



**ФЕРГАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ ОБЩЕСТВЕННОГО  
ЗДОРОВЬЯ**

**МАХМУТОВ РУСТАМ ХАМИТОВИЧ**

**ПСИХОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И  
ПРЕПОДАВАНИЯ  
(Монография)**

**Фергана – 2025 год**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ  
УЗБЕКИСТАН  
ФЕРГАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ ОБЩЕСТВЕННОГО  
ЗДОРОВЬЯ**

**«УТВЕРЖДАЮ»**

**Председатель научно технического совета  
Министерства Ресублики Узбекистан**

**\_\_\_\_\_ Ш.К. Атаджанов**

**«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 г.**

**МАХМУТОВ РУСТАМ ХАМИТОВИЧ**

**ПСИХОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И  
ПРЕПОДАВАНИЯ**

**(Монография)**

**Фергана 2025 г.**

**УДК 616.891.4**

**Авторы:**

**Р.Х. Махмутов** – старший преподаватель кафедры «Неврологии, психиатрии, наркологии и медицинской психологии» Ферганского медицинского института общественного здоровья

Монография «Психогенные заболевания: вопросы диагностики и преподавания» посвящена комплексному анализу психогенно обусловленных расстройств с позиций современной клинической медицины, психиатрии и медицинской психологии. В работе рассмотрены основные этиопатогенетические механизмы формирования психогенных заболеваний, их клинико-типологические особенности, а также трудности дифференциальной диагностики с соматическими и неврологическими расстройствами. Особое внимание уделено междисциплинарному подходу, позволяющему повысить точность клинической оценки и эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий. Существенное место занимает методический раздел, в котором обоснованы современные принципы преподавания темы психогенных заболеваний в медицинских вузах, включая использование клинических разборов, проблемно-ориентированного обучения и интеграции психосоматических концепций в учебный процесс. Монография адресована врачам, преподавателям медицинских дисциплин, ординаторам и студентам медицинских факультетов, а также может быть полезна специалистам, занимающимся вопросами психического здоровья и медицинского образования.

**Рецензенты:**

**Г.Б. Шамсутдинова** – заведующая кафедрой “Проблем терапевтических направлений (ВОП)” ФМИОЗ, PhD.

**К.Х. Каримов** – директор ФФРСНПМПЗ по психиатрической службе.

**Данная монография представлена к печати в соответствии с решением учёного совета Ферганского медицинского института общественного здоровья №\_\_\_\_\_ 2026 года**

## **СОДЕРЖАНИЕ**

<b>Введение.....</b>	<b>5</b>
<b>Глава I. Теоретические основы интерактивного обучения и психогенных заболеваний.....</b>	<b>10</b>
1.1 Интерактивные педагогические методы: понятие, классификация и принципы.....	10
1.2 Психогенные заболевания: общие характеристики и проблемы преподавания.....	17
1.3 Применение интерактивных методов в преподавании психогенных заболеваний.....	50
<b>Глава II. Практическое применение интерактивных методов в преподавании психогенных заболеваний.....</b>	<b>56</b>
2.1 Анализ традиционных и современных подходов к преподаванию.....	56
2.2 Описание и обоснование выбора интерактивных методов для изучения психогенных заболеваний.....	64
2.3 Эффективность интерактивных методов в обучении: результаты исследования.....	93
<b>III. Заключение.....</b>	<b>96</b>
<b>IV. Список литературы.....</b>	<b>100</b>

*Наука, образование, воспитание – это краеугольный камень развития,  
сила, приумножающая мощь страны и народа.*

*Завтрашний день, будущее Родины неразрывно связаны с системой  
образования и воспитанием, которое получают сегодня наши дети.*

***Шавкат Мирзиёв***

## **ВВЕДЕНИЕ**

Из выступления президента Республики Узбекистан Шавката Миромоновича Мирзиёева – «Всем нам известно, что Узбекистан обладает богатыми природными ресурсами, мощным экономическим и человеческим потенциалом. Но все же самое большое наше богатство – это огромный интеллектуальный и духовный потенциал нашего народа. Мы хорошо знаем и высоко ценим заслуги нашей интеллигенции — деятелей науки и техники, в первую очередь наших уважаемых академиков и профессоров, представителей культуры, литературы, искусства и спорта – в создании и приумножении этого великого потенциала. Всесторонняя поддержка научных изысканий и творческой деятельности этих самоотверженных людей, создание для них необходимых условий должно стать нашей первостепенной задачей. В этих целях правительством будут разработаны и приняты конкретные меры. Сегодня жизнеутверждающий призыв «Наши дети должны быть сильнее, умнее, мудрее и, конечно же, счастливее нас!» занял прочное место в сознании и сердце каждого из нас, родителей и широкой общественности. В настоящее время молодежь в возрасте до 30 лет составляет 32 процента населения страны, или 10 миллионов человек. Все мы гордимся тем, что наша молодежь по праву становится решающей силой сегодняшнего и завтрашнего дня,

способной взять на себя ответственность за будущее Родины. Мы должны довести до логического завершения проводимую в этом направлении широкомасштабную работу, в частности, принятые общенациональные программы в сфере образования и воспитания. В связи с этим важнейшая задача правительства, соответствующих министерств и ведомств, наших уважаемых наставников, профессоров и преподавателей — обеспечить молодежи качественное образование, воспитать ее физически здоровыми и духовно зрелыми личностями. Сама жизнь требует повысить уровень нашей работы, направленной на создание современных рабочих мест для наших юношей и девушек, что даст им возможность занять достойное место в обществе. Мы неуклонно и решительно продолжим государственную молодежную политику. И не только продолжим, но и поднимем ее на еще более высокий уровень в соответствии с требованиями сегодняшнего дня. Мы мобилизуем все силы и возможности нашего государства и общества для того, чтобы наша молодежь обладала самостоятельным мышлением, высоким интеллектуальным и духовным потенциалом, ни в одной сфере не уступала своим сверстникам из других стран, была счастлива и уверена в своем будущем.

**Актуальность** данной работы обусловлена необходимостью эффективности обучения студентов в области психических заболеваний, в том числе и психогенных. Традиционные методы преподавания часто не обеспечивают достаточный уровень вовлеченности и понимания сложных аспектов психогенных расстройств. Интерактивные методы обучения позволяют повысить качество усвоения материала за счет активного взаимодействия студентов и преподавателей.

Монография посвящена актуальной проблеме медицинского образования — оптимизации процесса обучения диагностике и терапии

психогенных расстройств. Авторы анализируют переход от трансляционной модели обучения к интерактивной, где студент становится активным субъектом познания.

Сложность диагностики психогенных расстройств требует от студентов не только знаний, но и развитого клинического мышления, которое формируется в процессе активного взаимодействия.

Психодидактика: Влияние интерактивных сред на мотивацию (повышение активности до 60%) и эффективность усвоения материала (до 87% удовлетворенности преподавателей).

Необходимость и меры по повышению качества образования и оказания медицинской помощи населению в сфере психического здоровья отражена в Постановлении Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему развитию службы охраны психического здоровья» от 20.06.2023 года. В нём чётко прописаны пункты:

укрепление психического здоровья населения, особенно детей и подростков; совершенствование системы подготовки кадров, достойное стимулирование и создание дополнительных условий для эффективного труда специалистов.

Психогенные расстройства (неврозы, психосоматика, реактивные состояния) требуют от студента не просто заучивания симптомов, а понимания динамики развития болезни. Традиционная лекционная модель не позволяет в полной мере развить «чувство пациента».

Всем известно, что нынешнее время характеризуется большой стрессогенностью. Это оказывает дезадаптирующее влияние на людей. Высокие требования современности определяют особые формы поведения людей, при которых проявляется эмоциональная сдержанность и наблюдается изменение ценностных ориентаций. Это всё приводит к физическому и психическому перенапряжению, у людей наблюдаются проявления

астенизации, хронической усталости. Многим кажется невозможным реализовать собственные планы и амбиции, и как следствие у них понижается самооценка, увеличивается внутренне недовольство собой, нарушается социальное функционирование. В подобных случаях может развиваться неврастенический тип невротического конфликта, который проявляется клиникой неврастения.

Своевременно и точно проведенное обследование пациентов с невротическими симптомами может способствовать правильной диагностики, лечению и заметному улучшению состояния в кратчайшие сроки.

Высокая частота встречаемости и неспецифичность астенических состояний, выявление их в составе различных соматических и психических патологических структур, различные этиопатогенетические механизмы определяют актуальность для выделения критериев верификации астенических проявлений.

Следует отметить, что в диагностических критериях по МКБ-10 нет указаний на психогенную природу неврастения, а это создаёт определённые трудности в ясном представлении об этиопатогенетических механизмах данного заболевания. Поэтому необходимо дифференцировать неврастение от других состояний с невротоподобной симптоматикой с помощью комплексного подхода с использованием клинического, и параклинических методов исследования.

В монографии представлен комплексный анализ применения интерактивных технологий при изучении психогенных расстройств. Рассматриваются методики, направленные на формирование клинического мышления, эмпатии и навыков дифференциальной диагностики. В условиях 2025 года особое внимание уделено гибридным формам обучения,



использованию виртуальных симуляций и искусственного интеллекта в моделировании патопсихологических сценариев.

В монографии детально описываются методы, адаптированные для изучения психогенных заболеваний:

Кейс-метод (Case-study): анализ реальных историй болезни для постановки дифференциального диагноза.

Рольевые игры и симуляции: моделирование контакта «врач — пациент» для отработки навыков сообщения диагноза и сбора анамнеза.

Метод «проблемных ситуаций»: разделение на группы для совместного поиска причин возникновения конкретного психогенного расстройства.

Геймификация и VR-технологии: использование онлайн-симуляторов для погружения в клиническую среду без риска для пациента.

### **Теоретические основы интерактивного обучения (2025)**

Интерактивное обучение определяется как процесс активного взаимодействия между всеми участниками (преподаватель, студенты, цифровой контент). Оно направлено на:

Вовлеченность: Студент становится субъектом, а не объектом обучения.

Коллаборацию: Совместное решение диагностических задач.

Рефлексию: Оценку собственных эмоциональных реакций на патологию пациента.

### **Цель**

Изучить возможности применения интерактивных педагогических методов в преподавании психогенных заболеваний.

### **Задачи**

- Рассмотреть теоретические основы интерактивного обучения.
- Проанализировать специфику преподавания психогенных заболеваний.
- Оценить эффективность интерактивных методов в данной области.

- Разработать учебный модуль с применением интерактивных технологий.
- Выявить основные проблемы, возникающие при внедрении интерактивных методов, и предложить пути их решения.
- Провести сравнительный анализ традиционных и интерактивных методов на основе эмпирических данных.

### **Объект и предмет**

Объект работы: процесс преподавания психогенных заболеваний.

Предмет работы: интерактивные методы обучения и их влияние на качество образования.

### **Структура работы:**

Работа состоит из: введения, основной части, заключения и использованной литературы.

## **Глава I. Теоретические основы интерактивного обучения и психогенных заболеваний.**

### **1.1. Интерактивные педагогические методы**

#### ***Определение и классификация***

В условиях развития информационных технологий актуальным является использование интерактивных методов обучения в образовательном процессе. По определению педагогического энциклопедического словаря под редакцией Б.М. Бим-Бада, ***интерактивное обучение*** – это обучение, построенное на взаимодействии учащегося с учебным окружением, учебной средой, которая служит областью осваиваемого опыта. Учащийся становится полноправным участником учебного процесса, его опыт служит основным источником учебного познания. Педагог не дает готовых знаний, но побуждает участников к самостоятельному поиску. Н.И. Суворова, характеризуя интерактивное обучение, рекомендует признать его специальной формой организации познавательной деятельности, имеющей конкретные и прогнозируемые цели.

Одну из таких целей автор видит в создании комфортных условий обучения, при которых ученик чувствует свою успешность, свою интеллектуальную самостоятельность, что делает продуктивным сам процесс обучения. Автор утверждает, что интерактивное обучение является диалоговым обучением, в ходе которого осуществляется взаимодействие учителя и ученика. Диалоговое обучение ведет к взаимопониманию, взаимодействию, к совместному решению общих, но значимых для каждого участника задач. Н.И. Суворова обращает внимание на то, что интерактив исключает доминирование как одного выступающего, так и одного мнения над другим.

Учебный процесс, основанный на использовании интерактивных методов обучения, организуется с учетом участия в нем всех студентов. В ходе совместной работы идет обмен знаниями и идеями. Интерактивные методы основаны на принципах взаимодействия, обязательной обратной связи. Создается особая атмосфера образовательного общения, которая характеризуется открытостью, взаимодействием участников, накоплением совместного опыта, возможностью взаимоконтроля. Ключевым понятием, определяющим сущность интерактивных методов, является понятие «взаимодействие». Взаимодействие понимается как непосредственная межличностная коммуникация, важнейшей особенностью которой признается способность человека «принимать роль другого».

Педагогическое взаимодействие представляет собой процесс совместной деятельности педагога и учащихся, атрибутами которого являются: пространственное и временное соприсутствие участников, создающее возможность личного контакта между ними; наличие общей цели; планирование, контроль, коррекция и координация действий; разделение единого процесса сотрудничества, общей деятельности между участниками; возникновение межличностных отношений.

Использование интерактивных методов в преподавании психогенных заболеваний в 2025 году направлено на формирование клинического мышления через активное взаимодействие студентов с учебным материалом и друг другом.

