Согласно проекту Закона о психологической помощи, обсуждение которого активно ведется и во властных структурах, и в психологическом сообществе, для оказания такого рода психологической помощи психолог должен иметь уровень образования не ниже специалитета.

Кроме того, все большее распространение приобретает негативная практика недобросовестной профессиональной переподготовки. На основе любого высшего образования годовые курсы психологической подготовки (в том числе онлайн, часто в асинхронном формате, где студенты просто слушают лекции и сдают тесты) дают право на осуществление психологической деятельности. Это увеличивает количество специалистов

низкой квалификации, учащаются случаи нарушения профессиональной психологической этики [1].

Все это создает необходимость возвращения специалитета для подготовки психологов, поскольку это позволит обеспечить качество получаемой ими профессиональной квалификации. Однако современные условия задают новые требования к образовательной модели специалитета.

**Анализ актуальных образовательных условий.** В Тюменской области подготовку по направлению «Психология» 37.03.01. осуществляет Тюменский государственный университет. На базе кафедры общей и социальной психологии осуществляется подготовка на уровнях бакалавриата и магистратуры. На уровень магистратуры часто поступают студенты, не имеющие образования бакалавра по психологии.

В настоящее время Тюменский государственный университет работает по экспериментальной образовательной модели. Происходит переход от модели «индивидуальные образовательные траектории» (ИОТ) к мультипарадигмальному образованию (модель «2+2+2»). ТюмГУ видит свою миссию в «создании национальной экспериментально-образовательной сети центров по разработке, прототипированию и апробации оригинальных образовательных моделей, технологий и дизайнерских решений, соответствующих разным парадигмам высшего образования (свободное образование, проблемно-ориентированное обучение, целевая подготовка специалистов и т.д.), для подготовки профессионалов, способных продуктивно действовать в условиях изменяющегося рынка труда».

В настоящее время первый курс учится в рамках модели «мультипарадигмальное образование», остальные обучаются по модели ИОТ. В мультипарадигмальной модели все студенты первого и второго курсов обучаются в едином образовательном пространстве; профессионализация может начинаться со второго семестра за счет пререквизитов – дисциплин профессионального цикла, которые должен пройти студент, желающий на третьем курсе продолжить образование по выбранному направлению. Третий и четвертый курсы включают только дисциплины профессионального цикла.

При этом нормативный срок подготовки специалистов по специальности «Клиническая психология», согласно ФГОС ВО (Приказ Министерства образования и науки РФ от 12 сентября 2016 г. N 1181), составляет 5,5 лет.

**Обоснование подходов к решению проблемы.** Таким образом, для подготовки специалистов по клинической психологии необходимо решить несколько организационных и содержательных задач:

1. Создать концепцию специализации «Клиническая психология» на основе мультипарадигмального образования - модель «2+2+1,5».
2. Соотнести требования ФГОС ВО по специальности 37.05.01 «Клиническая психология» и актуальные условия обучения студентов в Тюменском государственном университете.
3. Вписать первые курсы обучения студентов специалитета по клинической психологии в единое образовательное пространство ТюмГУ.
4. Найти образовательных партнеров и базы практики для реализации клинического аспекта обучения.

На наш взгляд, все эти задачи проектирования образовательной программы вполне могут быть решены. Образовательная модель «2+2» может быть дополнена как «2+2+1,5», что позволит сохранить единое образовательное пространство. В качестве партнера образовательной программы может выступить Тюменский государственный медицинский университет, с которым имеются давние традиции сотрудничества.

**Заключение.** Таким образом возвращение специалитета для подготовки психологов, позволяющее обеспечить качество получаемой ими профессиональной квалификации для работы в экстремальных социальных ситуациях, позволит университету успешно осуществлять «третью миссию», влиять на социальную жизнь г. Тюмени и региона в целом.

#### **Литература**

1. Березин М.А. Кризисные явления в подготовке и деятельности клинических и медицинских психологов: что дальше? // Медицинская (клиническая) психология: традиции и перспективы (К 85-летию Юрия Федоровича Полякова). М.: изд-во МГППУ; НЦПЗ РАМН, 2013. С.273-291
2. Васильева И.В., Чумаков М.В., Чумакова Д.М., Булатова О.В. Субъективное благополучие студентов психолого-педагогических направлений в период эпидемии COVID-19. Образование и наука. 2021. №10. С. 129–154.
3. Зверева Н.В., Ениколопов С.Н. Юрий Федорович Поляков: человек, ученый, организатор науки и образования // Медицинская (клиническая) психология: традиции и перспективы (К 85-летию Юрия Федоровича Полякова). М.: изд-во МГППУ; НЦПЗ РАМН, 2013. С.37-48
4. Шепелева И.И., Чернышева А.А., Кирьянова Е.М., Сальникова Л.И., Гурина О.И. Covid-19: поражение нервной системы и психолого-психиатрические осложнения // Социальная и клиническая психиатрия. 2020. №4. С.76-82.

### **ОБЩЕПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА СТУДЕНТОВ В ГРОДНЕНСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ**

Воронко Е.В.

ГГМУ, Гродно, Беларусь

[psiholped@gmail.com](mailto:psiholped@gmail.com)

**Ключевые слова:** общепсихологическая подготовка, студенты, медико-психологический

факультет, кафедра психологии и педагогики.

## GENERAL PSYCHOLOGICAL TRAINING OF STUDENTS AT GRODNO STATE MEDICAL UNIVERSITY

Voronko E.V.

GSMU, Grodno, Belarus

[psychoholped@gmail.com](mailto:psychoholped@gmail.com)

**Keywords:** general psychological training, students, faculty of mental health medicine, department of psychology and pedagogy.

Успешное решение многих профессиональных и социальных задач, организация сотрудничества и общения в системе «врач-пациент», личностно-профессиональный рост обеспечивается уже на этапе профессионализации получением общепсихологических знаний в подготовке врачей разных специальностей. В Республике Беларусь при подготовке студентов лечебного, педиатрического и медико-диагностического профилей получение общепсихологических знаний обеспечивается включением в образовательный стандарт и учебные планы учебных дисциплин «Личностно-профессиональное развитие специалиста» и «Профессиональная коммуникация в медицине».

«Личностно-профессиональное развитие специалиста» – учебная дисциплина, содержащая систематизированные научные знания о человеке как личности, профессионале, семьянине, личностном росте и самосовершенствовании. В содержание включены вопросы развития образования в современных условиях, особенности развития творческого потенциала личности, воспитания (самовоспитания), социальной коммуникации и управления, эффективных моделей и технологий познания и образования, самообразования и акмеологического роста. Цель учебной дисциплины «Личностно-профессиональное развитие специалиста» – формирование универсальной компетенции для продуктивного личностного взаимодействия в профессиональной деятельности, семье и других областях социальной практики.

«Профессиональная коммуникация в медицине» – учебная дисциплина, содержащая систематизированные научные знания о коммуникативном процессе в здравоохранении и психологических детерминантах коммуникативной компетентности врача. Задачи учебной дисциплины «Профессиональная коммуникация в медицине» состоят в формировании у студентов научных знаний о целях и видах коммуникации, организации коммуникативного процесса в системе здравоохранения, принципах бесконфликтного взаимодействия врача с

пациентами, родственниками пациентов и коллегами; умений и навыков, необходимых для эффективного коммуникативного взаимодействия при оказании медицинской помощи населению и формирования у пациентов ответственного отношения к собственному здоровью и здоровью окружающих.

Освоение таких учебных дисциплин студентами позволит решать стандартные задачи профессиональной деятельности на основе применения информационно-коммуникационных технологий; быть способным к саморазвитию и самосовершенствованию в профессиональной деятельности; проявлять инициативу и адаптироваться к изменениям в профессиональной деятельности; использовать психолого-педагогические знания о целях и видах коммуникаций, организации коммуникативного процесса в здравоохранении, применять методы эффективной коммуникации при разрешении конфликтных ситуаций в медицине.

Подготовка медицинских кадров системы здравоохранения в области психиатрии, психотерапии и наркологии в Республике Беларусь осуществляется на медико-психологическом факультете в Гродненском государственном медицинском университете. В состав факультета входят как клинические кафедры, на которых студенты приобретают специальные знания и умения, так и теоретические кафедры, на которых формируется базовая культура личности и профессионала. Общепсихологическая подготовка будущих специалистов в сфере охраны психического здоровья осуществляется на кафедре психологии и педагогики, созданной на базе курса общей психологии кафедры психиатрии в 2008 году. С 1993 года, года открытия медико-психологического факультета, сотрудники курса общей психологии, а теперь и кафедры психологии и педагогики, стали разрабатывать программы психологических дисциплин.