Современная педагогика богата целым арсеналом интерактивных методов обучения, среди которых можно выделить следующие: работа в группах; ролевые и деловые игры; социальные проекты (соревнования, газеты, спектакли, выставки, представления); творческие задания; интерактивная лекция, работа с наглядными пособиями, видео- и аудиоматериалами; обсуждение сложных и дискуссионных вопросов («Круглый стол», дебаты, симпозиум); разрешение проблем («Дерево решений», «Мозговой штурм», «Анализ казусов», «Переговоры и медиация», «Лестницы и змейки»); кейс-метод; презентации и др.

Основные интерактивные методы включают:

Кейс-метод (Case-study): анализ реальных выписок из историй болезни для постановки диагноза и определения тактики терапии.

Ролевые игры: моделирование ситуаций взаимодействия врача с пациентами, имеющими психогенные расстройства, для отработки навыков сбора анамнеза и коммуникации.

Геймификация и сценарии: использование игровых механик (например, программа Psycheutoria) и сценарного обучения для повышения грамотности в вопросах психического здоровья.

Цифровые симуляции и онлайн-среды: применение виртуальных объектов и мультимедийных сред, которые помогают снизить уровень тревожности студентов перед практикой и улучшить усвоение материала.

Дискуссионные форматы: «мозговой штурм», дебаты и «круглые столы» для обсуждения этических и диагностических аспектов психосоматики.

Нетрадиционные элементы: анализ картин художников, обсуждение отрывков художественной литературы и использование графических структур для понимания природы заболеваний.

Эти методы позволяют студентам не просто запоминать теорию, но и активно участвовать в процессе «проживания» клинических ситуаций, что критически важно для понимания механизмов психогенных расстройств.

С целью повышения эффективности учебной деятельности преподавателю необходимо свободно ориентироваться в многообразии интерактивных методов обучения. Следовательно, необходимо провести классификацию интерактивных методов обучения.

Попытки классификации интерактивных методов обучения различны: Ю.С. Арутюнов, О.С. Анисимов, С.С. Кашлев, Л.Н. Вавилова, Т.Н. Добрынина, Е.Я. Голант, О.А. Голубкова, В.В. Гузеев, Е.С. Заир-Бек, М.В. Кларин, Е.Е. Лушникова, В.В. Николина, Т.С. Панина, А.Ю. Прилепо и др. О.А. Голубкова, А.Ю. Прилепо классифицируют интерактивные методы обучения на основе их коммуникативных функций, разделяя их на три группы:

- дискуссионные методы (диалог, групповая дискуссия, разбор и анализ жизненных ситуаций);

- игровые методы (дидактические игры, творческие игры, в том числе деловые, ролевые игры, контригры);

- психологическая группа интерактивных методов (сенситивный и коммуникативный тренинг, эмпатия).

Т.С. Панина, Л.Н. Вавилова классифицируют интерактивные методы обучения на три группы:

- дискуссионные (диалог, групповая дискуссия, разбор ситуаций из практики);

-игровые (дидактические и творческие игры, в том числе деловые и ролевые, организационно - деятельностные игры);

-тренинговые (коммуникативные тренинги, тренинги сензитивности).

В основе классификации, предложенной Ю.С. Арутюновым, лежит разделение интерактивных методов обучения на не имитационные и имитационные. Вторые, в свою очередь, делятся на неигровые и игровые. К не имитационным интерактивным методам автор относит проблемное обучение, практические занятия, семинары, конференции, проблемные лекции, дискуссии. К имитационным игровым интерактивным методам обучения автор относит разыгрывание ролей, деловые игры, игровое проектирование. К имитационным неигровым – анализ конкретных ситуаций, имитационные упражнения, действие по инструкции.

О.С. Анисимов подразделяет интерактивные методы обучения на: традиционные – лекции, семинары, практические занятия, тренинги (обеспечивают функцию трансляции); новые (имитационные) – (обеспечивают усиление роли мышления и развитие мотивации обучаемых); новейшие – инновационные игры, организационно - деятельностные игры, организационно - мыслительные игры (обеспечивают формирование интеллектуальной культуры и культуры саморазвития).

В.А. Вакуленко и И.Е. Уколова придерживаются классификации методов интерактивного обучения, разделяя их на невербальные и вербальные. К невербальным относятся акустические: интонация (громкость, тембр, темп речи, высота звука), речевые паузы; -визуальные: выражение лица (заинтересованное, отстраненное – если в данный момент вы целенаправленно избегаете взаимодействия, желая спровоцировать детей на большую самостоятельность), позы, движения

(располагающие к собеседованию), контакт глаз (взгляд на собеседника, уход от прямого взгляда и др.);

-тактильные: расстояние (далекое – близкое, по-разному воздействующее на интенсивность контакта);

-прикосновения (одобряющие, успокаивающие, носящие агрессивность).

Вербальными способами являются умение задавать открытые вопросы (то есть такие, которые заранее ориентированы не на единый – «правильный» – ответ, а на высказывание различных точек зрения по проблеме);

выбор преподавателем собственной позиции не как определяющей, а как центральной, что дает возможность учащимся во время занятия высказывать и «правильные», и «неправильные» точки зрения, не боясь, что их одернут, остановят и т. д.;

готовность к анализу и самоанализу занятия, помогающим понять, что, как и почему происходило на занятии; где взаимодействие прекращалось, с чем это было связано, как этого избежать в дальнейшем и т. д.;

ведение заметок, позволяющих отслеживать ход занятия, его кульминацию, результативность и пр.

С.С. Кашлев классифицирует интерактивные методы по их ведущей функции в педагогическом взаимодействии на следующие группы: методы создания благоприятной атмосферы, организации коммуникации; методы организации обмена деятельностью; методы организации мыследеятельности; методы организации смыслов творчества; методы организаций рефлексивной деятельности; интегративные методы (интерактивные игры). Методы создания благоприятной атмосферы, организации коммуникации своей процессуальной основой имеют коммуникативную атаку, осуществляемую педагогом в самом начале организуемого педагогического взаимодействия (в начале урока, занятия,

внеклассного дела и т.п.) для оперативного включения в совместную работу всех и каждого учащегося. Методы организации обмена деятельностью предполагают сочетание индивидуальной и групповой совместной работы участников педагогического взаимодействия, совместную активность, соотношение деятельности педагога и учащихся. Ведущим признаком этих методов является объединение учащихся в творческие группы для совместной деятельности как доминирующего условия их развития. Методы организации смыслотворчества ведущей функцией имеют создание учащимися и педагогом нового содержания педагогического процесса, создание учащимися своего индивидуального смысла об изучаемых явлениях и предметах, обмен этими смыслами, обогащение своего индивидуального смысла. Методы организации рефлексивной деятельности направлены на самоанализ и самооценку участниками педагогического взаимодействия своей деятельности, ее результатов. Интегративные методы (интерактивные игры) являются способами взаимодействия педагога и учащихся, в которых интегрируются (объединяются) все ведущие функции интерактивных методов.

Таким образом, в педагогической литературе предложено множество классификаций интерактивных методов обучения. Анализируя вышеперечисленные классификации, можно сделать вывод, что в их основе лежат различные критерии интерактивного взаимодействия. Использование исключительно традиционных методов обучения в образовательном процессе приводит, в частности, к тому, что студенты принимают информацию, которая предлагается преподавателем, избегая самостоятельного рассмотрения вопросов. Такой подход не позволяет грамотно разрешить поставленный вопрос, дойти до его сути.



## **Междисциплинарный и инновационный подходы (2025 г.)**

Использование нетрадиционных элементов: анализ художественных произведений и картин великих мастеров для понимания феноменологии психических состояний.

Графологические структуры: применение визуальных карт распространения заболеваний и структурных схем для систематизации знаний о психогениях.

Оценка эффективности и компетенции

Разработка цифровых диктантов и экспресс-опросов для мониторинга успешности обучения в интерактивной среде.

Формирование «мягких навыков» (soft skills): эмпатии, командной работы и коммуникативной грамотности.

Практическая значимость: Издание подобных монографий в 2024–2025 гг. способствует сокращению разрыва между теоретическими лекциями и реальной клинической практикой, подготавливая будущих специалистов к работе в динамичных условиях современного здравоохранения.

### **1.2. Психогенные заболевания:**

**общие характеристики и проблемы преподавания.**

#### ***Психогенные заболевания как объект педагогического проектирования***

Специфика предмета: Психогении (неврозы, реактивные состояния, психосоматические расстройства) требуют не только фактических знаний, но и высокого уровня эмпатии и навыков интерпретации.

Проблема «стигматизации» в обучении: Как интерактивные методы помогают студентам преодолеть предубеждения по отношению к пациентам с психическими расстройствами.

Когнитивные барьеры: Почему традиционная лекционная система малоэффективна при изучении динамических психопатологических процессов.

Не подвергается сомнению тот факт, что навыки преподавания, как и навыки работы в клинической медицине или навыки участия в клинических исследованиях, необходимо приобретать и оттачивать на практике в течение длительного периода времени. Именно от навыков преподавателя зависит, в первую очередь, соответствие знаний студентов уровню современного развития клинической медицины, а также формирование достойного образа специалиста в этической и деонтологической аспектах медицинской науки и практики.

Еще в 1976 г. Marton, Saljo описали два подхода к образованию – поверхностное и глубокое обучение. Цель поверхностного обучения – запоминание, при этом информация запоминается, но не преобразуется, а в отдаленный период времени студент попросту воспроизводит запомнившийся ему материал. Главная задача поверхностного обучения – запомнить, как можно больше. При глубоком подходе целью обучения является осмысление полученной информации, с размышлением, поиском интеграции отдельных компонентов и задач, усвоение информации в целом.

В зависимости от подхода к обучению, соответственно, разнится и роль преподавателя в образовательном процессе. Так, при поверхностном обучении преподаватель выполняет всю работу сам, при глубоком же подходе студент самостоятельно выполняет большую часть работы и принимает большинство решений сам. К сожалению, на настоящем этапе развития преподавания в университете, зачастую именно поверхностное получение знаний от преподавателя является очень распространенным вариантом образования, несмотря на общеизвестные факты о том, что материал, полученный

студентом без самостоятельного осмысления, хорошо воспроизводится им только непосредственно после изучения предмета, а на отдаленных этапах образовательного процесса такие студенты получают более низкие оценки и чаще проваливаются на экзаменах.

Таким образом, оценивая различные подходы студентов к образованию в вузе, в частности, к получению знаний на курсе по психиатрии, хотелось бы акцентировать внимание на некоторых подходах, способных положительно влиять на условно корригируемые ситуационные факторы, определяющие отношение студентов к преподаванию предмета. Важной задачей является получение обратной связи от студентов, с последующим использованием ее для коррекции проводимых занятий. Таким образом, целью исследования является сравнительная характеристика различных подходов к преподаванию психиатрии в рамках повышения побуждения студентов к глубокому, а не поверхностному усвоению знаний. Для достижения поставленной цели были сформулированы следующие задачи:

1. Определить содержание проводимых занятий по психиатрии для студентов 5 курса лечебного факультета в соответствии с рабочей программой дисциплины.
2. Разработать и внедрить в учебный процесс план обучения, используя различные варианты проведения семинарских занятий.
3. Провести текущую оценку знаний студентов по итогам проведенного цикла по психиатрии.
4. Проанализировать полученную от студентов обратную связь с целью оценки эффективности проведенных занятий.
5. Разработать методические рекомендации по проведению практических занятий по психиатрии для студентов 5 курса лечебного факультета, ориентированных на глубокое обучение по предмету.

## **Общая характеристика и группировка**

Психогенное — это то, что возникло в результате психического воздействия и психическим же путем удерживается. Тот момент нужно считать основным для всех психогений. Но этим термином обычно обозначают более сложные картины с расстройствами, охватывающими все стороны психической деятельности, приравниваемые поэтому к психозу. Помимо общего генеза, они объединяются некоторыми другими признаками. Сюда нужно отнести прежде всего их нейродинамическую, а не органическую природу. Не относятся к психогенным и расстройства, вызванные психической травмой у артериосклеротика и приведшие к мозговому кровоизлиянию, равно как психогенные ухудшения при психозах, как шизофрения. Психогенные расстройства возникают в связи с аффектом страха или тоскливостью, вызванными тяжелыми переживаниями, чувством несправедливой обиды, гнева, раздражения. В качестве вызывающего момента может сыграть роль и чувство большой радости, но это редкое явление. Общим для всех психогенных расстройств является психологическая понятность, выводимость из вызвавшего их переживания.

Такая характеристика дана им впервые Ясперсом. Однако она нуждается в ряде поправок. Более или менее полностью она справедлива только по отношению к более элементарным расстройствам. В сложных картинах психогений могут быть такие наслоения, вторичные образования, связь которых с первоначальным переживанием на первый взгляд мало понятна. Принято думать, что психогении — это скорее понятие общей психопатологии, а не клинические единицы. Приравнивая их к истерическим реакциям, говорят, что они универсальны и могут развиваться при соответствующих условиях и у здоровых людей, и у психопатов, равно как на фоне легких органических изменений и при больших психозах. Однако с этим

нельзя полностью согласиться. Можно указать, что некоторые психогенные расстройства чаще встречаются как наложение именно при определенных заболеваниях, например, элементы навязчивости имеют какие-то корреляции с депрессивными состояниями вообще, психогенное состояние страха — с церебральным артериосклерозом и пресенильным психозом. При изучении психогенных расстройств у активных участников Великой Отечественной войны мы могли констатировать свойственную им астеничность, зависящую от большого вегетативного истощения, обычного при длительном напряжении в условиях боевых действий. Стенические и астенические аффекты дают совершенно различные картины. В главе о шоковых реакциях мы привели ряд данных, из которых видно, что длительное напряжение в связи с переживаниями страха дает особые психические картины, которым соответствуют и определенные патофизиологические изменения.

Общее положение, что каждый человек переживает свою болезнь по-своему, оправдывается и по отношению к психогенным расстройствам. Здесь именно выступает психическая личность в целом, как ее врожденные, так и приобретенные особенности. Нет оснований связывать наклонность к развитию психогенных реакций с какой-нибудь определенной конституцией, но можно говорить, что в некоторых случаях приходится считаться с известной готовностью к психогенным реакциям. Иностранные авторы неоднократно ставили вопрос о психогенной диспозиции. Если под ними подразумевать особенность организации, предрасполагающей к психическим реакциям, нельзя возражать против постановки такого вопроса. Поскольку характер реагирования на внешнее воздействие определяется вегетативной нервной системой, можно было бы выделять особые вегетативно-лабильные личности и говорить об их особой предрасположенности в данном случае.

Однако едва ли целесообразно выделять особую «невропатическую конституцию» вообще и применительно к данному случаю ввиду неопределенности понятия невропатии, которым иногда заменяют невроз. Гораздо большее значение имеет повышенная ранимость, развивающаяся в результате ранее перенесенных заболеваний и предшествующей психической травматизации. Тулуз говорил о возможности приобретенного предрасположения. В этом же смысле высказывается В.П. Осипов. Наблюдения военного времени подтвердили справедливость указаний как иностранных авторов, так и советских о повышенной готовности давать психические реакции в результате мозговых повреждений. Могут также иметь значение истощающие соматические заболевания, в особенности инфекции. Постинфекционная астения тоже связана с повышенной ранимостью. На основании своих исследований психозов при сыпном тифе мы указывали как на нечто обычное на постинфекционную гиперимию. Грипп, как показала эпидемия в Москве в 1943 г., не давая, за редкими исключениями, психозов во время самой инфекции, очень часто оставлял после себя повышенную чувствительность, облегчающую развитие психогенных реакций. Еще больше приходится считаться в этом отношении с длительной психической травматизацией. Может иметь место временное повышение чувствительности вследствие неблагоприятно сложившейся ситуации. Приходится считаться и с влиянием возраста. Дети, подростки и молодые субъекты более ранимы, ввиду более легкого наступления у них вегетативных реакций. Период менструаций, беременности и послеродовой характеризуются большей готовностью давать психогенные реакции.

После этих общих замечаний постараемся дать общую психопатологическую и клиническую характеристику психогенных расстройств, начиная с более элементарных и переходя к более сложным

психогениям. Поскольку речь идет об отдельных феноменах, затрагивающих преимущественно одну какую-нибудь сферу, наиболее целесообразно в смысле порядка изложения излагать их по отдельным сферам психической деятельности.

Последнее десятилетие по данным, как отечественных, так и зарубежных авторов, характеризуется неуклонным ростом частоты пограничных нервно-психических расстройств, среди которых преобладают неврозы. Такая ситуация обусловлена существенными социально-экономическими, социально-психологическими, экологическими изменениями, происходящими в обществе. Рост распространенности невротических расстройств сопровождается изменением их клинической структуры и динамики, что делает необходимым постоянный анализ данной категории расстройств.

Исследованиями последнего периода установлено, что клинической основой невротической патологии являются эмоциональные расстройства. Развитие их обусловлено констелляцией многих факторов, среди которых ведущая роль принадлежит конституционально-биологическим и социально-психологическим. Разнообразие эмоциональных нарушений обусловлено как особенностями этих факторов, так и различиями в их сочетании и степени выраженности.

Эмоциональные нарушения при невротических расстройствах характеризуются динамизмом, лабильностью и неустойчивостью, причиной чего является тенденция к слиянию, усложнению и трансформации отдельных модальностей. Клинико-психопатологический анализ эмоциональных нарушений при невротических расстройствах свидетельствует об их синдромальной не специфичности. В то же время данные клинико-феноменологического исследования свидетельствуют о наличии

определенного их своеобразия при неврастении, диссоциативных и тревожно-фобических расстройствах. При неврастении основу эмоционального реагирования составляют отрицательные модальности депрессивного спектра; при диссоциативных расстройствах своеобразие эмоциональных нарушений определяется наличием в их структуре противоположных по знаку и полярных по значению эмоций; у больных тревожно-фобическими расстройствами эмоциональные нарушения формируются за счет отрицательных эмоций тревожно-фобического круга.

J. Brown в своём труде «*Elementamedicinae*» в 1780 г. предложил термин «астения». Он разделял астению на, формирующуюся вследствие экзогенных факторов (холод, голод, кровопотеря, травма) – «прямую», и «непрямую», описываемую как истощение возбудимости. В 1765 году R. Whytt описал нервность напоминающую неврастению в виде отдельного синдрома астенические жалобы в качестве невротических. G.M. Beard (1869, 1880) опубликовал статьи в которых применил термин «неврастения». Первая монография на русском языке по неврастении написана Ю.К.Белицким в 1906 году.

По мнению С.М. Свядоща (1982), для гиперстенической формы неврастении характерны «повышенная возбудимость, раздражительность, вспыльчивость, нетерпеливость, аффективная неустойчивость, чувство напряженности, иногда тревоги, повышенная отвлекаемость, рассеянность, торопливость, затруднение засыпания, соматовегетативные расстройства (потливость, тахикардия, неприятные ощущения в области сердца, головные боли, головокружение и т.д.)».

Среди постоянных симптомов гиперестезии часто отмечаются головные боли напряжения (Карвасарский Б.Д., 1969; Андреев А.В., 2001; Медведева Л.А. и др., 2006; Якупова А.А. и др., 2011).



Расстройство сна А. Крейндлер (1963), А.М. Вейн (1995), Г.В. Ковров и др. (2004), Я.И.Левин(2005), А.Ш.Тхостовидр. (2007), К.Н.Стрыгин(2013); M.L.

Perlisetal. (2005) и многие другие авторы считали патогномичным симптомом неврастении.

В своих работах Т.С. Истманова (1958) и многие другие авторы (Симоненков В.И. и др., 1999; Катин А.Я. и др., 2002; Марилов В.В. и др., 2010; Drossman D.A., 1998; WilhelmsenI. 2002) выявили расстройства функций желудочно-кишечного тракта.

С развитием современной психофармакологии для восстановительной терапии при астенических состояниях стали активно применяться лекарственные препараты. Для этого используются психостимуляторы, транквилизаторы, ноотропы, антидепрессанты, нейролептики (Сафарова Т.П., 1997; Краснов В.Н., Вельтищев Д.Ю., 1999; Мосолов С.Н., 2002; НезнамовГ.Г. и др., 2007; Полторак С.В. и др., 2009). В частности, при гиперстенических проявлениях астении рекомендуется применение так называемых «дневных» транквилизаторов, при гипостенических нарушениях – комбинации транквилизаторов с психостимуляторами (Бобков Ю.Г. и др., 1984; Смулевич А.Б., и др., 1999; Аведисова А.С., 1999, 2005; Давыдова И.А., 2001; Бухановский А.О. и др., 2002; Александровский Ю.А. и др., 2003, 2004). Однако психофармакологическое лечение данной группы расстройств имеет ряд ограничений, к которым относятся, резистентность к проводимой терапии значительной части больных, возникновение «лекарственной зависимости» а также иных побочных и нежелательных эффектов (Сафарова Т.П., 1997; Вишневская Л.Я. и др., 1994; Воронина Т.А., 2000; Аведисова А.С., 2005). Поэтому, с учетом характерной для этих пациентов повышенной чувствительности к побочному действию лекарственных средств, использование фармакотерапии сопряжено со значительными трудностями,

для преодоления которых рекомендуется применение минимальных дозировок препаратов и значительная продолжительность лечебного курса, а также различные сочетания фармакологических препаратов (2001; Сергеев И.И., 2003; Куликова Т.Ю., 2008). Рекомендуются и другие способы восстановительного лечения астенической патологии. В частности, описано использование таких нелекарственных методов лечения, как бальнеотерапия, акупунктура, физиотерапия и рефлексотерапия (Мамишев С.Н. и др., 2003; Коневских Л.А. и др., 2003; Миненко И.А. и др., 2005), самостоятельное или в сочетании с фармакологическими препаратами применение депривации сна, психотерапии, светотерапии, цветотерапии, иглорефлексотерапии (Табеева Д.М., 2004), лазеротерапии, музыкотерапии, дыхательно-релаксационного тренинга, фитотерапии (Божко С.А., Тювина Н.А., 2008), гомеопатии (Михайлова А.А., 2003). Многими авторами подчеркивается необходимость изменения образа жизни, ритма труда и отдыха, рекомендуются санаторное, курортное лечение, физиотерапия, применение адаптогенов и стимуляторов растительного происхождения, препаратов «общеукрепляющей терапии», включая комплексы витаминов, аминокислот, активаторов окислительно-восстановительных процессов (Агаджанян Н.А. и др., 2000; Простомолотов В.Ф., 2002; Burks T.F., 2000). Хотя на сегодняшний день существуют и данные о низкой эффективности применения поливитаминов при лечении астенического симптомокомплекса.

Таким образом, анализ литературы показывает, что в последнее время увеличилось количество работ, отражающих опыт лечебного действия различных психотропных средств, преимущественно на симптомы или синдромы. Однако разработке психотерапевтических стратегий для лечения неврастения, с учетом характерных для этой нозологии мишеней и специфических этиопатогенетических механизмов, уделяется мало внимания.

К психогенным заболеваниям (психогениям) в современной психиатрии относят группу болезненных состояний, причинно связанных с действием психотравмирующих факторов, т. е. таких, при которых психическая травма определяет не только возникновение, но также симптоматику и течение заболевания.

В западных странах особое влияние на разработку проблемы психогенных заболеваний, главным образом неврозов, в том числе и в детском возрасте оказал психоанализ З. Фрейда. Одной из причин этого явилась популярность сформулированной З. Фрейдом теории развития детской сексуальности. Согласно ей, неудовлетворенная или подавленная вследствие социальных (например, воспитательных) влияний на разных стадиях развития («оральной», «анальной», «генитальной») сексуальность ребенка вместе со свойственным ей зарядом «психической энергии» либо «сублимируется», т.е. проявляется в более высоких формах социально приемлемой деятельности (включая научное творчество, искусство, общественную деятельность и т.д.), либо рано или поздно становится источником тех или иных невротических расстройств. Последние при этом представляют, как бы символические проявления неотреагированной психической энергии «вытесненных» сексуальных влечений.

В отличие от Фрейда, представители неофрейдизма объясняют возникновение невротических расстройств не патогенным влиянием вытесненного сексуального влечения, а конфликтом между культурой общества, «нравственным самосознанием» и имманентными внутренними психическими силами, именуемыми «реальным внутренним Я» (К. Horney), «компульсивным динамизмом» (Н. Sullivan) и т.д., в основе которых лежат также инстинкты.

**Эпидемиология.** Хотя точных данных о распространенности психогенных заболеваний нет, отдельные статистические данные и результаты выборочных эпидемиологических исследований косвенно указывают на то, что они относятся к числу наиболее распространенных форм психической патологии в любом возрасте.

В некоторых современных зарубежных сообщениях приводятся значительно высокие показатели распространенности психогенных заболеваний.

**Этиология.** Хотя общим причинным фактором психогенных заболеваний является то или иное психотравмирующее воздействие, характер последнего может быть очень различным. По нашему мнению, классификация психотравмирующих воздействий должна быть построена с учетом как количественных критериев (сила воздействия, его длительность и т.д.), так и содержания психической травмы. Исходя из этого, мы выделяем следующие типы психотравмирующих факторов: 1) шоковые психические травмы; 2) психотравмирующие ситуации относительно кратковременного действия; 3) хронически действующие психотравмирующие ситуации; 4) факторы эмоциональной депривации.

Психогения (психо — душа, относящийся к душе, гения- порождение, порождающий) — болезненное состояние в виде кратковременной реакции или длительного состояния (болезни), обязанного своим возникновением воздействию факторов, травмирующих психику (психотравма).

Критерии диагностики.

В общем виде для отграничения этой группы психических расстройств психогенной природы от других психических нарушений пользуются критериями, предложенными Ясперсом для диагностики реактивных психозов.

Триада Ясперса:

- 1) состояние вызывается (следует по времени за ситуацией) - психической травмой,
- 2) психогенно-травмирующая ситуация прямо или косвенно отражается в клинической картине заболевания, в содержании его симптомов.
- 3) состояние прекращается с исчезновением вызвавшей его причины.

Однако, следует учитывать относительность этих критериев, поскольку: а) реактивные состояние могут возникнуть отставлено, б) психотравмирующая ситуация может отражаться в содержании и при заболеваниях другой природы (например, при шизофрении) и, наконец, в) не всегда прекращение воздействия психотравмы приводит к окончательному выздоровлению.

Клинические варианты.