Начинается процесс подготовки студентов с 1 курса освоением учебной дисциплины «Общая психология», раскрывающей основные психологические закономерности поведения человека и психических явлений, позволяющей сформировать систему знаний о структуре, функциях, свойствах познавательной, эмоционально-волевой, потребностно-мотивационной сфер психики человека и регуляции, в соответствии с ними, его деятельности для понимания закономерностей функционирования психики у психически здорового человека. «Общая психология» служит фундаментом не только для всех специальных дисциплин, изучаемых на кафедре психологии и педагогики (психология личности, социальная и возрастная психология, психология индивидуальных различий, общая психодиагностика, история психологии), но и на клинических кафедрах (общая медицинская психология, клиническая психология, клиническая психодиагностика, сексология и сексопатология, общая психопатология, психиатрия и наркология, неврология и нейропсихология).

На 2 курсе преподаются две психологические дисциплины: возрастная психология и

психология личности. «Возрастная психология» – учебная дисциплина, содержащая систематизированные научные знания о закономерностях и динамике психического развития человека на протяжении жизни. В результате изучения студент должен знать основные механизмы, закономерности и теоретические концепции, объясняющие особенности психического развития человека, особенности психического развития людей разных возрастных групп; уметь определять уровень и особенности психического развития, использовать различные теоретические и методологические подходы при решении проблем, связанных с психическим развитием в разные возрастные периоды; конструктивно взаимодействовать с представителями различных возрастных групп. «Психология личности» как учебная дисциплина содержит традиционные и современные теоретические направления в изучении категории «личность»: психодинамические, бихевиоральные, когнитивные, диспозициональные, гуманистические, экзистенциальные, а также концепции психологии личности в отечественной психологии. Студент, освоивший содержание учебного материала учебной дисциплины, должен знать основные категории, понятия психологии личности и психологических теорий личности; структуру личности, закономерности становления и развития личности, основные положения о потребностно-мотивационной сфере личности; уметь сравнивать различные психологические направления в изучении категории «личность» и использовать в практической работе положения различных теорий личности.

На 3 курсе изучение психологических дисциплин продолжается изучением социальной психологии, психологии индивидуальных различий и психологии семейных отношений. «Психология индивидуальных различий» способствует формированию у студентов представлений о групповых, типологических и индивидуальных различиях между людьми, изучению детерминант и диапазона вариативности психологических особенностей человека. Изучение «Социальной психологии» помогает сформировать представления о механизмах и закономерностях общения и взаимодействия, условиях формирования личности в социальной среде, особенностях социального поведения, социально-психологических особенностях групп. Знания об основных социально-психологических феноменах позволят анализировать социальное поведение людей, осуществлять эффективную коммуникацию и использовать закономерности общения в повседневной и профессиональной коммуникации. «Психология семейных отношений» позволяет сформировать умения и навыки для решения прикладных задач по оказанию психологической консультативной помощи супружеским парам, оптимизации детско-родительских отношений, повышению коммуникативной и личностной компетентности в семейных взаимоотношениях.

4 курс обучения на медико-психологическом факультете включает освоение учебной дисциплины «Общая психодиагностика» и написание курсовой работы по этой дисциплине.

Изучение особенностей использования методов психологической диагностики, правил и принципов проведения и организации психодиагностического процесса, вопросов подготовки психологического заключения и постановки психологического диагноза позволит специалистам медико-психологического профиля правильно организовывать психодиагностический процесс и эффективно использовать различные психодиагностические методы в практике, что в существенной степени повысит качество их профессиональной деятельности. Курсовая работа носит творческий исследовательский характер и направлена на приобретение и развитие практических умений и навыков по дисциплине «Общая психодиагностика»: навыки самостоятельной учебной и научно-исследовательской работы; умение логически строить и последовательно излагать материал по теме, формулировать суждения и убедительные выводы и публично их защищать).

«История психологии», преподаваемая на 6 курсе, способствует формированию у студентов интегрированной картины научных представлений о возникновении и динамике развития психологических знаний в мировой истории, умений анализа психологического научного наследия и его использования для решения психологических проблем.

Подготовка будущего врача-психотерапевта, психиатра, нарколога предполагает формирование определенных профессиональных компетенций, включающих знания и умения в области выявления психологических и психосоциальных факторов риска развития психических расстройств; профилактики развития психических и поведенческих расстройств; психодиагностической оценки психологических особенностей пациентов; психокоррекции психологических проблем пациентов. При преподавании общепсихологических учебных дисциплин на кафедре психологии и педагогики используются различные методы и формы работы, направленные на понимание студентами междисциплинарных связей и возможностей использования психологических знаний, умений и навыков в конкретных профессиональных ситуациях, что способствует существенному повышению качества лечения пациентов и организации взаимодействия.

## **РОЛЬ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА В ЭПОХУ ЦЕННОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Зуенкова Ю.А.

ФГАОУ ВО РУДН, Москва, Россия

[zuenkova@bk.ru](mailto:zuenkova@bk.ru)

**Ключевые слова:** ценностно-ориентированное здравоохранение,

пациентоориентированность, клиническая психология, совместное принятие решения, коучинг, коммуникация «врач-пациента».

## THE ROLE OF A CLINICAL PSYCHOLOGIST IN THE ERA OF VALUE-ORIENTED HEALTHCARE

Zuenkova Yu. A.

FSAEI HE RUDN, Moscow, Russia

[zuenkova@bk.ru](mailto:zuenkova@bk.ru)

**Keywords:** value-based healthcare, shared decision making, decision coaching, decision support techniques, doctor-patient communication, patient orientation.

**Введение.** Современное здравоохранение характеризует тренд на ценностно-ориентированный подход [1]. Идея ценностно-ориентированного подхода в здравоохранении была предложена М. Porter в 2004 г. в качестве средства повышения качества медицинской помощи [2]. Основная идея данной концепции - оплата медицинской помощи за фактический результат лечения пациента, учет не только клинических, но и «пациентских» показателей исхода. При этом понятие «ценность» рассматривается не только с позиции гуманистического подхода, но предполагает ее многомерное измерение. Внедрение ценностно-ориентированного подхода включает, но не ограничивается:

- оценкой исходов оказания медицинской помощи на уровне каждого конкретного пациента, в том числе значимых для пациентов результатов лечения;
- реализацией системы рейтингования на всех уровнях системы здравоохранения;
- трансформацией системы финансового возмещения медицинской помощи за достигнутый результат лечения;
- внедрение интегрированного междисциплинарного подхода.

За рубежом при реализации концепции ценностно-ориентированного подхода значительную роль играют медицинские психологи, тогда как в России данный подход только начинает использоваться, а место и роль клинических психологов до конца не определены.

Сегодня клиническая психология довольно прочно заняла место в системе здравоохранения [3] и доказала свою эффективность в диагностических, лечебных, экспертных и реабилитационных мероприятиях. В то же время, хотя квалификационные характеристики специалиста «медицинского психолога» определены [4], содержание профессиональной деятельности медицинского психолога не вполне отвечает актуальным требованиям современного здравоохранения, а роль клинической психологии в развитии

российских проектов ценностно-ориентированного здравоохранения ранее не была описана.

**Цели и задачи** -установить роль медицинского психолога в эпоху ценностно-ориентированного здравоохранения и обозначить направления прикладных мультидисциплинарных исследований.

**Материал и методы** исследования включали исторический метод исследования, анализ зарубежных стандартов и протоколов с сайтов научных профессиональных сообществ и органов здравоохранения, контент-анализ литературы в базах данных PubMed. На основе синтеза информации, зарубежных практик реализации образовательных программ коучинга, были идентифицированы области участие медицинского психолога в реализации концепции. При анализе использовался проект профессионального стандарта «медицинский психолог».

**Результаты.** Внедрение ценностно-ориентированного подхода подразумевает использования ряда управленческих инструментов и техник – учета ценностей пациентов, совместного принятия решения о лечении, совершенствование работы мультидисциплинарных клинических команд, определение и корректировки лечения с учетом пациентских показателей исходов.