Все многообразие реактивных (психогенных) психических расстройств, связанных с психотравмой (стрессом), согласно МКБ-10, в зависимости от характера психотравмы и клинических проявлений, условно разделяют на:

1. Аффективно-шоковые психогенные реакции (*Острая реакция на стресс*).
2. Прimitивно-истерические психозы (*Диссоциативные расстройства*)
3. Затяжные реактивные психозы
4. А) Реактивные депрессии (*Расстройство адаптации. Депрессивный эпизод*).
5. Б) Реактивные бредовые психозы (*Острые преимущественно бредовые расстройства, ассоциированные со стрессом*)
6. Посттравматическое стрессовое расстройство (данный вид расстройства впервые выделен в МКБ-10)

Аффективно-шоковые психогенные реакции (*Острая реакция на стресс*).

Это, как правило, кратковременные (транзиторные) реакции психотического уровня, возникающие у лиц, до того не имевших видимого психического расстройства, в ситуациях острой, внезапной, массивной, психотравматизации.

По содержанию психотравмирующие ситуации чаще всего предстают в виде: а) угрозы безопасности или физической целостности самому индивидууму или близкому (при природных катастрофах, несчастном случае, войне, изнасиловании и т.п.) или б) необычно резкого и угрожающего изменения в социальном положении и (или) окружении больного (потеря многих близких или пожар в доме и т.п.)

Однако далеко не у всех в таких ситуациях развиваются вышеуказанные расстройства.

Риск развития расстройства увеличивается у людей: а) ослабленных соматическим заболеванием, б) длительным недосыпанием, в) утомлением, г) эмоциональным напряжением, д) наличием органически неполноценной почвы (пожилые).

Личностные особенности индивидуума, при такого рода расстройствах, имеют меньшее значение, особенно при угрозе жизни (т.н. внеличностное реагирование). Хотя, следует сказать, что уязвимость и адаптивные способности у разных людей различаются. Кроме того, их можно повысить путем целенаправленной тренировки и подготовки к таким ситуациям (профессиональные военные, пожарники).

Возникает состояние острого ужаса, отчаяния, с обильными *вегетативными* проявлениями («волосы дыбом», «позеленел от страха» «сердце чуть не вырвалось из груди»), на фоне чего происходит *аффективное* (*афектогенное*) сужение поля сознания. Из-за этого утрачивается адекватный

контакт с окружающим (неспособность адекватно реагировать на внешние стимулы), возникает дезориентировка.

В дальнейшем своем развитии данное состояние может сопровождаться двумя противоположными вариантами проявлений, что дало основание выделять гипо - и гиперкинетический варианты аффективно-шоковых реакций.

Гипокинетический вариант (**диссоциативный ступор в рамках острой реакции на стресс по МКБ-10**) — проявляется внезапно возникшей двигательной заторможенностью («оцепенел от ужаса»), достигающих в отдельных случаях полной обездвиженности (*ступор*) и невозможностью говорить (*мутизм*). В состоянии ступора больные не воспринимают окружающее, не реагируют на стимулы, на лице выражение ужаса, глаза широко открыты. Наблюдается, чаще, бледность кожных покровов, обильное холодное потоотделение, могут произойти непроизвольные мочеиспускание и дефекация (вегетативный компонент). Такое реагирование (поскольку оно в целом надличностное) является результатом оживления эволюционно наиболее ранних форм защитных действий у живых организмов в ситуации угрозы, смысл которых заключается в стратегии «если замереть, то может, не заметят» (т.н. «мнимая смерть»).

Гиперкинетический вариант (**реакция бегства в рамках острой реакции на стресс по МКБ-10**) — проявляется выраженной ажитацией, психомоторным возбуждением. Довольно часто у большого количества людей одновременно — т.н. «паника толпы». Больные бесцельно мечутся, куда-то бегут, движения абсолютно нецеленаправленны, хаотичны, часто что-то кричат, рыдают с выражением ужаса на лице. Состояние, так же как при первом варианте, сопровождается обильными вегетативными проявлениями (тахикардия, бледность, потливость и пр.). Ранне-эволюционный

стратегический смысл такого реагирования в виде «двигательной бури» — «авось какое-то движение спасет».

Длительность таких реакций в среднем до 48 часов при сохранении стрессорного воздействия. При его прекращении симптомы начинают уменьшаться в среднем через 8-12 часов. После перенесенного состояния развивается полная или частичная амнезия. Если данное расстройство затягивается на более длительный срок, то диагноз пересматривается.

#### Примитивно-истерические психозы (Диссоциативные расстройства)

Эта группа расстройств возникает, чаще всего, в ситуациях, угрожающих свободе личности. Их еще образно называют «тюремные психозы». С ними чаще имеют дело судебные психиатры. Хотя принципиально такое состояние может развиваться и при других условиях.

Чаще всего такие расстройства возникают у лиц с истероидными чертами характера, основными из которых являются выраженная склонность к внушаемости и самовнушаемости.

Болезнь возникает по истерическим механизмам защиты (диссоциация) от непереносимой для личности ситуации: «бегство в болезнь», «фантазирование», «регресс» и отражает представление данной личности о сумасшествии («стал как ребенок», «поглупел» «превратился в животное» и пр.). На сегодняшний день такие примитивные формы реагирования встречаются редко.

Под влиянием психотравмирующего воздействия возникает сложное, негативное аффективное состояние, которое, включая истерические механизмы защиты, приводит к состоянию *истерически сумеречного сужения поля сознания*, на фоне которого и развертываются разные варианты истерических психозов. Они в свою очередь могут предстать как



самостоятельными формами, так и стадиями (этапами). По окончании психоза выявляется амнезия.

Клинические проявления в этой группе психозов весьма многообразны (как, впрочем, и при всей истерии). К ним относят следующие состояния.

***Псевдодеменция*** — мнимое слабоумие. Это относительно более легкое и неглубокое расстройство. Человек в этом состоянии производит впечатление слабоумного. Поведение становится неправильным, таращит глаза, оглядывается по сторонам, изображая как бы слабоумного (не может зажечь спичку, отпереть дверь и т.п.). В беседе перестает правильно отвечать на вопросы, на простые вопросы выдает нелепые ответы, но в плоскости вопроса. Однако бросается в глаза типичный для данного состояния контраст между проявлениями слабоумия в простых ситуациях при одновременной сохранности правильных действий в гораздо более сложных ситуациях. Развитие постепенное. Длительность до нескольких недель с полной редукцией симптоматики и развитием амнезии на период психоза.

***Пуэрилизм*** — состояние, в котором больной изображает как бы ребенка: речь становится детской, коверкает слова, шепелявит, называет всех «дяденька» и «тетенька». Поведение так же приобретает детские черты: просится «на ручки», «в кроватку», ковыряется в носу, хнычет, сосет пальцы, играют предметами и т.п.

***Синдром Ганзера*** — остро возникающий, более тяжелый вариант псевдодеменции, который характеризуется явлениями *мимоговорения*, «приблизительными ответами». Может включать в себя явления пуэрилизма.

***Синдром регресса психики (синдром «одичания»)*** — состояние, при котором человек своим поведением напоминает животное. Ходит на четвереньках, рычит, кусается, скалиться, обнюхивает предметы, лакает из миски и т.п.

**Синдром бредоподобных фантазий** — возникновение бредоподобных идей на основе чрезмерного фантазирования, как способа психологической защиты. При этом нет убежденности. Однако рассказывают довольно убедительно, красочно, демонстративно о своих изобретениях, успехах, бегствах, произошедших с ними невероятных приключениях. В содержании как правило так или иначе отражается травмирующая ситуация с измененным сюжетом и своей роли в ней.

По современным представлениям (МКБ-10) к *диссоциативным* расстройствам психотического уровня также относят:

**Диссоциативная (истерическая) амнезия** — потеря памяти на недавние важные (обычно травматические события типа потери близких или несчастных случаев), не связанная с органическим поражением головного мозга и имеющей такую выраженность, что не может быть объяснена обычной забывчивостью или усталостью. Обычно она является парциальной и селективной с частым варьированием в течении нескольких дней, но, с постоянной невозможностью вспомнить в состоянии бодрствования.

**Диссоциативная (истерическая) фуга** — имеет все признаки диссоциативной амнезии в сочетании с внешне целенаправленными путешествиями вне пределов обычной повседневности, во время которых больной поддерживает уход за собой и несложное социальное взаимодействие с незнакомыми людьми (типа покупки билетов, заказа еды и т.п.). Со стороны такое поведение может представляться совершенно нормальным. Данное состояние не обусловлено органическим поражением головного мозга.

**Диссоциативный (истерический) ступор** — поведение больного отвечает критериям ступора, отсутствуют физические или другие психические расстройства, которое могло бы объяснить ступор и есть сведения о недавних стрессах или текущих проблемах (психотравматизации).

## Затяжные реактивные психозы

А) Реактивные депрессии. (Расстройство адаптации. Депрессивный эпизод).

Это группа реактивных (психогенных) депрессивных состояний, вызванных субъективно значимыми психотравмами.

Наиболее частыми вариантами психотравмы при таких расстройствах являются многообразные психосоциальные стрессоры в виде ситуации эмоционального лишения (смерть близкого, его отъезд, уход, положение беженца, просто переезд, особенно вынужденный и пр.).

Хотя ведущей причиной развития реактивных депрессий является наличие психосоциального стресса (без которого она бы не развилась), в то же время не менее значима роль и личностных особенностей. Чаще такие расстройства возникают у лиц с такими чертами как прямолинейность, ригидность, бескомпромиссность.

Депрессия развивается обычно спустя некоторое время (до нескольких дней) вслед за психотравматизацией после внутренней переработки случившегося с оценкой значимости потери, что является попыткой психологически справиться с лишением (утратой).

**Клинические проявления** и выраженность психогенных депрессивных переживаний может быть различной.

Это может быть психологически вполне адекватное переживание утраты в виде подавленности и грусти (реакция горя, не выходящая за этнокультуральные особенности). Может доходить до уровня психотической депрессии с витальной тоской, с переживанием безысходности, нежеланием жить и идеями самообвинения.

Длительность от нескольких дней до нескольких лет с возможными периодическими обострениями.

Выделяют несколько клинических вариантов таких депрессий.

Психогенная депрессия может предстать в виде **астено-апатического** состояния, с вялостью, утомляемостью, бездеятельностью, безразличием ко всему.

При **простой (чистой)** депрессии клиническая картина исчерпывается депрессивной симптоматикой. Тоскливое настроение сопровождается двигательной заторможенностью и замедлением течения мыслительных процессов. Все переживания сконцентрированы вокруг психотравмирующей ситуации. Не удается переключить внимание и отвлечь мысли на что-то другое. Будущее окрашивается в мрачные тона. Могут возникнуть идеи самообвинения («не уберег» «из-за меня»), не желание дальше жить (суицидальные тенденции). Тоска усиливается обычно к вечеру. Тоска может усиливаться так же при оживлении воспоминаний о случившемся (иногда даже спустя месяцы и годы уже после выхода из собственно депрессии). Отмечаются нарушения сна, снижение аппетита, вегетативные проявления (гипертензия, тахикардия, диспноэ и т.п.). Могут возникнуть гипнагогические галлюцинации, отражающие случившееся событие. Наблюдаются обычно у гармоничных личностей, но с особенностями в виде сдержанности, собранности, аккуратности, целеустремленности, четкой эмоциональной привязанности к близким.

При **тревожной** депрессии отмечается двигательное беспокойство на фоне тревоги, доходящей до ажитации с приступами отчаяния. В таком состоянии больные не могут усидеть на месте, причитают об утрате, периодически начинают метаться, впадают в отчаяние с попытками покончить с собой (данный вариант наиболее опасен в отношении совершения суицида). Могут наблюдаться гипнагогические галлюцинации. Такому варианту психогенной депрессии часто так же предшествует аффективно-шоковая реакция. Чаше

возникают у лиц эмоционально неустойчивых, тревожно-мнительных, склонных к сомнениям, неуверенных в себе.

При **истерической** депрессии аффект тоски менее глубокий и может сочетаться с раздражительностью, капризностью, недовольством. В поведении наблюдается демонстративность, театральность, стремление вызвать сочувствие окружающих. Могут наблюдаться истерические расстройства моторной (параличи, парезы и т.п.), сенсорной (афония, глухота и пр.), сомато-вегетативной сфер. Чаще при таких депрессиях имеется тенденция обвинять окружающих в своем несчастье (а не себя). Если и звучат самообвинительные высказывания, то они носят демонстративный, нарочитый характер. Могут присоединиться психогенные галлюцинации в виде ярких, богатых сцен, отражающих психотравмирующую ситуацию (говорят с умершим, воспроизводят сцены из жизни, чувствуют прикосновение и пр.). Истерическому варианту реактивной (психогенной) депрессии может предшествовать кратковременная аффективно-шоковая реакция. Чаще наблюдается у лиц с чертами психического инфантилизма и истерическими чертами.

При **дисфорическом** варианте человек помимо основных переживаний депрессивного спектра проявляет еще раздражительность, напряженность, злобность. У подростков реакция горя может вылиться просто в агрессивность и антисоциальные поступки.

При **ипохондрическом** варианте постепенно собственно горе и переживание по поводу утраты сменяются жалобами на проявления какой-либо болезни (обычно у пожилых людей).

В ряде случаев может развиваться т.н. **диссимулятивный** вариант реактивной (психогенной) депрессии, особенно у подростков. При таком варианте отсутствуют жалобы на подавленность, тоску, больные держаться

тихо и незаметно, избегают разговоров на травмирующую тему. При этом они могут вынашивать суицидальные тенденции с неожиданной для окружающих их реализацией.

Б) Реактивные бредовые психозы. (Острые преимущественно бредовые расстройства, ассоциированные со стрессом)

Это группа психозов, при которых вследствие психической травматизации развивается бредовое состояние различной фабулы и структуры.

Чаше такие состояния возникают у лиц с инертностью мышления, подозрительных, ригидных, со склонностью к сверхценному реагированию по жизни.

*Реактивное паранояльное бредообразование (сверхценное образование)* — возникновение бреда (сверхценной идеи), не выходящего за рамки травмирующей ситуации, психологически понятного и сопровождающегося живой эмоциональной реакцией. Эти идеи доминируют в сознании, но на первых этапах больные еще могут поддаваться некоторому разубеждению. Во всем остальном поведение больного, не связанной со сверхценной идеей, заметных отклонений не обнаруживает.

*Реактивные параноиды* — возникновение идей преследования, отношения, иногда и физического воздействия на фоне выраженного страха и растерянности, вызванной психотравмой. Содержание идей отражает психотравмирующую ситуацию. В некоторых случаях могут возникнуть обильные слуховые и зрительные галлюцинации и псевдогаллюцинации на фоне измененного сознания.

Вариантами таких параноидов могут быть: параноид в условиях изоляции (например, в тюрьме), «железнодорожный» параноид, сенситивный бред Кречмера — *параноид внешней обстановки* (ситуационный), *бред преследования тугоухих* (у лиц со слабым слухом вследствие затрудненного

речевого контакта с окружающими) и *бред преследования в иноязычной среде* (аналогичное состояние из-за незнания языка).

Как реактивная паранойяльная реакция может возникнуть *ипохондрическая реакция* (часто как ятрогения) у лиц с повышенным вниманием к своему здоровью.

Посттравматическое стрессовое расстройство.

Посттравматическое стрессовое расстройство возникает как отставленная и/или затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию (кратковременную или продолжительную) исключительно угрожающего или катастрофического характера, которые в принципе могут вызвать общий дистресс почти у любого человека (например, природные или искусственные катастрофы, сражения, серьезные несчастные случаи, наблюдение за насильственной смертью других, роль жертвы пыток, терроризма, изнасилования или другого преступления).

Начало данного расстройства возникает вслед за травмой после латентного периода, который может варьировать от нескольких недель до месяцев (но редко более 6 месяцев). Течение волнообразно, но в большинстве случаев можно ожидать выздоровление. В небольшой части случаев состояние может обнаруживать хроническое течение на протяжении многих лет и переход в хроническое изменение личности.

Предрасполагающие факторы, такие как личностные черты (например, компульсивные, астенические) или предшествующие невротическое заболевание могут понизить порог для развития этого синдрома или утяжелить его течение, но они не обязательны и недостаточны для объяснения его возникновения.

Типичные признаки включают:

- эпизоды повторного переживания травмы в виде навязчивых воспоминаний (реминисценций), снов или кошмаров,
- хроническое чувство «оцепенелости» и эмоциональной притупленности
- отчуждение от других людей
- отсутствия реакции на окружающее
- ангедонию (не способность переживать радость)
- уклонения от деятельности и ситуаций, напоминающих о травме (индивидуум боится и избегает того, что ему напоминает об изначальной травме).

Изредка бывают драматические, острые вспышки страха, паники или агрессии, провоцируемые стимулами, вызывающими неожиданное воспоминание о травме или о первоначальной реакции на нее.

Обычно имеет место состояние повышенной вегетативной возбудимости с повышением уровня бодрствования, усилением реакции испуга и бессонницей. С вышеперечисленными симптомами и признаками обычно сочетаются тревога и депрессия, нередко являются суицидальные идеи, осложняющим фактором может быть избыточное употребление алкоголя или наркотиков.

#### Лечение.

Лечебные мероприятия при *реактивных состояниях и психозах* включают, прежде всего, если это возможно, устранение причины — психотравмирующей ситуации, чего иногда бывает достаточно. В остальных случаях необходима активная терапия, чаще в условиях стационара.

*Аффективно-шоковые реакции* в силу их кратковременности либо заканчиваются, либо переходят в другой вид реактивного расстройства. Лишь в отдельных случаях возникает необходимость лечения, особенно при гиперкинетическом варианте с целью купирования возбуждения, для чего



применяют, например, инъекцию нейролептиков (аминазин, тизерцин, оланзапин), транквилизаторов (реланиум).

*Реактивные депрессии* лечатся активно, медикаментозно (антидепрессантами, транквилизаторами) с последующим подключением психотерапии.

При *истерических психозах и реактивных бредовых состояниях* необходимо лечение в условиях стационара с применением медикаментозного (нейролептики) лечения.

При ПТСР применяется сочетание медикаментозной терапии (антидепрессанты, транквилизаторы) и психотерапии, направленной на правильное принятие и отреагирование травматического опыта.

Экспертиза.

На период реактивного психоза больные нетрудоспособны. В отдельных случаях аномальных развитии личности может быть поставлен вопрос о временной инвалидности.

Судебно-психиатрическая экспертиза больных с реактивными психозами признает невменяемыми в случае совершения ими преступления во время болезненного состояния. В случае развития реактивного психоза в период следствия или суда возможно приостановление следственных и судебных действий до выздоровления с последующим их возобновлением.

Неврозы (Невротические расстройства).

Общая часть. Невротические синдромы.

Расстройства, представленные в МКБ-10 в рубрике «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства», являются наиболее сложными для клинической классификации.

Так, в разделе «Невротические расстройства» объединены разные по своей этиопатогенной природе заболевания: психогенные, эндогенные, экзогенно-

органические и самостоятельные (наследственные) варианты невротических расстройств. Общими для всех них являются клинические проявления в виде определенных *невротических* (а не психотических) синдромов.

К невротическим синдромам относятся:

а) *синдром невротической астении* (см. Неврастения)

б) *обсессивно-компульсивный синдром* (см. Обсессивно-компульсивное расстройство)

в) *фобический синдром* (см. Тревожно-фобическое расстройство),

г) *истеро-конверсионный (диссоциативный) синдром* (см. Истерия)

д) *синдром невротической ипохондрии* — чрезмерная забота и беспокойство (а не убежденность, как при бредовой ипохондрии) о своем здоровье с переживанием неприятных ощущений в организме на фоне тревожной мнительности с эмоциональными нарушениями,

е) *синдром невротической депрессии* — представлен астено-депрессивным состоянием, проявляющимся в основном при затрагивании в беседе психотравмирующей темы

ж) *невротическое нарушение сна* в виде нарушения засыпания, неглубокого ночного сна и частыми пробуждениями.

з) *синдром невротической тревоги (вегетативная тревога)*, который может проявляться:

· Сомато — вегетативными симптомами:

- усиленное или учащенное сердцебиение;
- потливость;
- дрожание или тремор;
- сухость во рту;
- затруднения в дыхании;
- чувство удушья;

- боли или дискомфорт в груди;
- тошнота или абдоминальный дистресс (например, жжение в желудке).
- Симптомами, относящимися к психическому состоянию:
  - чувство головокружения, неустойчивости, обморочности;
  - ощущение, что предметы нереальны (дереализация) или что собственное «Я» отделилось или «находится не здесь» (деперсонализация);
  - страх потери контроля, сумасшествия или наступающей смерти;
  - страх умереть.
- Общими симптомами:
  - приливы или чувство озноба;
  - онемение или ощущение покалывания.

Частным проявлением является *невротический вегетативный криз (ВК) и (или) «паническая атака» (ПА)* (см. Паническое расстройство). В отличие от других подобных состояний ВК (ПА) характеризуются: а) связью с эмоциональным напряжением, б) разной длительностью состояний, в) отсутствием стереотипности проявлений.

### **Тревожные расстройства**

В 2021 г. тревожными расстройствами страдали 359 миллионов человек, в том числе 72 миллиона детей и подростков (1). Тревожные расстройства характеризуются чувством сильного страха и беспокойства и связанными с этим нарушениями поведения. Их симптомы достаточно выражены и вызывают серьезный дистресс либо значительные функциональные нарушения. Выделяют несколько разновидностей тревожных расстройств, в том числе генерализованное тревожное расстройство (характеризуется чрезмерным чувством тревоги), паническое расстройство (панические атаки), социальное тревожное расстройство (чрезмерный страх и тревога при

социальных контактах), тревожное расстройство, вызванное разлукой (чрезмерный страх или беспокойство по поводу разлуки с людьми, к которым сформировалась сильная эмоциональная привязанность). Существует ряд эффективных методов психологической помощи при тревожных расстройствах, в дополнение к которым в зависимости от возраста пациента и степени тяжести выявленного нарушения может назначаться медикаментозное лечение.

### **Депрессия**

Депрессия отличается от обычных перепадов настроения или кратковременных эмоциональных реакций на трудные ситуации в повседневной жизни. Депрессивный эпизод характеризуется ухудшением настроения (ощущением грусти, раздражительностью, чувством опустошенности) или потерей интереса к повседневной деятельности; такое состояние длится на протяжении большей части дня, возникает практически каждый день как минимум две недели подряд. При депрессии наблюдается также ряд других симптомов, в частности снижение концентрации, патологическое чувство вины или низкая самооценка, отсутствие веры в будущее, мысли о смерти или самоубийстве, нарушения сна, изменения аппетита или массы тела, а также ощущение сильнейшей усталости или упадка сил. У страдающих депрессией выше риск самоубийства. Депрессию, однако, можно лечить эффективными психологическими методами, в дополнение к которым в зависимости от возраста пациента и степени тяжести расстройства может назначаться медикаментозное лечение.

### **Факторы риска**

В каждый момент времени на человека воздействует целый ряд индивидуальных, семейных, социальных и структурных факторов, которые могут как способствовать, так и препятствовать поддержанию психического

здоровья. Большинство людей обладают психической устойчивостью, однако такие неблагоприятные факторы, как нищета, насилие, инвалидность и неравенство, повышают риск ее дестабилизации. К защитным факторам и факторам риска относятся индивидуальные психологические и биологические факторы, в том числе эмоциональные навыки и генетические особенности. На многие из факторов риска и защитных факторов влияют структурные или функциональные изменения на уровне головного мозга.

### **Системы здравоохранения и социальной поддержки**

На сегодняшний день учреждения здравоохранения испытывают значительную нехватку ресурсов и не удовлетворяют в полной мере потребности лиц с психическими расстройствами. Во всем мире существует большой разрыв между потребностями в помощи и объемом ее оказания, а качество такой помощи зачастую является неоптимальным. Так, психиатрической и психологической помощью официально обеспечивается только 29% лиц с психозами (3) и лишь одна треть лиц с депрессией (4).

Лица с психическими расстройствами нуждаются также в социальной поддержке, в том числе для формирования и поддержания личных, семейных и социальных отношений. Кроме того, им нередко требуется помощь в получении образования, устройстве на работу, организации жилья и выполнении других важных жизненных функций.

### **Деятельность ВОЗ**

*В Комплексном плане действий ВОЗ в области психического здоровья на 2013–2030 гг. признается важнейшая роль охраны психического здоровья для достижения здоровья для всех людей. В плане предусмотрены четыре главные цели:*

- укрепление эффективного лидерства и руководства в области охраны психического здоровья;

- оказание комплексной, интегрированной и оперативной медико-санитарной и социальной помощи на уровне местных сообществ;
- осуществление стратегий укрепления психического здоровья и профилактики психических расстройств; и
- укрепление информационных систем, доказательной базы и научных исследований в области психического здоровья.

В рамках [Программы действий ВОЗ по ликвидации пробелов в области психического здоровья \(mhGAP\)](#) (на английском языке) ведется работа по созданию научно обоснованных технических руководств, методических пособий и комплектов учебных материалов в интересах расширения обслуживания в странах, особенно в условиях низкой обеспеченности ресурсами. Программа ориентирована на приоритетный перечень психических расстройств и направлена на укрепление потенциала медицинских работников общего профиля в рамках комплексного подхода к охране психического здоровья на всех уровнях оказания помощи. В рамках программы используется [второе издание Руководства mhGAP-IG ВОЗ по оказанию помощи](#), в котором приводятся практические рекомендации для врачей, медсестер и других работников неспециализированных медицинских учреждений по выявлению и лечению психических расстройств.

### **Проблемы преподавания данной дисциплины**

Основными сложностями являются:

- Эмоциональная вовлеченность студентов, которая может препятствовать объективному изучению материала.
- Сложность объяснения механизмов развития заболеваний без практического примера.

- Недостаток интерактивных методов, обеспечивающих развитие клинического мышления.

### **Эмоционально-волевые психогенные синдромы**

Психогенные расстройства обязаны своим возникновением аффекту и поэтому целесообразно начать рассмотрение их с изменений в эмоциональной сфере. На них можно смотреть как на более резкое проявление того, что наблюдается при сильных аффектах. Это сравнительно элементарные реакции, разряды примитивной активности, не управляемые и не регулируемые в должной мере сознанием. В этом отношении они приближаются к выше рассмотренным шокowym реакциям, отличаясь от них известной сохранностью сознания. В них эмоциональные компоненты тесно связаны с двигательными, так что во многих случаях на них можно смотреть, как на непосредственную передачу на двигательную сферу эффективного возбуждения, причем форма реакции не всегда оказывается адекватной интенсивности и качеству раздражения. К этой группе относятся приступы *некоординированного бессмысленного возбуждения*, слепой ярости как реакции на отдельные раздражения или травмирующую ситуацию. Такие приступы возбуждения наблюдаются иногда при аресте, заключении в тюрьму. Много наблюдений такого рода собрано сотрудниками Института судебной психиатрии имени Сербского. Иностранные авторы, в частности, Фрибурблан, описывали такие состояния у военнослужащих как реакцию на тягостные переживания фронта. Их можно встретить у раненых с длительным процессом заживления ранения, в особенности как реакцию на боль. Приступы ярости направляются на окружающих, виновников переживаний раненых или на лиц, не имеющих к ним никакого отношения, иногда на самих себя, приводя к попыткам самоубийства.