*Изучение ценностей пациентов* позволяет совершенствовать коммуникацию «врач-пациент», которая играет важную роль в развитии приверженности пациентов лечению, диагностике, диспансерному наблюдению. В исследовании был разработан пациентоориентированный алгоритм работы на основе системы ценностей пациентов. За основу исследования системы ценностей данных групп пациентов была взята модель ценностных ориентаций Милтона Рокича [5], которая была адаптирована под задачи исследования. Изучение ценностей и потребностей пациентов позволяет улучшить показатели «опыта пациента» [6]. Очевидно, что разные пациенты могут иметь разные ценностные приоритеты и ориентиры. Например, пациент может делать выбор своими «чувствами», выбирая заболевание или ухудшение самочувствия вместо отказа от курения.

Ценности могут меняться у одного и того же пациента под влиянием факторов собственного заболевания, факторов окружающей среды или в результате воздействия средств массовой информации. В некоторых обстоятельствах специфические меры благополучия более достоверны, чем общие показатели [6]. Например, тревога по поводу потребляемой пищи для пациента с сахарным диабетом более оправдана, чем у здорового индивида.

Одним из обязательных условий реализации концепции ценностно-ориентированного подхода является учет мнения пациентов при выборе метода лечения, а соответствующая управленческая технология получила название «совместное принятие решения о лечении» - shared decision-making (ShDM) [7]. Совместное с пациентом принятие решения о лечении рассматривается как один из критериев качества оказания медицинской помощи во многих

странах Европы и США. Совместное принятие решений в медицине — это процесс, в котором и пациент, и врач вносят равносильный вклад в процесс принятия медицинских решений и согласовывают решения о лечении [8]. Зарубежная практика реализации совместного принятия решения о лечении подразумевает предварительный коучинг пациента медицинским психологом.

*Коучинг по принятию решений о лечении* – это не директивная поддержка, оказываемая квалифицированным медицинским работником, чтобы помочь пациентам подготовиться к активному участию в обсуждении методов лечения с лечащим врачом [9]. Цель данного подхода состоит в том, чтобы помочь пациентам и их родственникам принимать обоснованные и соответствующие их ценностям решения, основанные на доказательной медицине. Коуч позволяет разгрузить лечащего врача, беря на себя вопросы подготовки пациента к принятию клинического решения. Клинико-психологическая помощь в составе мультидисциплинарной бригады специалистов. Кроме того, экспертиза медицинского психолога может быть востребована при разработке средств поддержки принятия пациентских решений (СПППР). СПППР — это научно обоснованные ресурсы, помогающие пациентам в процессе принятия ими решений относительно своего здоровья и лечения [10]. Они предназначены для использования в качестве дополнения при обсуждении с пациентом вариантов лечения.

*Валидизация перевода и разработка новых PROM-опросников.*

Измерение результатов – отправная точка создания ценности. В качестве подходов к измерению результатов при ценностно-ориентированном подходе учитываются также пациентские показатели исхода [7]. Исходы, сообщаемые пациентами (PROMs – patient relevant outcome measures) — исследования, затрагивающие различные аспекты здоровья пациента и влияние болезни и ее лечения на стиль жизни пациента и, в итоге, на качество жизни. Они представляют собой анкеты, самостоятельно заполняемые опрашиваемыми или иными лицами относительно их самих [7]. Данные оценки представляют собой валидизированные опросные листы, которые охватывают все главные особенности того, чем пациенты обеспокоены. Основным препятствием для измерения PROMs в России в настоящий момент является отсутствие валидизированных переводов многих PROM-опросников [7]. А по некоторым заболеваниям, в частности орфанным, подобные опросники отсутствуют совсем. Роль медицинского психолога важна при валидации и разработке новых опросников, их адаптации в случае необходимости.

**Заключение.** Таким образом, переход отечественного здравоохранения на ценностно-ориентированный подход обозначает важную роль медицинского психолога в системе оказания медицинской помощи:

1. Клинико-психологическая помощь в составе мультидисциплинарной бригады для подготовки пациента к совместному с врачом обсуждению вариантов лечения;
2. Проведение клинико-психологического обследования познавательных функций, эмоционально-личностной сферы, психологического, социального и семейного функционирования при определении ценностей пациента;
3. Разработка, назначение и проведение психообразовательных мероприятий в формате коучинга;
4. Разработка информационных материалов (СПППР), раскрывающих специфику познавательных функций, эмоционально-личностной сферы, психологического, социального и семейного функционирования.

### Литература

1. European Commission, Defining value in “value-based healthcare”. Opinion by the expert panel on effective ways of investing in health. July, 19, 2019
2. Porter M.E., Teisberg E.O. Redefining competition in health care. Harvard Business Review. 2004; 82(6): 64-136.
3. Приказ МЗ РФ от 25 октября 2012 года N 444 О главных внештатных специалистах Министерства здравоохранения Российской Федерации (с изменениями на 5 сентября 2022 года).
4. Приказ МЗ от 23 июля 2010г. №541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих».
5. Рокич М. Природа человеческих ценностей М Рокич М., 2005 с.56.
6. Зуенкова Ю.А., Кича Д.И., Абрамов А.Ю., Буйнова Ю.Г., Клисова Л.М. Пациенториентированный алгоритм работы рентгенотерапевтического кабинета онкологического диспансера// Медицинская радиология и радиационная безопасность.2021. Т. 66. № 5. С.45-49.
7. EIT Health, Implementing Value-Based Health Care in Europe: Handbook for Pioneers (Director: Gregory Katz), 2020.
8. Légaré F., Witteman H.O. Shared decision making: examining key elements and barriers to adoption into routine clinical practice // Health Affairs. 2013. 32 (2): 276–284.
9. Zhao J., Jull J., FINDERUP J., Smith M., Kienlin S.M., Rahn A.C., Dunn S., Aoki Y., Brown L., Harvey G., Stacey D. Understanding how and under what circumstances decision coaching works for people making healthcare decisions: a realist review. BMC Med Inform Decis Mak. 2022. Oct 8;22(1):265.
10. Volk R.J., Llewellyn-Thomas H., Stacey D., et al. Ten years of the International Patient Decision Aid Standards Collaboration: evolution of the core dimensions for assessing the quality of patient decision aids // BMC Med Inform Decis Making. 2013. 13:1–7.

## ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКЕ У СТУДЕНТОВ- ПСИХОЛОГОВ ПЕРВОГО КУРСА

Новикова Т.О., Потапова Е.А.

ФГБОУ ВО СПбГПМУ, Санкт-Петербург, Россия

[tatiana.o.novikova@gmail.com](mailto:tatiana.o.novikova@gmail.com)

**Ключевые слова:** профессиональная этика, мотивы выбора профессии, представления о профессии.

## REPRESENTATIONS OF PROFESSIONAL ETHICS IN FIRST-YEAR PSYCHOLOGY STUDENTS

Novikova T.O., Potapova E.A.

FSBI HE SPbSPMU, St. Petersburg, Russia

[tatiana.o.novikova@gmail.com](mailto:tatiana.o.novikova@gmail.com)

**Keywords:** professional ethics, motives for choosing a profession, representations of profession

**Введение.** В фокусе внимания данного исследования профессионально-этические представления студентов-психологов, понимаемые как система отражения в индивидуальном сознании идеалов, норм, ценностей, относящихся к профессии, а также конструирование модели отношений с людьми при выполнении профессиональной деятельности [6]. Структура индивидуально-личностного профессионального сознания включает отражение внешних предписаний (универсальных ценностей культуры, правовых норм, социальных ожиданий и оценок и т.п.) и их внутреннее преломление через осознание субъектности и объектности в реализации профессионально-этических норм и модальности их проявления [5]. Внутреннее содержание профессионально-этического сознания рассматривается в контексте следующих компонентов: индивидуально-личностные характеристики, мировоззренческие установки личности относительно профессиональной этики и субъективный уровень морального измерения профессии. Индивидуально-личностный компонент профессионально-этического сознания рассматривается через чувствительность к человеку, под которой понимается способность выделять Другого как значимого субъекта взаимодействия [4]. Включение в учет перспективы Другого важно, т.к. позволяет вносить изменения в принимаемые человеком при взаимодействии роли [3]. Для психолога это означает профессиональную гибкость, умение понять позицию клиента и выбрать стратегию собственного действия с учетом этого понимания. Мировоззренческие установки личности включают в себя интериоризированные субъектом знания о профессиональной этике, а также об общеэтических ценностях и нормах культуры. Еще одним элементом профессионально-этического сознания выступает осмысление человеком профессионального выбора как морального выбора. Рецепция морального измерения профессии означает не только осмысление выбора определенной сферы деятельности, но «самоопределения человека к определенной профессии с характерной для нее нормативно-ценностной системой» [2, с. 191].

**Цель** настоящего исследования состоит в изучении профессионально-этических представлений у студентов-психологов 1 курса во взаимосвязи с осознанностью профессионального выбора, конструктивной мотивацией к учебе и выраженной

чувствительностью к другим людям.

**Материалы и методы.** Эмпирическое исследование проводилось в ноябре – декабре 2022 года на базе ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава РФ. Выборка формировалась методом доступных случаев среди студентов 1 курса специальности «Клиническая психология». Исследование проходило в формате онлайн. Этические гарантии исследования обеспечивались предоставлением участникам перед исследованием информации о ключевых этических принципах проекта, а также о мерах соблюдения анонимности и конфиденциальности участия. В исследовании участвовало 79 человек (респондентов женского пола  $n=67$ , мужского –  $n=12$ ). Возраст участников составил от 17 до 24 лет ( $M=18,41$ ,  $SD=1,1$ ). Для оценки демографических характеристик, изучения специфики профессионального выбора использовалась авторская анкета. Психодиагностические методы: «Мотивация обучения в вузе» Т. И. Ильиной, «Тест-опросник для определения уровня профессиональной направленности студентов» Т.Д. Дубовицкой, «Профессионально-этические представления» А.М. Шевелевой, «Опросник по выявлению уровня выраженности чувствительности к человеку» А.Г. Маралова и Т.П. Мараловой. Математический анализ проводился с помощью программы SPSS 23.0.

**Результаты и их обсуждение.** Отвечая на вопросы анкеты о выборе профессии и учебного заведения значительная часть студентов (74,7%  $n=59$ ) отмечает, что определились с выбором профессии в старшей школе, 15,2% ( $n=12$ ) – сразу после окончания школы. В 81% случаев ( $n=64$ ) респонденты говорят, что это их самостоятельный выбор. О конструктивности профессиональной мотивации свидетельствуют результаты, полученные с помощью методики «Мотивация обучения в вузе»: доминирующими мотивами выступают «Приобретение знаний» ( $M=7,94$ ,  $SD=2,76$ ) и «Овладение профессией» ( $M=6,61$ ,  $SD=1,62$ ). Респонденты стремятся к приобретению знаний, им важно сформировать профессионально значимые качества и овладеть профессиональными компетенциями. О высоком уровне профессиональной направленности большинства опрошенных студентов (94,9%  $n=75$ ) свидетельствуют результаты, полученные с помощью методики Т.Д. Дубовицкой. Кроме того, в анкетах 91,1% ( $n=75$ ) респондентов отвечали, что в будущем они планируют работать клиническими психологами, и 72,1% ( $n=57$ ) уже сейчас предполагают область собственных интересов в специальности.

На основе анализа корреляционных взаимосвязей можно сделать заключение о связи содержания этических представлений в русле должного, эталонного образца (шкала «Должное») с уровнем профессиональной направленности ( $r_p=222$ ,  $p=0,049$ ) и мотивом «Приобретение знаний» ( $r_p=249$ ,  $p=0,028$ ). Также уровень профессиональной направленности связан с развитостью представлений о правовых нормах безотносительно профессии ( $r_p=256$ ,

$p=0,023$ ), а мотив «Приобретение знаний» – со степенью интериоризации универсальных ценностей и норм культуры ( $r_p=0,267$ ,  $p=0,017$ ). Для большинства студентов (98,7%  $n=78$ ) характерен высокий (44,3%  $n=35$ ) или очень высокий (54,4%  $n=43$ ) уровень специфической чувствительности к другим людям. При внутригрупповом анализе компонентов чувствительности установлена статистическая разница ( $F=43,13$ ,  $df=3$ ,  $p=0,000$ ). Структурообразующими компонентами оказываются «Эмпатия» ( $M=3,94$   $SD=1,18$ ) и «Помощь» ( $M=4,16$   $SD=0,94$ ). В модели А.Г. Маралова и Л.В. Романюк [4] эмпатия определяется как умение «быть с другим человеком», реализующееся в форме сочувствия, сопереживания и содействия. На уровне содействия эмпатия тесно связана с «Помощью», понимаемой как ее деятельностный компонент. Эмоционально сочувствуя другому человеку, студенты будут предпринимать действия «с целью “возвращения” объекта помощи в исходное состояние или состояние лучшее, чем исходное» [4, с. 184]. Статистически менее выражены в структуре чувствительности к другому «Интерес» и «Понимание», которые подразумевают учет перспективы. Другого в процессе взаимодействия. Поскольку фокус оценки реализации этических предписаний имеет эгоцентрическую ориентацию, а функция профессиональной этики в понимании студентов направлена на действие в пользу интересов самих респондентов ( $W z=-3,47$ ,  $p=0,001$ ;  $F=34,26$   $df=3$ ,  $p=0,000$ ), то можно предполагать, что респонденты в большей степени руководствуются эгоцентрическими, нежели альтероцентрическими мотивами оказания помощи. Корреляционный анализ взаимосвязей позволяет сделать вывод, что «Помощь» оказывается взаимосвязана с «Должным» в содержании профессионально-этических представлений ( $r_p=0,316$ ,  $p=0,005$ ). Развитость деятельностного компонента эмпатии у респондентов связана с ориентацией их собственного профессионального поведения на эталонные образцы. Высокая выраженность психологической проницательности, понимания особенностей другого, а также причин их обуславливающих, связана с выстраиванием респондентами индивидуальных этических представлений на основе конкретных должностных инструкций и ориентацией на функциональные обязанности в конкретной профессиональной позиции ( $r_p=0,260$ ,  $p=0,021$ ). Обнаружены различия в структуре корреляционных взаимосвязей у студентов с высоким и очень высоким уровнем выраженности чувствительности к другому. У студентов с высоким уровнем чувствительности эмоциональное сочувствие и сопереживание другому взаимосвязано с личностной субъектностью в реализации профессионально этических норм ( $r_p=0,426$ ,  $p=0,011$ ), в то время как у студентов с очень высоким уровнем чувствительности развитая эмпатия коррелирует с невыраженностью полагания на универсальные законы и нормы ( $r_p=-0,316$ ,  $p=0,039$ ) и общечеловеческие этические ценности ( $r_p=-0,361$ ,  $p=0,017$ ). У студентов с высоким уровнем чувствительности общая сензитивность связана с выраженностью

эгоцентричности в отношении направленности реализации этических норм ( $r_p=0,358$ ,  $p=0,035$ ), преимуществом рестриктивного содержания профессионально-этических представлений ( $r_p=0,374$ ,  $p=0,027$ ) и с ориентацией на универсальные культурные ценности ( $r_p=0,393$ ,  $p=0,019$ ).

Для студентов характерен удовлетворительный уровень развития профессионально-этических представлений. При решении этических дилемм в профессии им будет свойственно давать эмоциональную оценку, при этом моральная оценка будет носить неустойчивый характер. Содержание представлений о профессиональной этике у студентов выстраивается на основе знаний о запретах (Шкала «Должное»  $M=40,81$   $SD=5,11$ ; Шкала «Недопустимое»  $M=43,38$   $SD=5,2$ ;  $W z=-4,24$ ,  $p=0,000$ ). Образ профессиональной морали как рестрикции сводит мораль к регуляции поведения. При таком понимании профессионал вынужден ограничивать и контролировать себя в проявлении собственных потребностей и побуждений [1]. В большей степени ( $F=75,92$ ,  $df=3$ ,  $p=0,000$ ) индивидуальные этические представления у студентов основаны на наличии персонифицированного образца (Шкала «Личный пример»  $M=18,51$   $SD=3,66$ ). При этом только 39,2% студентов ( $n=31$ ) указали, что у них есть образец для подражания среди представителей профессии. В качестве такого образца студенты чаще упоминали преподавателей. Только 25 студентов (31,6%) отметили наличие в собственном окружении психологов. Рестриктивное содержание профессионально-этических представлений и отсутствие идеалов у студентов основаны на фиксации в сознании недопустимых для профессионала качеств и форм поведения и выстраивании альтернативной модели действия. Эту гипотезу подтверждает и выраженность шкалы «Должностные инструкции» из блока «Источник» (Шкала «Должностные инструкции»  $M=17,58$   $SD=2,98$ ). В меньшей степени профессионально-этические представления студентов опираются на интериоризированные в личном опыте универсальные ценности и нормы культуры (Шкала «Универсальные ценности и культура» ( $M=14,23$   $SD=3,06$ )).