Возможны приступы *возбуждения гипоманиакального* характера, при которых нельзя думать о выявлении соответствующей конституции. Своеобразие заключается в том, что эйфорический характер реакции совсем не соответствует вызывающему моменту. В литературе имеются описания случаев с эйфорией и скачкой мыслей, а также остро возникающего и очень интенсивного маниакального движения. Аналогичные картины возбуждения нам приходилось наблюдать у пострадавших при взрывах бомб в период воздушных нападений на Москву. Такие же состояния маниакального возбуждения, неадекватные характеру вызывающего момента, наблюдались в связи с психической травматизацией на войне. Такие приступы возбуждения быстротечны, но в некоторых случаях наблюдаются рецидивы. Здесь опять нужно иметь в виду, что очень сильное раздражение может оставить следы, которые оживают при новых раздражениях хотя бы другого характера, давая повторение прежней реакции.

Противоположный характер имеют приступы эмоционального и двигательного торможения с безразличным общим заторможением. Возможны выраженные картины *психогенного ступора*. Давно известны картины ступора, развивающегося при аресте и заключении в тюрьму. Аналогичные состояния наблюдались под влиянием психической травматизации военного характера. По сравнению с приступами возбуждения они более длительны.

Нередкое явление представляют *дистимические реакции*, которые могут не сопровождаться выраженным заторможением. Таким больным менее свойственны идеи уничижения, виновности; содержание сознания больных заполнено преимущественно переживаниями, имеющими отношение к психической травме. Источниками травматизации могут быть переживания на войне, неблагоприятная семейная ситуация, какой-нибудь несчастный случай.



В период войны 1914–1918 гг. описывались депрессивные состояния у военнопленных: чувство тоски у этих больных было значительно выражено, о чем свидетельствовали нередкие попытки самоубийства. Тоскливость может найти себе выход в наклонности к блужданиям. У больных с церебральным артериосклерозом в этих условиях нередко развиваются гипохондрические явления.

Психогенным путем могут возникнуть выраженные состояния страха с общим изменением психического функционирования, с двигательными реакциями.

Заторможение высших психических функций под влиянием аффекта страха приводит к выявлению примитивной активности с убеганием, с бессмысленной агрессивностью. Сюда нужно отнести состояния необычайной боязливости, трусливости, с которой человек не может справиться. Такие случаи редки, но иногда бывают и на войне. Фрибурблан описывает следующий случай такой патологической трусливости.

Инженер, прибывший на фронт, участвуя в сражении, вдруг почувствовал такой страх, что оставил свое место в строю и бросился бежать по направлению к немцам. Был задержан, предан суду и приговорен к смертной казни. Перед совершением ее он говорил, что предстоящая смерть, как ни ужасна сама по себе, все же для него легче, чем мучительное состояние страха, которое он переживал.

Реакция страха типа *angoisse* развивается главным образом при длительной психической травматизации в условиях истощения вегетативной нервной системы. В главе о шоковых психических реакциях мы говорили о них как о фоне, на котором могут развиваться острые состояния страха, иногда повторного характера. Чаще всего это ангиноподобные состояния, приступы страха, с чувством сжатия сердца, ожидания какой-то беды, тоски.

### **1.3. Применение интерактивных методов в преподавании психогенных заболеваний.**

#### **Теоретический базис интерактивного обучения**

Концепция конструктивизма: Обучение через опыт и социальное взаимодействие.

Групповая динамика в учебной аудитории: Фазы формирования малой группы и их использование для разбора сложных клинических случаев.

Обратная связь (Feedback): Роль мгновенной коррекции ошибок в формировании диагностического алгоритма.

У учителей, особенно новичков, часто возникают вопросы по технологии использования на уроках интерактивных методов обучения. Как сделать так, чтобы дети не баловались, а работали, и чтобы материал хорошо усвоился? В статье разберем, какие методы называются интерактивными и как их применять на уроках на разных ступенях обучения в школе.

Сегодня от студентов требуется применение полученных знаний и навыков на практике непосредственно в процессе обучения, а также создание нового решения на базе полученной информации. Этих целей практически невозможно достигнуть без использования методов обучения, которые делали бы студентов не пассивными слушателями, а активными участниками обучающего процесса. Именно такая возможность появилась в результате использования современных интерактивных технологий обучения. Эти технологии в образовании дают возможность применять не только учебную литературу, но и иные ресурсы (интернет, электронные библиотеки, международные базы данных и др.), направлять познавательные способности студентов в нужное русло, организовывать взаимодействие «преподаватель-студент», «студент-студент», «студент-группа студентов». В итоге эти технологии позволяют обеспечить устойчивый интерес студентов, повышение

мотивации к приобретению новых знаний, значит и эффективность процесса обучения в целом. Более чем у половины студентов наблюдается нейтральный, а в ряде случаев отрицательный познавательный интерес к обучению. Показателями этого являются не сформированность умений работать с информацией, размещенной в различных источниках, в том числе и в интернете, неумение организовывать самостоятельную деятельность, четко выражать свои мысли и анализировать способы собственной деятельности.

В результате у студентов со сниженным познавательным интересом не вырабатывается целостного взгляда на мир, задерживается развитие самосознания и самоконтроля, формируется привычка к бездумной, бессмысленной деятельности, привычка списывать, отвечать по подсказке, шпаргалке или с использованием различных гаджетов. Необходимо на настоящем этапе образования искать такие формы, методы и приемы обучения, которые позволяют повысить эффективность усвоения знаний, помогают распознать в каждом его индивидуальные особенности и на этой основе воспитывать у него стремление к познанию и творчеству.

Особое внимание в учебном процессе уделяется адаптивным методам обучения и контроля; организации самостоятельной работы, учащихся с помощью контрольно-обучающих программ; решению образовательных проблем через дифференциацию и индивидуализацию обучения; использование методов адаптивного тестирования как основы для реализации методик развивающего и продуктивного обучения. Преподаватель вуза стоит на передовом рубеже инновационной деятельности университета.

Основными характеристиками выпускника медицинского вуза становятся его компетентность и мобильность, что обуславливает смещение акцента при изучении учебных дисциплин на собственно процесс познания, эффективность которого полностью зависит от познавательной активности

самого студента. В научно-педагогической и психологической литературе существуют разные взгляды на источники активности обучающегося. Распространена точка зрения, что искать источники активности следует в самом человеке, его мотивах и потребностях. Другие учёные обнаруживают источники активности в естественной среде, окружающей человека, и выявляют факторы, стимулирующие активность обучающихся. К таким факторам принято относить:

- познавательный и профессиональный интерес;
- творческий характер учебно-познавательной деятельности;
- состязательность;
- игровой характер проведения занятий; эмоциональное воздействие указанных факторов.

Что же вкладывают педагоги-исследователи в понятие «интерактивное обучение»? Под интерактивным обучением понимают: – обучение, основанное на психологии человеческих взаимоотношений и взаимодействий; – совместный процесс познания, где знание добывается в совместной деятельности через диалог, диалог учащихся между собой и учителем;

– обучение, построенное на взаимодействии учащегося с учебным окружением, учебной средой, которая служит областью осваиваемого опыта. Соответственно интерактивные методы (от англ. *inter* – «между»; *act* – «действие») – это методы обучения, позволяющие учиться взаимодействовать между собой.

Как же разграничить активные и интерактивные методы обучения?

В последние годы эти термины применяются широко, но общепринятой трактовки понятий нет. Активные методы обучения объединяют формы индивидуального и коллективного освоения учебного материала, использующего фактические данные конкретной проблемы и ее

теоретические обобщения. Наиболее эффективными из них являются ситуационные методы: анализ конкретных ситуаций, решение практических задач, инсценировки, разбор инцидентов, деловые игры. Цель активных методов обучения заключается в интеграции всех психических процессов (речь, память, воображение и т.д.) для усвоения знаний, умений, навыков. Первоначально активные методы обучения исследовались и внедрялись на уровне школьного обучения.

К методам активного обучения относятся те, при которых каждый учащийся вынужден активно добывать, перерабатывать и реализовывать учебную информацию, представленную в такой дидактической форме, что это обеспечивает объективно существенно лучшие, по сравнению с традиционными способами результаты обучения практической деятельности.

Такое понимание проблемы дает следующее преимущество:

1 Однозначно определяется цель активного обучения – добиться существенно лучших результатов, чем при традиционном общепринятом методе.

2 Отсутствует жесткое ограничение – что конкретно относить к активным методам.

3 Обозначено главное отличие – способ получения, переработка и реализация учебных сведений.

4 Зафиксирована четкая нижняя граница – практическая деятельность, т.е. третий уровень обучения.

5 Не обозначена верхняя граница обучения, т.е. предусмотрено, что активными методами можно формировать и совершенствовать четвертый уровень обучения – истинное творчество.

6 Обусловлен объективный критерий лучших результатов, т.е. не общеизвестные, завышенные субъективные отметки на зачетах и экзаменах, а

документированные результаты решения задач, тестового контроля, самостоятельной работы учащегося с реальными объектами профессиональной деятельности, например, у студента-медика, и врача – работа с больными.

7 Цель и условия – объективно лучшие результаты обучения и высокий (минимум три) уровень обучения.

Исходя из вышеперечисленного, определились три важнейших направления, улучшающих качество обучения:

- оптимизация профессионального мышления посредством обучающих алгоритмов;

- оптимизация профессиональных умений и навыков с помощью программированного обучения;

- моделирование профессиональной деятельности, наивысшая форма которого – дидактические игры, как новый эффективный метод подготовки врача.

Интерактивное обучение обеспечивает формирование общекультурных и профессиональных компетенций, поскольку способствует решению ряда задач:

- усиление активно-познавательной и мыслительной деятельности студентов;

- вовлечение студентов в процесс обучения, освоения нового материала не в качестве пассивных слушателей, а в качестве активных участников;

- усиление мотивации к изучению дисциплины;

- развивает коммуникативные компетенции у студентов, помогает установлению эмоциональных контактов между студентами;

- вырабатывает навыки самостоятельно находить информацию и определять уровень ее достоверности и умения восприятия и передачи информации в квазипрофессиональных условиях для реализации совместной деятельности;

- формирует учебно-исследовательскую компетентность (анализ и критическое мышление, синтез, постановка целей и пр.), позволяющую решать обучающие и профессиональные задачи;
- воспитывает специалиста за счёт освоения навыка командной работы, при которой важно прислушиваться к чужому мнению, находить оптимальное решение и воплощать его в жизнь;
- создаёт комфортные условия обучения (снятие нервной нагрузки, переключение внимания, смена форм деятельности), при которых студент осознаёт свою успешность, свою интеллектуальную состоятельность, что делает продуктивным сам процесс обучения;
- сокращение доли традиционной аудиторной работы и увеличение объема самостоятельной работы студента;
- развитие навыков владения современными техническими средствами и технологиями обработки информации;
- гибкость и доступность процесса обучения – студенты могут подключаться к учебным ресурсам и программам с любого компьютера, находящегося в сети;
- использование таких форм, как тесты в электронном формате (текущие, промежуточные) позволяет обеспечить более четкое администрирование учебного процесса, повысить объективность оценки знаний студентов и т.д.;
- интерактивные технологии дают возможность постоянных, а не эпизодических (по расписанию) контактов студентов с преподавателем. Интерактивное обучение базируется на прямом взаимодействии учащихся со своим опытом и опытом своих товарищей, так как большинство интерактивных методов обращается к опыту самого учащегося, причем не только учебному. Новое знание, умение формируется на основе такого опыта. При этом студенты, приобретая новые знания и новый опыт, обмениваются

ими друг с другом, идёт процесс взаимного обучения и взаимообогащения, причём каждый вносит в этот процесс свой индивидуальный вклад. Получается, что студенты, обмениваясь знаниями, идеями, способами деятельности частично выполняют обучающие функции преподавателя, а это в свою очередь способствует повышению мотивации обучающихся и продуктивности обучения.

### **РЕЗЮМЕ.**

Исследованиями последнего периода установлено, что клинической основой невротической патологии являются эмоциональные расстройства. Развитие их обусловлено констелляцией многих факторов, среди которых ведущая роль принадлежит конституционально-биологическим и социально-психологическим. Разнообразие эмоциональных нарушений обусловлено как особенностями этих факторов, так и различиями в их сочетании и степени выраженности.

## **Глава II. Практическое применение интерактивных методов в преподавании психогенных заболеваний**

### **2.1 Анализ традиционных и современных подходов к преподаванию.**

Чтобы применить какой-либо метод или стратегию обучения, учитель должен учесть важные факторы: интересы, мотивации и уровень интеллектуальных способностей каждого учащегося. Он должен начать обучение с поэтапного понимания процесса развития своих учеников. Учителю следует знать потребности и способности своих учеников, как они воспринимают процесс обучения и развиваются в рамках этого процесса, и далее строить стратегию обучения в аудитории в соответствии с этими ключевыми моментами.