**Заключение.** Таким образом, у студентов-психологов 1 курса профессионально-этические представления развиты удовлетворительно и основываются на запретах и ограничениях. Гипотезу о связи профессионально-этических представлений с профессиональной мотивацией и направленностью удалось подтвердить лишь отчасти. Для студентов-психологов характерен высокий уровень чувствительности к другим. Основу чувствительности составляет развитое чувство эмпатии и готовность помогать Другому. Для респондентов с высоким уровнем чувствительности при эмоциональном контакте свойственно опираться на профессиональную субъектность, что, по сути, обеспечивает гибкость при взаимодействии с клиентом. Тогда как для респондентов с очень высоким уровнем чувствительности характерна более жесткая структура, при которой развитая эмпатия коррелирует с невыраженностью полагания на

универсальные этические законы, что может нести риски в рамках профессионального взаимодействия.

Поскольку студенты первого курса не включены в профессиональную деятельность, профессионально-этические представления формируются у них пассивно через обобщение имеющегося опыта решения этических дилемм и тех знаний, которые они получают в процессе обучения. При этом значительную роль в становлении профессионально-этических представлений играют «эталонные образцы», которыми выступают преподаватели и те специалисты, с которыми студенты взаимодействуют в рамках учебного процесса.

### Литература

1. Апресян Р.Г. Идея морали и базовые нормативно-этические программы. М., 1995.
2. Бакштановский В.И., Согомонов Ю.В. Этика профессии: миссия, кодекс, поступок. Тюмень: НИИ прикладной этики ТюмГНГУ, 2005.
3. Гофман И. Представление себя другим в повседневной жизни. М.: «КАНОН-пресс-Ц», «Кучково поле», 2000.
4. Маралов, В. Г., Романюк Л. В. Влияние чувствительности к человеку на принятие позиций взаимодействия студентами // Знание. Понимание. Умение. 2018. № 3. С. 180–195.
5. Шевелева, А. М. Опросник профессиональных этических представлений // Профессиональные представления. 2016. № 1(8). С. 34–45.
6. Шевелева, А. М., Абляимова Э. И. Профессионально-этические представления студентов разных направлений обучения // Профессиональные представления. – 2021. № 1(13). С. 143–153.

## НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ

Рогачева Т.В.

ГАУ ОЦРИ, Екатеринбург, Россия

[TVRog@yandex.ru](mailto:TVRog@yandex.ru)

**Ключевые слова:** реабилитационная диагностика, система комплексной реабилитации и абилитации.

## REGULATORY LEGAL ASPECTS OF REHABILITATION DIAGNOSTICS

Rogacheva T.V.

SAI RCRD, Yekaterinburg, Russia

[TVRog@yandex.ru](mailto:TVRog@yandex.ru)

**Keywords:** rehabilitation diagnostics, complex rehabilitation and habilitation system.

По данным Росстата на 01.01.2022 г. в Российской Федерации насчитывается 11,5 млн. граждан с инвалидностью, из них 728,9 тыс. (2,3 процента общей численности детского

населения) - дети-инвалиды. Сопровождение инвалида, ребенка-инвалида, оказание ему и членам его семьи (законным представителям) поддержки является актуальной задачей всего общества. В России разработаны нормативные правовые акты, на основании которых функционируют различные организации и учреждения, цель которых – формирование или восстановление способностей инвалида к различным видам деятельности. Так, в конце 2021 года Распоряжением Правительства РФ была принята Концепция развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года [8]. В Концепции подчеркивается, что, несмотря на важную роль медицинской реабилитации, «реабилитация и абилитация инвалидов не может быть ограничена только или преимущественно медицинскими мерами» [8]. В данном нормативном документе закреплены основные направления социальной реабилитации и абилитации детей-инвалидов. ранее перечисленные в ФЗ – 181 «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [9]: социально-бытовая, социально-средовая, социально-психологическая, социально-педагогическая и социокультурная реабилитация и абилитация.

При внимательном изучении Концепции появляются вопросы и выявляются противоречия с другими нормативными правовыми документами, в частности с Федеральным законом №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». Сама система определена в Концепции как «совокупность мер по обеспечению детей-инвалидов научно обоснованными, доступными, эффективными и безопасными реабилитационными и абилитационными услугами и техническими средствами реабилитации в сочетании с мерами, направленными на их социальную адаптацию и интеграцию» [8]. Однако в данном документе нет как определения социальной адаптации, так и понятия «интеграция». Таких определений нет и в ФЗ - 181, по которому функционирует большинство реабилитационных организаций системы социальной защиты.

В Концепции появляется понятие «целевые реабилитационные группы», трактуемые как «объединенные в зависимости от структуры и степени нарушенных функций организма и ограничений жизнедеятельности в целях использования наиболее эффективных подходов к устранению или компенсации нарушений этих функций и ограничений жизнедеятельности при оказании услуг по основным направлениям комплексной реабилитации и абилитации инвалидов» [8]. В качестве критерия выделения целевых реабилитационных групп выступает нарушение структур и функций организма, что указывает на медицинскую модель инвалидности.

В Концепции появляется важное для педагогики и психологии понятие «психолого-педагогическая реабилитация и абилитация», которое отсутствует, как указано в Концепции, в других нормативных документах РФ. В научной психолого-педагогической литературе

также отсутствует четкое понимание, что такое «психолого-педагогическая реабилитация». Чаще всего под данным понятием понимается обеспечение подготовки детей-инвалидов к полноценной жизни в обществе. Как указывает, например, Г.М. Гусейнова, «психолого-педагогическая реабилитация осуществляется в рамках социальной реабилитации – комплексного целенаправленного процесса возвращения человека, имеющего те или иные жизненные ограничения, в продуктивную полноценную социальную жизнь, включения его в систему общественных отношений в ходе специальным образом организованного обучения, воспитания и создания для этого оптимальных условий, а также с помощью комплекса психотехнических и педагогических средств, направленных на целостное развитие индивида как личности» [1, с. 52].

В.З. Кантор, Н.Н. Немирова, В.В. Казанкин провели контент-анализ употребления термина «психолого-педагогическая реабилитация», правда относительно узкой группы инвалидов – с нарушениями зрения, в нормативных и методических документах. Анализ показал, что «психолого-педагогическая реабилитация инвалидов не рассматривается и не понимается региональными организациями ВОС как самостоятельный и самодостаточный вид реабилитационной практики» [3, с.35]. Такие же выводы можно сделать и по отношению к другим группам инвалидов.

М.В. Ликеева и О.В. Васляева предлагают отнести к психолого-педагогической реабилитации «организацию учебной, досуговой, творческой деятельности с учетом физических возможностей подростка» [4, с.45], определяя критерии такой организации, к которым отнесены «комфортность настроения и психологического состояния - сформированность коммуникативных навыков - адекватность самооценки» [4, с.45]. Б.Т. Дзусова указывает, что «целью психолого-педагогического сопровождения студентов с ОВЗ и инвалидов является обучение их самостоятельности при решении собственных проблем, что предполагает глубокое познание себя, собственных ресурсов и адекватное восприятие окружающего мира» [2, с. 175].

Достаточно много работ, в которых авторы предлагают рассматривать психолого-педагогическую реабилитацию как вариант психолого-педагогического сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья в реабилитационном процессе. Например, екатеринбургские коллеги считают, что это «вид социального сопровождения, представляющий собой деятельность специалистов различного профиля, направленную на актуализацию внутренних ресурсов семьи, обеспечивающих возможности ее функционирования в ситуациях, связанных с развитием и воспитанием ребенка с инвалидностью, позволяющую создавать необходимое для ребенка развивающее пространство, реализовывать стратегии воспитания в соответствии с существующими у него

потребностями с учетом родительских установок» [5, с. 363].

Научная дискуссия относительно применения понятия «психолого-педагогическая реабилитация», длящаяся практически 20 лет, несомненно, актуализировала необходимость категориально определиться в понятийном аппарате реабилитологии. Однако, если «спуститься с научных небес на землю», то у практических специалистов, оказывающих услуги по реабилитации и абилитации есть стандарты, на основании которых и проводится практическая деятельность. В Концепции указывается, что необходимо «внедрение правового механизма формирования на федеральном уровне базового перечня реабилитационных (абилитационных) услуг для инвалидов, в том числе для детей-инвалидов» [8]. На сегодняшний день утверждены Федеральные стандарты предоставления услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов. Стандарты разработаны для каждой целевой реабилитационной группы. В стандартах, кроме формы оказания услуг (стационарная и полустационарная), в соответствии с действующим законодательством среди основных направлений социальной реабилитации и абилитации детей-инвалидов определены: социально-психологическая, социально-педагогическая реабилитация и профориентация (для детей с 14 лет) как разные виды реабилитационных мероприятий. Эти виды услуг принципиально отличаются по содержанию и перечню исполнителей услуги. Социально-психологическая реабилитация определена как «комплекс мероприятий, направленных на восстановление (формирование) компонентов психической деятельности, включая личностные характеристики, способствующие повышению активности и участию в жизни общества» [6]. Перечисленные в проекте стандарта специалисты - психолог, медицинский психолог. Социально-педагогическая реабилитация это «комплекс мероприятий, направленных на восстановление (формирование) базовых образовательных компетенций (счет, чтение, письмо, владение компьютерными технологиями и т.д.), необходимых для последующего получения образования и осуществления социально-значимой продуктивной деятельности» [6]. К специалистам, осуществляющим социально-педагогические услуги, относятся педагог-психолог, логопед, дефектолог, специалист по работе с семьей, социальный педагог. Понятно, что квалификация специалистов и содержание услуг по данным реабилитационным мероприятиям разная и требует разных методов и технологий.

Здесь встает другой вопрос, который только поставлен в Концепции и назван ключевым: «Ключевыми для развития системы комплексной реабилитации и абилитации в Российской Федерации являются вопросы развития ее кадрового потенциала» [8]. Например, специалист по работе с семьей будет оказывать, в соответствии со стандартами, социально-педагогические услуги. Однако в профессиональном стандарте специалиста по работе с семьей вид профессиональной деятельности сформулирован как «предоставление социально-

психологической помощи семьям и семьям с детьми, находящимися в трудной жизненной ситуации, кризисной ситуации, социально опасном положении», что позволяет трактовать основную цель профессиональной деятельности как скорее психологическую услугу: «оказание помощи разным типам семей и всесторонней поддержки семьям с детьми на основе выявления семейного неблагополучия с помощью различных технологий, разработки программы реабилитации, реинтеграции ребенка и семьи в социум, с привлечением ближайшего окружения для изменения отношений между членами семьи, оздоровления социально-психологической обстановки в семье, повышения ответственности родителей за воспитание детей» [7].

Еще один вопрос, непосредственно связанный с организацией комплексной реабилитации и абилитации инвалиду, и не решенный в правовом поле, это подготовка реабилитационных менеджеров или интеграционных консультантов. Во-первых, такие специалисты отсутствуют в стандартах. В Порядке предоставления услуг по социальной реабилитации, абилитации инвалидов и детей-инвалидов реабилитационными организациями (Приложение 15) [8] появляется куратор реабилитационного курса. Концепцией предусматривается, что такой специалист выступает «персональным помощником, который при необходимости помогает инвалиду, семье, воспитывающей ребенка-инвалида, решать проблемы, возникающие в процессе жизнедеятельности, связанные с инвалидностью, по запросу инвалида осуществляет информационное и организационное сопровождение при реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов в организациях различной ведомственной подчиненности в рамках реализации комплексного подхода к реабилитации и абилитации» [8]. Введение штатной единицы интеграционного консультанта или реабилитационного менеджера в учреждение социальной защиты, в структуре которого есть социально-реабилитационное отделение, вполне вероятно, во многом, упростит и сделает доступнее получение реабилитационных и абилитационных услуг инвалидами, в том числе детьми-инвалидами. Но в законодательном поле РФ отсутствуют нормативные документы, позволяющие как обучать, так и брать на работу таких специалистов. До сих пор нет профессионального стандарта такого специалиста. Несомненно, отсутствие правовых механизмов индивидуального сопровождения инвалида, ребенка-инвалида и членов его семьи (законных представителей) на протяжении всего реабилитационного или абилитационного процесса специалистами различных учреждений, затрудняет доступность реабилитационных (абилитационных) услуг, особенно для тех, кто проживает в отдаленных и сельских территориях.

В Концепции также подчеркивается, что в РФ «отсутствуют достаточно эффективное законодательное и нормативное правовое обеспечение, а также практические механизмы

осуществления межведомственного взаимодействия между участниками реабилитационного и абилитационного процесса при реализации индивидуальных программ реабилитации, что приводит к ведомственной разобщенности и затруднениям при разработке, а также реализации межведомственного реабилитационного и абилитационного маршрутов» [8].

Анализ российских нормативных правовых документов в области комплексной реабилитации и абилитации позволяет научному сообществу актуализировать усилия по дальнейшей разработке проблемных зон, связанных с операционализацией основных понятий, специалистам - практикам – адекватно применять полученные учеными результаты в практической деятельности по формированию и восстановлению различных видов жизнедеятельности инвалида, ребенка-инвалида.

### Литература

1. Гусейнова Г.М. Актуальные проблемы психолого-педагогической реабилитации детей, попавших в трудную жизненную ситуацию // Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения. 2014. № 41. С.51 – 56.
2. Дзусова Б.Т. Федеральный государственный образовательный стандарт как гарантия качества национального образования // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2020. Т. 8. №2 (29). С. 172-181.
3. Кантор В.З., Немирова Н.Н., Казанкин В.В. Психолого-педагогическая реабилитация как практика институционализированного сообщества инвалидов по зрению // Вестник Ленинградского государственного университета имени А.С. Пушкина. 2020. № 2. С. 33–56.
4. Ликеева М.В., Васляева О.В. Медицинская и психолого-педагогическая реабилитация пациентов подросткового возраста // МедиАль. 2010. № 1. С. 44-49.
5. Меренков А. В., Осипова Е. А., Шарф А. С. Психолого-педагогическое сопровождение семей детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях реабилитационного центра // Перспективы науки и образования. 2019. № 6 (42). С. 360-371.
6. Приказ Минтруда РФ от 28 марта 2022 г. n 176 «Об утверждении методики определения целевых реабилитационных групп детей-инвалидов в зависимости от преимущественного вида стойких расстройств функций организма и ограничений жизнедеятельности» [Электронный ресурс] // [www.consultant.ru](http://www.consultant.ru) (дата обращения: 22.05.2022).
7. Профессиональный стандарт «Специалист по работе с семьей» (утв. приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 18 ноября 2013 г. N 683н) [Электронный ресурс] // [mintrud.gov.ru](http://mintrud.gov.ru) (дата обращения: 22.03.2022 г.).
8. Распоряжение Правительства РФ от 18.12.2021 N 3711-р «Об утверждении Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года» [Электронный ресурс] // [www.consultant.ru](http://www.consultant.ru) (дата обращения: 22.02.2023).
9. Федеральный закон №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [Электронный ресурс] // [www.consultant.ru](http://www.consultant.ru) (дата обращения: 21.02.2023).

## НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ РЕГУЛЯЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ПСИХОЛОГОВ

Сафуанов Ф.С.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> ФГБУ НМИЦПН им. В.П. Сербского, Москва, Россия

<sup>2</sup> ФГОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

[safuanovf@rambler.ru](mailto:safuanovf@rambler.ru)

**Ключевые слова:** медицинский психолог, клиническая психология, кабинет медико-психологического консультирования, профессиональный стандарт «Медицинский психолог».

## REGULATORY AND LEGAL REGULATION OF THE ACTIVITIES OF MEDICAL PSYCHOLOGISTS

Safuanov F.S.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> FSBI V.P. Serbsky NMRC PN, Moscow, Russia

<sup>2</sup> FSBI HE MSUPE, Moscow, Russia

[safuanovf@rambler.ru](mailto:safuanovf@rambler.ru)

**Keywords:** medical psychologist, clinical psychology, medical and psychological counseling office, professional standard "Medical psychologist".