Согласно теории Гарднера, все люди обладают различными интеллектами и индивидуальным проявлениями своих способностей, каждый человек имеет уникальный «когнитивный профиль».

Структура интеллекта по Гарднеру может быть представлена:

- а) лингвистика-вербальный интеллект;
- б) логико-математический интеллект;
- в) пространственно-визуальный интеллект;
- г) музыкальный интеллект;
- д) телесно-кинестетический интеллект;
- е) межличностный интеллект;
- ж) внутриличностный интеллект;
- з) натуралистический интеллект.

Теория множественности интеллекта открывает двери к многообразию методов обучения, которые с легкостью можно применить в аудитории, и дает учителю возможность расширения современных стратегий преподавания с помощью различных методик и форм организации занятий.

Принимая во внимание способности и степень интеллектуального развития учащихся, учитель может управлять атмосферой в аудитории и определиться с ответом на вопрос об использовании традиционных или современных методов обучения, а также с выбором вспомогательных средств и обучающих стратегий, которые помогут каждому учащемуся усвоить знания по-своему.

В патогенезе невращения одновременно действуют и тесно переплетаются соматические и психические факторы. Важность различных вредных внешних воздействий, соматогенных и церебральных факторов признают, и приверженцы позиции психогенеза астенического невроза.

**Традиционный метод.** Традиционные методы обучения, связанные с преподаванием, все еще широко используются во многих школах, особенно государственных. Учитель управляет процессом обучения и, таким образом, оказывается в центре всего этого процесса. К тому же обучение проходит согласно строгим предписаниям учебника. Традиционный способ обучения представляет собой такой процесс взаимодействия, когда учитель – источник знаний, а учащиеся – пассивные получатели этих знаний.

Применяя методы традиционной педагогической науки, учитель занимает центральное место в классе и ведет подготовленный урок по сложившейся традиции: просмотр предыдущего материала, его повторение, введение новой темы, объяснение материала, закрепление, исправление ошибок. Эти пункты включены в каждый урок. Целью такого метода является запоминание пройденного материала, независимо от того, понимают ли его ученики или нет. Важное место отводится тестированию. Все учащиеся проходят тестирование, являющееся основным методом оценки знаний, но при этом не принимаются во внимание предпосылки их знаний, способности и интересы. Таким образом, в классе нет достаточной взаимной связи учитель–ученик, а у учащихся мало шансов для практики и развития своих знаний и навыков, и опыта коммуникаций.

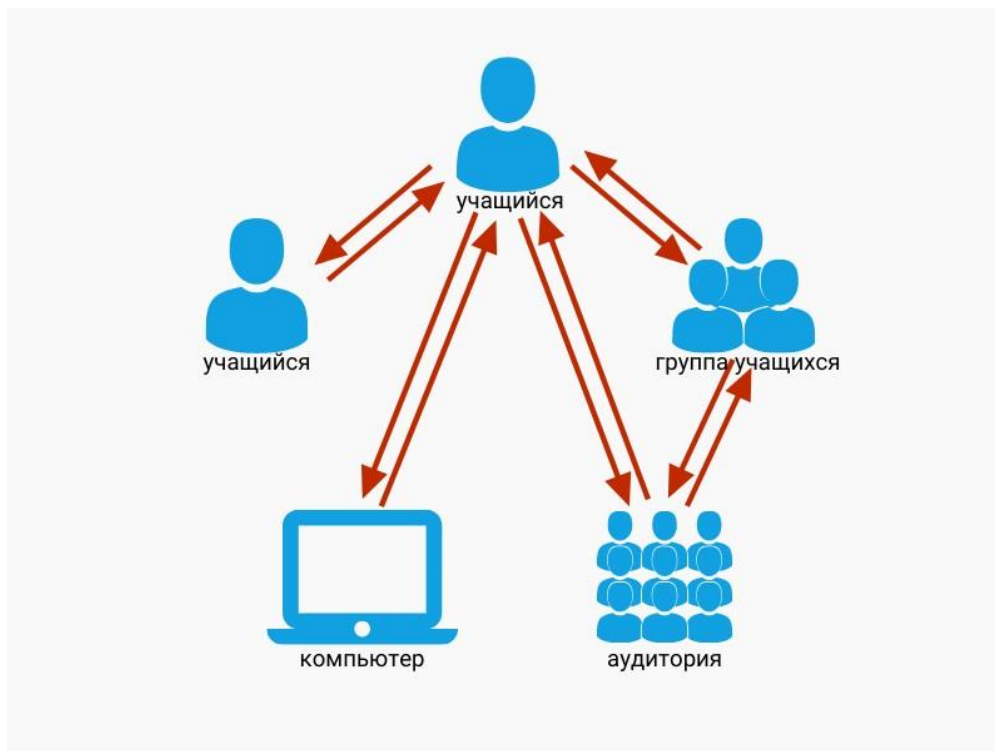
Существует три основных способа, используемых в традиционном обучении:

- 1) прямые указания и лекции;
- 2) самостоятельная работа;
- 3) обучение через восприятие на слух и наблюдение.

**Современные методы обучения.**

**Интерактивные методы: суть, задачи, принципы**

Интерактивные методы основаны на двустороннем обмене информацией между участниками обучения. На рисунке ниже показано, как строится взаимодействие при использовании такого метода.



Учитель в этой схеме стоит над процессом, он создает условия для работы и направляет учащихся в их деятельности. И несмотря на то, что педагог не является главным участником, подготовка таких уроков намного сложнее и занимает больше времени, чем организация обычных занятий. Но результат обычно стоит затраченных усилий.

С уверенностью можно сказать, что все педагоги ищут лучшие способы преподавания и использования современных методов и стратегий обучения. В отличие от традиционной, современная методология гораздо более ориентирована на личность учащегося. По словам Джима Скривнера, основная роль учителя заключается в том, чтобы «помочь учебному процессу состояться», что подразумевает «вовлечение учащихся в то, что происходит», «позволяя им работать в своем темпе», не давая им долгие разъяснения,

поощряя их участие и общение (Scrivener, 2005, 18, с. 19). Современные классы оснащены различными наглядными средствами (магнитно-маркерные доски, образовательные ресурсы, обучающие игрушки, компьютеры, различные поделки, печатные и электронные книги и др.).

И велика потребность в учителе, способном включить все это в процесс обучения. В современном учебном процессе учитель необходим не столько для того, чтобы объяснять, сколько поддерживать и помогать учащимся исследовать, пытаться претворить задуманное, делая обучение интересным. Рональдом В. Уайтом сформулированы три принципа современной методологии: преобладание речевой деятельности, акцент на центрированность связанного текста как сердце процесса обучения и абсолютный приоритет речевой методологии в классе.

В настоящее время мы имеем дело с большим количеством методов, используемых в образовательных учреждениях, чтобы улучшить образовательный процесс, и большинство из них дают очень хорошие результаты, в особенности при взаимодействии друг с другом. Сегодня широко используются следующие методы:

«прямая инструкция» (наиболее распространенная форма обучения посредством чтения лекций; однако это не самый эффективный метод преподавания, некоторые группы учащихся нуждаются в более интересных формах преподавания для достижения эффективности их обучения);

обучение посредством исследования (этот метод требует много времени, энергии и планирования, но часто это оправдано его эффективностью; развиваются навыки критического мышления, чтобы прийти к определенному заключению. Это наиболее личностно-ориентированный и личностно направленный метод обучения);

групповое обучение (предполагает распределение учащихся по группам с целью совместной работы; как правило, распределение происходит независимо от уровня способностей, необходимо, чтобы в группе находились учащиеся с различными уровнями интеллектуального развития);

«свободная инструкция» (как следует из названия, это гораздо менее формальный метод обучения; опытные учителя знают своих учеников. Если вы преподавали определенной группе учащихся в течение некоторого времени, то вы, вероятно, уже знаете немного об их интересах и уровне их подготовки).

Большинство методов группируются в семейства образовательных моделей, поэтому мы можем говорить о семействе моделей обработки информации, семействе социальных моделей, семействе личностных моделей, бихевиористской (поведенческой) системе семейства моделей и конструктивистской модели (интегрированной). Это показывает, что системы школьного образования во всем мире пытаются определить наилучший подход к преподаванию. Среди всех вышеуказанных методов я бы выделил модель, которая, по мнению большинства исследователей, лучшая на сегодняшний день. Ключевым моментом этой работы, связанной с современными, передовыми методами обучения, является рассмотрение SIOP-модели, широко распространенной и внедренной в образовательных системах всех пятидесяти штатов США, а также имеющей тенденцию быть лучшим методом преподавания в мире. Она была создана заслуженными профессорами Калифорнийского государственного университета Дженой Эшевария и Мэри Эллен Вогт, а также Деборой Шорт, консультантом в области профессионального развития и старшим научным сотрудником Центра прикладной лингвистики в Вашингтоне округа Колумбия. Эта модель поддерживается Программой образовательного развития и исследований,

Центром исследования образования, разнообразия и передового опыта (CREDE) и многими другими научно-исследовательскими центрами во всем мире (Echevarria, Vogt&Short, 2008, с. 3). Эта модель формировалась на протяжении многих лет и сегодня предназначена для повседневного использования в обучении. Она может быть реализована для всех школьных предметов и во всех видах уроков. Это требует от учителя высокой организованности и хорошей подготовленности. SIOP-модель состоит из восьми взаимосвязанных компонентов: • Подготовка к уроку. • Построение темы. • Понятное введение. • Взаимодействие. • Практика и применение. • Постановка урока. • Обзор и оценка (Echevarria, Vogt&Short, 2008, с. 16). Каждая из этих деталей помогает и направляет учителя на планирование и постановку урока с целью получения лучших результатов и обратной связи от учащихся. Модель SIOP имеет тридцать особенностей в применении на уроках для изучающих английский язык и англоязычных жителей. Эти особенности включены в вышеуказанные восемь взаимосвязанные компоненты. Результатом использования этого метода является высокое качество, эффективность обучения и улучшение успеваемости учащихся.

### **Преимущества и недостатки традиционных и современных методов.**

Применяя современные методы обучения, мы имеем возможность использовать в своей работе множество различных *вспомогательных* устройств и материалов. Учащиеся, безусловно, получают большое удовольствие от уроков, на которых применяются различные визуальные материалы, например, флэшкарты, интерактивные доски, компакт-диски и т. д.

Таким образом, они становятся более внимательными и лучше запоминают учебный материал, передавая его в долговременную память намного быстрее, чем если бы учитель объяснял тему традиционным

способом. Эти средства также «поддерживают факты в эксплицитно-декларативной памяти учащихся» (Ortega, 2009, 87). Большую пользу от использования вспомогательных средств получает и учитель: конечно, гораздо проще показать процесс произрастания растений в виде слайд-шоу, чем рисовать картинки на доске каждый раз, когда это необходимо. Есть у современных методов и недостатки, которые, наоборот, говорят в пользу традиционных методов. Как уже было сказано, они позволяют нам использовать современные средства обучения, которые могут привести к определенным препятствиям и неудобствам, в частности, могут снизить степень взаимодействия между учителем и учеником, кроме того, высокая стоимость оборудования и необходимость его техобслуживания, а также необходимость обучения педагогов правильному использованию техники. Традиционные методы обучения использовались в течение длительного периода. Нельзя сказать, что традиционная модель обучения является абсолютно неправильной или неприемлемой в условиях современности. Она также может быть использована и сегодня, но, конечно, вкупе с другими методами.

Сложно сказать, какие методы необходимо сегодня использовать в аудитории, особенно молодому учителю. В процессе обучения все должно быть принято во внимание: сама аудитория, количество учащихся, оборудование, которым располагает учебное заведение, базовые знания учащихся и их способности, социальные условия, мотивации каждого индивида. Учитель может использовать любые педагогические методы, разрешенные системой образования, как традиционные, так и современные, однако включая их широкий спектр своей деятельности, он должен неустанно работая над собой, ежедневно совершенствуя свои навыки преподавания. Он должен стать хорошим примером для своих учеников не только как

представитель своей профессии, но также как интересная личность, которая способна вовлечь учащихся в учебный процесс.

## **2.2 Описание и обоснование выбора интерактивных методов для изучения психогенных заболеваний.**

### **Задачи интерактивных методов обучения**

- Включение каждого участника в активный процесс освоения знаний.
- Реализация дифференцированного и индивидуального подхода к учащимся.
- Формирование навыков успешного общения, таких как умение слушать, строить диалог, задавать вопросы, работать в команде.
- Развитие умения самостоятельно добывать знания, разделять задачи на более мелкие, определять последствия своего выбора и брать на себя ответственность за результат.

В итоге знания усваиваются гораздо быстрее и лучше. Интерактивные методы находятся в основании пирамиды на следующем рисунке:



**Принципы интерактивных методов**



- Равенство всех участников.
- Отсутствие критики личности.
- Любой ответ — не истина, а информация для размышления.

В интерактивных методах широко используются различные технологии: для постановки проблемы применяют аудио и видео, для поиска и оформления результатов — компьютеры. Современные технологии делают обучение более эффективным.

На конкретных примерах рассмотрим несколько интерактивных форм обучения и используемые в них приемы.

## **Классификация и методология интерактивных методов (2025)**

### **Клинический кейс-метод (Case-study):**

Разработка «живых» кейсов (аудио- и видеоматериалы реальных пациентов с соблюдением этики).

Метод «перевернутого класса»: самостоятельное изучение теории и групповой дифференциальный диагноз на занятии.