Юрий Федорович Поляков – не только выдающийся отечественный психолог и ученый, но и организатор практической деятельности и образования медицинских (клинических) психологов. Значителен его вклад и в создание специальности «Клиническая психология» и стандарта университетской подготовки психологов по клинической психологии: он входил в состав Координационного совета по подготовке клинических (медицинских) психологов (Приказ Минздрава России от 26 марта 1999 года № 101), одной из задач которого была разработка изменений и дополнений в Государственные стандарты базового и последипломного образования по клинической (медицинской) психологии.

Должность медицинский психолог, участвующий в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи, была введена Приказом Минздравмедпрома России от 30.10.1995 № 294 «О психиатрической и психотерапевтической помощи». Данным Приказом были утверждены тарифно-квалификационные характеристики по должности медицинский психолог, участвующий в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи, и Положение о медицинском психологе, участвующем в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи. В Постановлении Минтруда и соцразвития Российской

Федерации от 27.08.1997 № 43 «О согласовании разрядов оплаты труда и тарифно-квалификационных характеристик» утверждается уже должность медицинский психолог, без указания на участие в психиатрической и психотерапевтической помощи. Квалификационные требования к должности заключались в высшем психологическом образовании и дополнительном образовании по медицинской психологии.

Не осталась без внимания и проблема подготовки медицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь. Приказом Минздрава России от 26.11.1996 № 391 утверждено Положение о подготовке медицинских психологов, в котором впервые вводилась додипломная подготовка не только в университетах и иных вузах, но и в медицинских вузах. Поскольку специальность в психологии была только одна – «Психология», дополнительная подготовка приобрела сложный характер. Для лиц, обучавшихся на факультетах медицинской психологии вузов, а также получивших подготовку по медицинской психологии университетов, последипломная подготовка осуществляется в очной и очно-заочной форме в течение не менее одного года. Для психологов, не имеющих подготовки по медицинской психологии, последипломная подготовка осуществляется в очно-заочной форме в течение 2 лет. Для лиц, имеющих основное высшее образование гуманитарного профиля и получивших 2 высшее образование по психологии на факультетах психологии университетов, последипломная подготовка осуществляется очно-заочно в течение 3 лет.

В 1997 г. в порядке эксперимента на базе Самарского и Курского государственных медицинских университетов была открыта подготовка в рамках специальности Лечебное дело по специализации Медицинская психология. Согласно Приказу Минобразования от 2.06. 1997 выпускникам присваивалась квалификация Практический медицинский психолог, и предполагалась не менее чем 2-летняя последипломная подготовка с целью получения сертификата с квалификацией Клинический (медицинский) психолог.

Однако такая система образования медицинских психологов не была реализована в полной мере, поскольку в 2008 г. Приказом Минобразования № 686 была введена специальность высшего профессионального образования 022700 Клиническая психология. Возникла необходимость переподготовки практически всех медицинских психологов, работающих в организациях Минздрава России. Согласно циркулярному письму Минздравмедпрома от. № 9858-ВС «О подготовке медицинских психологов» устанавливалось, что «Лица с высшим психологическим образованием, допущенные до 1997 года к работе на должности Медицинский психолог при наличии в 1997 году стажа работы в учреждениях здравоохранения по специальности Психология не менее 5 лет, могут продолжать работу на должности Медицинский психолог без соблюдения вышеуказанного

требования о дополнительном образовании по специальности Клиническая психология».

Впервые штатные нормативы медицинского психолога были введены приказом Минздравмедпрома России от 30.11.1995 № 294. Дальнейшее взаимодействие медицинского психолога с врачами-психотерапевтами определилось приказом Минздрава России от 16.09.2003 № 438: должность медицинского психолога устанавливалась не только в психотерапевтическом кабинете и психотерапевтическом отделении, но и в психотерапевтическом центре. Штатные нормативы были введены и Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.05. 2000 № 165 «О медицинском психологе в судебно-психиатрической экспертизе».

Сейчас специализация профессиональной деятельности определяется Приказом Минздрава России от 14.11.2022 г. № 668н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения». Должность медицинского психолога предусматривается почти во всех структурных подразделениях психоневрологического диспансера и психиатрической больницы.

С 1.07. 2023 вводится новое подразделение – кабинет медико-психологического консультирования при медицинских учреждениях (поликлиниках): в нем предусмотрена только ставка медицинского психолога – одна должность на 25 тыс. населения. Кабинет осуществляет функции клинико-психологической диагностики, консультирования, участия в оказании помощи лицам с психическими расстройствами, связанными со стрессом; направления лиц с признаками психических расстройств к психиатру. Большое значение придается взаимодействию медицинского психолога кабинета с общеобразовательными организациями, профессиональными образовательными организациями и организациями высшего образования, медицинскими организациями.

Должность медицинского психолога предусмотрена и в таких областях, как наркология, неврология, акушерство и гинекология, дерматовенерология, детская эндокринология, туберкулез, сердечно-сосудистые заболевания, ревматология, педиатрия, медицинская реабилитация взрослых и детей, санаторно-курортное лечение, паллиативная помощь.

Следует отметить тенденцию к закреплению обязательного участия медицинского психолога в определенных видах психиатрической деятельности – в судебно-психиатрической экспертизе (Приказ Минздрава России от 19.05. 2000 № 165) и при проведении медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием (Приказ Минздрава России от 26.11. 2021 № 1104н).

Перспективы повышения эффективности нормативно-правовой регуляции деятельности медицинских психологов связаны с принятием профессионального стандарта «Медицинский психолог». Это необходимо для оптимизации квалификационных характеристик должности

медицинского психолога; учета профессиональных компетенций при построении программ профессионального высшего и постдипломного образования по клинической психологии.

## **ПРОФИЛАКТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА: ВЫЯВЛЕНИЕ СКРЫТОГО**

Степанчук Н.Н.

ГУ «Институт проблем искусственного  
интеллекта», Донецк, ДНР, Россия

[stepanchuk\\_natala@mail.ru](mailto:stepanchuk_natala@mail.ru)

**Ключевые слова:** стресс, личность, среда, соответствие.

## **PREVENTION OF PROFESSIONAL STRESS: REVEALING THE HIDDEN**

Stepanchuk N.N.

SI Institute of Problems of Artificial Intelligence, Donetsk, DPR, Russia

[stepanchuk\\_natala@mail.ru](mailto:stepanchuk_natala@mail.ru)

**Keywords:** stress, personality, environment, compliance.

Работа может способствовать формированию и развитию самоуважения, гарантировать социальную поддержку и материальное вознаграждение, быть одним из важнейших салутогенных факторов жизни человека. Это происходит, когда её требования выполнимы, когда работникам разрешено проявлять разумную степень автономии, когда организационный «климат» является дружественным и поддерживающим. Противоположные характеристики условий труда могут вызвать серьёзное ухудшение здоровья. Современная медицина признаёт, что многие опасные заболевания с кумулятивным, «накопительным» эффектом, могут быть вызваны или усугублены стрессом [3, с. 15]. Глубинный подход к изучению неочевидных и неосознаваемых латентных факторов, оказывающих влияние на различные аспекты физического и психического здоровья, значительно облегчает профилактику и раннее выявление профессионального стресса и его последствий.

**Цель работы** – описание концепции глубинного подхода при раннем выявлении предпосылок возникновения профессионального стресса.

Э. Артур (2005) утверждает, что термин «стресс» «имеет так много разных значений, что это сбивает с толку, он неуловим и на слуху так часто, что его значение часто искажается, а последствия воспринимаются как должное» [5]. В 1920-х годах термин «стресс» ввёл в медицину физиолог У. Кеннон. Разработал концепцию стресса Г. Селье (1936), предложив две

идеи: организм демонстрирует похожий набор реакций на очень широкий спектр стрессоров; если действие стрессоров продолжается слишком долго, это может привести к физическим заболеваниям [3, с.21]. Позже он описывал феномен «стресса», обращая внимание на «скорость изнашивания организма» [8, с. 3].

Профессиональный стресс определяется как «эмоциональная, когнитивная, поведенческая и физиологическая реакция на неприятные и вредные аспекты работы, рабочей среды и организации труда. Это состояние, характеризующееся высоким уровнем возбуждения и дистресса, а также часто повторяющимся ощущением неспособности справиться (с задачей. – Прим.авт.)» [2]. Так, например, стресс работников здравоохранения ведёт к возникновению нежелательных эффектов в профессиональной деятельности, увеличивается количество ошибок при назначении терапии [2, с. 3]. Врачи могут стремиться покинуть рабочее место как можно скорее, могут прилагать минимальные усилия к тому, чтобы выслушать пациента. Это напрямую приводит к ослаблению комплаенса, снижению удовлетворённости качеством лечения. Считается общепринятым и нормальным, что медработники не позволяют себе выделять время для отдыха и ухода, что создаёт ситуацию отчуждения, воспринимаемую абсолютно «естественной» частью их профессионального выбора, восходящей к историческим описаниям самоотречения. Возникающее чувство раздражения и разочарования вынуждает врача чувствовать себя стеснённым внешними факторами, отдаляя его от личных и профессиональных идеалов [2, с. 5-6]; вызывает сомнения в правильности выбора профессии, её соответствии индивидуальным потребностям и особенностям.

Теории стресса признают важность характеристик как личности, так и среды в понимании причин и последствий стресса. Фундаментальная идея «соответствия личности и среды» («person-environment fit» – PE-fit, French, 1974) состоит в том, что по своим качествам некоторые люди лучше подходят для одних условий, чем для других. Адекватность индивида окружающей профессиональной среде влияет на мотивацию человека, его поведение, общее психическое и физическое здоровье, при этом индивид может соответствовать или не соответствовать важнейшим характеристикам и требованиям организационной (корпоративной) среды [6, 7].

Если существует соответствие между характеристиками сотрудника и среды, его функционирование в организации облегчается: люди находят смысл в работе, удовлетворяют свои биологические и психологические потребности, резонирующие с личными ценностями и интересами, составляющими основу самооценки, идентичности и положения в обществе (Робертс, Робинс, 2004). В случае несоответствия человек может страдать от дезадаптации, что создает напряжение как на его стороне (неудовлетворённость работой, дискомфорт, стресс), так и на стороне среды (снижение производительности, временная

нетрудоспособность, прогулы, инвалидность, текучесть кадров) [6, с. 3].

Частным случаем подхода PE-fit, по мнению Дж. Ланг и коллег (2020), является модель дисбаланса усилий-вознаграждений («effort-reward imbalance» – ERI, Siegrist, 2006), основанная на принципе обмена и учитывающая индивидуальные различия людей. Приложенные к работе усилия являются частью социального контракта, условия которого предполагают достаточное вознаграждение (оплата, признание, продвижение по службе). Если человек ощущает дисбаланс между большими усилиями и низким вознаграждением, это приведёт к стрессу и эмоциональному истощению. Особенно страдают те, кто имеет ограниченные ресурсы для преодоления трудностей или высокий уровень приверженности к работе [9].

Известен факт, что «в медицине, как и в науке, власть даётся старшим, и это открыто признаётся. Если ты не следуешь за стадом, ты будешь изгоем, и точно так же, как на школьной площадке, ты будешь объектом оскорблений». Японская пословица гласит: «Торчащий гвоздь забивают».

Когда дело доходит до появления симптомов профессионального стресса, врачи либо слишком заняты, чтобы их замечать, либо слишком стоически переносят их, либо пытаются справиться с ними самостоятельно, опасаясь обвинений в слабости и некомпетентности. Имея лёгкий доступ к вызывающим привыкание болеутоляющим средствам, врачи нередко прибегают к самолечению в попытке улучшить самочувствие или ослабить последствия стресса. Проявление эмоций, обсуждение личных проблем в медицинской среде считается непрофессиональным поведением, поэтому проблемы «запираются» внутри человека, вызывая депрессивные реакции, а иногда и суицидальные мысли.

Тем не менее, существует множество методик оценки стрессовых состояний. Чаще всего это психофизиологические пробы и стандартизированные опросники и тесты, которые исключают индивидуальный подход к испытуемым во время тестирования, а у людей с пониженной стрессоустойчивостью могут вызвать определённые нарушения саморегуляции. Часты случаи, когда испытуемые опасаются социального неодобрения, не желают признавать у себя сильные негативные эмоции или не в состоянии осознать их наличие. Такого рода обман или «самообман не смогут обнаружить даже подробнейшие анкеты; чтобы выявить его, психологи традиционно полагаются на менее структурированные, более свободные (проективные. – Прим. авт.) тесты (типа «Что вы видите на этом рисунке?») [3, с. 378].

По мнению Л. Э. Абта, «личность, изучаемую проективными способами, считают процессом, на который постоянно влияют взаимодействия индивида с собственной физической и социальной средами, с одной стороны, и состояние, и сила его потребностей с другой. <...> И физическая, и социальная реальности изменяются для индивида таким образом, как это

продиктовано его системами потребностей и ценностей, и здесь приобретает важность представление индивида о его взаимосвязи с физической и социальной средами» [1, с. 38-39]. В рамках теории RE-fit измерение потребностей представлено в терминах «количество, частота или интенсивность, а не важность измерения» [7, с. 18]. По предположению Дж. Эдвардса (1990), для количественной оценки параметров соответствия человека и среды необходимы эквивалентные шкалы, использующие одни и те же метрики и словесные якоря [7, с. 42] (ключевые слова. – Прим. авт.), выявление которых возможно при интеллектуальной обработке проективной продукции, представленной в виде текста.

Примером реализации предложенного подхода к определению соответствия личности и профессиональной среды, и в частности – к выявлению и измерению потребностей личности, служит разработанная автором модельная проективная методика с компактным набором визуального стимульного материала и простой инструкцией. Реакция, ответ соискателя на задания проективной методики представляет собой структурированный текст, включающий самые разнообразные элементы [4, с. 204-205].

Предложенный подход реализует функции двойного кодирования – наличия нескольких смыслов: «верхнего», «поверхностного», очевидного и общедоступного кода и скрытого глубинного, интеллектуального, подтверждающего компетентность «декодера». Полученная проективная продукция позволяет сконструировать информационно-поисковые тезаурусы, предназначенные для алгоритмизации процедур профессионального отбора (отсева, скрининга), что позволяет:

- улучшить организационное соответствие на ранних этапах цикла занятости и повысить уровень контекстуальной производительности (действия, которые вносят вклад в социальное и психологическое ядро организации, например помощь коллегам) по сравнению с выполнением задач (действия, которые способствуют укреплению технического ядра организации) [6, с. 9];
- предотвратить пагубное влияние хронического стресса, вызванного низким уровнем соответствия человека и среды, и всевозможных тяжёлых психологических реакций, включая отчуждение, деперсонализацию, эмоциональное истощение, цинизм и тревогу [6, с. 11].

Технологии искусственного интеллекта обеспечивают более быструю, полную и глубокую обработку неструктурированных текстовых данных, полученных в качестве результата проективного тестирования.

### Литература

1. Беллак, Л. Проективная психология / Л. Беллак, Л. Абт. и др. – М.: Психотерапия, 2010. – 416 с.
2. Котова, О. В. Стресс у медицинских работников. Пути преодоления / О. В. Котова // Стресс под контролем. – 2017. – № 1. – С. 3-9.
3. Сапольски, Р. Почему у зебр не бывает инфаркта. Психология стресса / Р. Сапольски. – СПб.: Питер, 2019. – 480 с.

4. Степанчук, Н. Н. Искусственный интеллект и мультимодальный подход к интервьюированию соискателей в задачах профессионального отбора // Новые информационные технологии и системы : сб. науч. ст. по материалам XIX Межд. научно-техн. конференции. – Пенза: ПГУ, 2022. – С. 202-207.
5. Arthur, A. R. When stress is mental illness: A study of anxiety and depression in employees who use occupational stress counselling schemes / A. R. Arthur // *Stress and Health*. – 2005. – N 21(4). – P. 273-280.
6. Cooman, R. D. Person-Environment Fit: Theoretical Perspectives, Conceptualizations, and Outcomes / R. D. Cooman, W. Vleugels // *Business and Management*. – 2022. – P. 1-28.
7. Edwards, J. R. Person-Environment Fit Theory: Conceptual Foundations, Empirical Evidence, and Directions for Future Research / J. R. Edwards, R. D. Caplan, R. V. Harrison – In C. L. Cooper (Ed.), *Theories of organizational stress*, 1998. – P. 28-67.
8. Guidance on work-related stress «Spice of Life – or Kiss of Death?» / *Employment & social affairs. Health and safety at work*, 1999. – 105 p.
9. Lang, J. Metodological and conceptual issues in studying effort-reward fit / J. Lang, S. Van Hoek, J. M. Runge // *Journal of Managerial Psychology*. – 2020. – P. 1-32.