### **Ролевое моделирование и «Стандартизированный пациент»:**

Сценарии взаимодействия: первичный прием, работа с сопротивлением пациента, сообщение диагноза.

Использование видеозаписи (Video-feedback) для последующего анализа невербального поведения студента.

Мозговой штурм и метод «Дельфи»: Коллективный поиск патогенетических механизмов при неясной клинической картине.

Стигма психических расстройств является наиболее стойким препятствием на пути обращения к психиатру, поэтому повсеместно наблюдается интервенция на традиционное «психиатрическое» поле неврологов, психологов, врачей общей практики. По итогам проведенного

исследования отмечается снижение престижа психиатрии как науки в медицинском сообществе и в обществе в целом, уменьшение количества желающих получить профессию психиатра. На практических занятиях по дисциплине «Психиатрия, наркология» перед студентами стоит задача усвоить большой объем знаний за довольно ограниченный промежуток времени (144 часа на два семестра для студентов 5 курса направления лечебное дело).

Студентам предстоит изучить большое количество терминов, с которыми они не сталкивались при изучении других предметов. На этапе сдачи экзамена большинство обучающихся испытывают значительные трудности при воспроизведении материала. Таким образом, задача педагогов заключается в повышении заинтересованности студентов в получении новых знаний и их постоянном подкреплении путем воспроизведения в дальнейшей учебной, профессиональной и повседневной деятельности. На кафедре неврологии и психиатрии Ферганского медицинского института общественного здоровья на практических занятиях со студентами для решения поставленных выше задач, применяют различные виды интерактивного обучения, но наибольший интерес вызывают следующие виды интерактивных занятий:

### **Разработка практического обучения**

#### **План:**

1. Деловая игра;
2. Игра по типу «Что? Где? Когда?»;
3. Игра по типу «Брейн-ринг»;
4. Психотерапевтический тренинг;
5. Применение метода кейс-стади;
6. Стратегия "спичек";

7. "Учитывайте все факторы!";
8. Графический органайзер" скелет рыбы";
9. Метод" категорирования"

– деловая игра: **«Скрининг деменции»**, проводится на занятии по теме «Расстройства внимания, памяти и интеллекта», когда студенты, выступая в роли больного, либо сопровождающего родственника, а также врача, учатся использовать различные варианты тестов для скрининга деменции в первичной врачебной сети. Деменция сама по себе не характерна для психогенных заболеваний, но это важный синдром, который стоит дифференцировать от такого психогенного состояния, как псевдодеменция.

– игра по типу **«Что? Где? Когда?»**, проводится на итоговом занятии по разделу «Общая психопатология»;

– игра по типу **«Брейн-ринг»**, проводится на занятии по теме «Шизофрения»;

– **психотерапевтический тренинг** в рамках темы «Психология индивидуальных различий. Психология больного. Психология лечебного взаимодействия» (обучение коммуникативным навыкам, обучение взаимодействию врач–пациент, врач–другой медицинский персонал);

– пресс-конференции на практических занятиях по различным темам;

– изучение кейсов (наиболее информативных и показательных с точки зрения частоты встречаемости в практике врача).

Для медицинского образования включение данного метода в педагогический процесс особенно важно, так как каждый случай в медицинской практике уникален, позволяет оценить компетентность обучающихся по нескольким темам и дисциплинам. Именно метод кейсов выступает в качестве первого и очень значимого шага к компетентностному подходу в профессиональном образовании.

Применение метода кейс-стади позволяет ознакомиться студентам с нормативными и клиническими регуляторами работы врача и использовать их для принятия решений. Исходя из опыта обучения, использование метода деловой игры, является наиболее приемлемым для усвоения и закрепления большого блока значимой информации.

Деловая игра по типу встреча с пациентом – средство моделирования разнообразных условий профессиональной деятельности (включая экстремальные) методом поиска новых способов ее выполнения. Деловая игра имитирует различные аспекты человеческой активности и социального взаимодействия. Игра также является методом эффективного обучения, поскольку снимает противоречия между абстрактным характером учебного предмета и реальным характером профессиональной деятельности.

***Общие цели деловых игр в медицине:*** погружать учащихся в атмосферу интеллектуальной деятельности, предельно близкую к профессиональной практической работе врача в распознавании болезней и лечении больных;

- создавать играющим динамически меняющуюся картину в зависимости от правильных и ошибочных действий и решений;
- нести ответственную воспитательную функцию;
- умение проводить дифференциальную диагностику кратчайшим путем минимальное время и назначать оптимальную тактику лечения наиболее простыми и доступными методами лечения;
- сформировать оптимальный психологический климат общения с больными и коллегами по работе;
- эффективно действовать не в условиях богато оснащенных клиник, кафедр, институтов, а первичной врачебной сети – на амбулаторном приеме в психоневрологическом диспансере, на скорой помощи, в роли участкового врача-психиатра;

– в качестве контроля профессиональной подготовки служить барьером на пути к постели больного, пропуская к больному только профессионально подготовленных учащихся.

Проведение одного из интерактивных занятий по теме «Общая психопатология» на примере интерактивной игры «Что? Где? Когда?»

В рамках такого занятия реализуются следующие компетенции:

- инструментальные;
- межличностные;
- системные.

Основными задачами, которые ставятся при использовании интерактивной игры, являются следующие:

- интенсификация учебного процесса;
- эмоциональная и психологическая разгрузка (психотерапевтические приемы);
- выявление творческих способностей у студентов и осознание потенциальных возможностей;
- более глубокое усвоение учебного материала;
- обучение сотрудничеству (работа в команде);
- выработка коммуникативных навыков.

Если говорить о целях занятия, которое проводится интерактивным способом в виде игры «Что? Где? Когда?», то их можно представить в следующем виде:

- целью первого уровня является создание у студентов более целостного представления о нарушениях всех сфер психической деятельности;
- целью второго уровня является формирование знаний о синдромальном уровне нарушений;

–целью третьего уровня является умение применять полученные знания для решения практических задач (ситуационные задания, при решении которых необходимо применить знания о симптомах, синдромах расстройств и на их основании сделать вывод).

В результате проведения занятия в интерактивной форме у студентов должно создаваться целостное представление обо всех нарушениях психической деятельности, сформироваться знания о синдромальном уровне нарушений, обязательно должна быть предоставлена возможность применить полученные знания для решения клинических задач, а работа в команде обязана научить студентов навыкам сотрудничества.

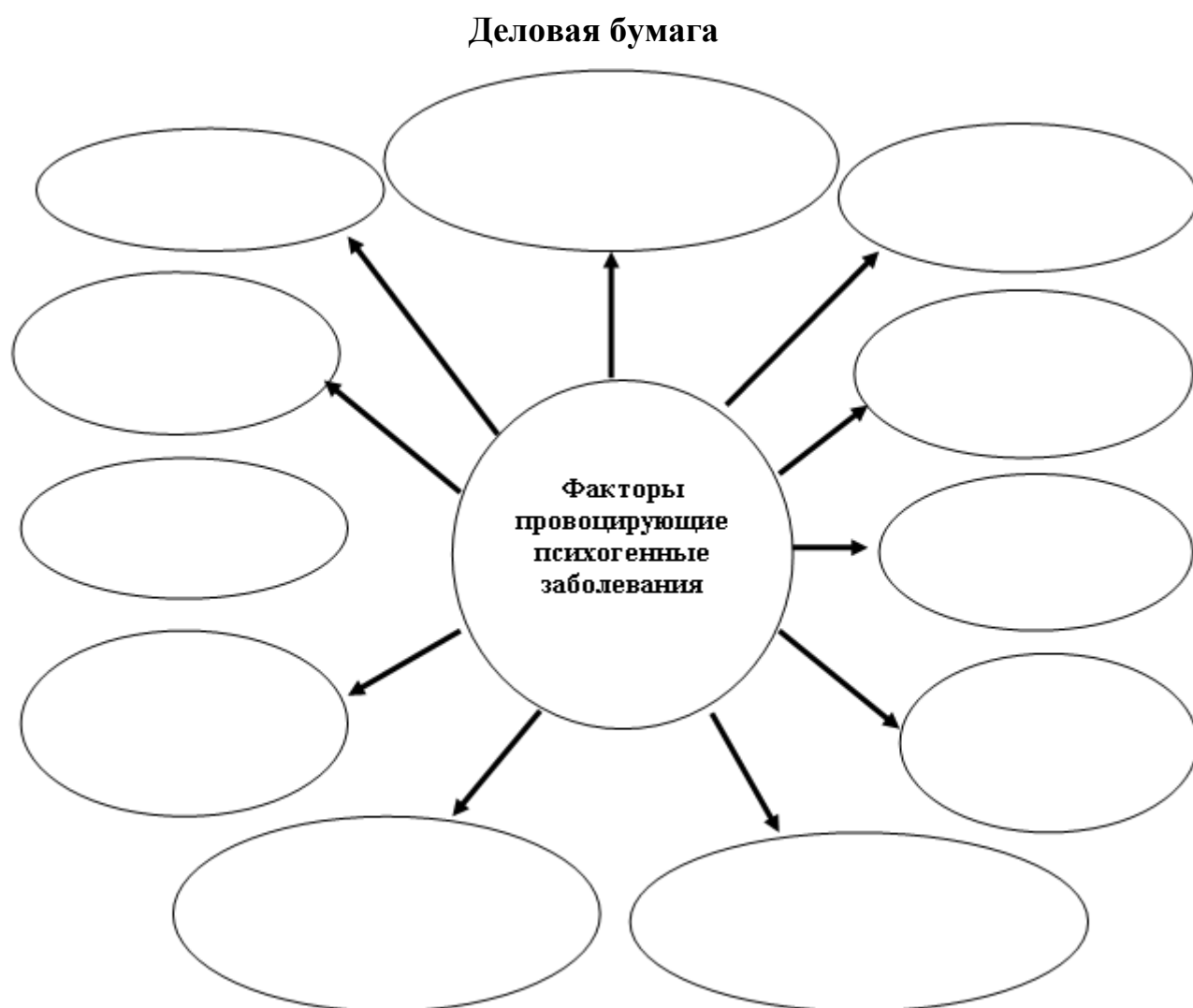
Определение уровня освоения учащимися модуля «Психогенные заболевания» на основе стратегии «спички». Студенты делятся на три группы. Из каждой группы выбирается по одному лидеру. Лидерам предлагается спичечный коробок, из которого им предлагается достать желаемое количество спичек. Чем больше спичек каждая группа получила от своих руководителей, тем большее количество базовых понятий члены группы должны интерпретировать вместе по рассматриваемой теме.

Группам будет предоставлен следующий рабочий документ:

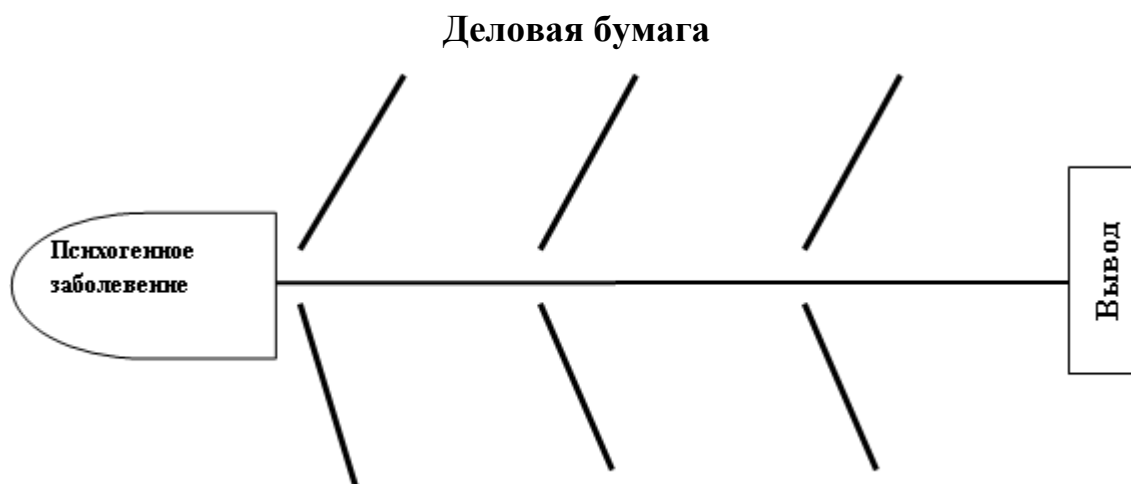
**Деловая бумага**

1-группа	2-группа	3-группа

"Учитывайте все факторы!" Раскрытие сути психогенных заболеваний с помощью метода (УВФ). Студенты выполняют задание в четырех группах. Каждой группе дается одно содержательное задание. Группам предоставляется следующий рабочий документ:



Выразить сущность психогенных заболеваний с помощью графического органайзера «скелет рыбы». Студенты выполняют задание в двух группах. Каждой группе дается одно содержательное задание. Группам предоставляется следующий рабочий документ:



Раскрытие темы психогенных заболеваний с помощью метода «Категорирования». Студенты выполняют задание в двух группах. Группам дается одно содержательное задание. Студентам выдается рабочий документ, который приблизительно представляет кластер.

### **Кейс-метод**

Обучение - это не только приобретение клинических знаний или навыков, но и содействие участию студентов в медицинской практике. В настоящее время для обучения и повышения квалификации специалистов за рубежом применяется и активно развивается кейс-метод (Case based Learning). Это исследовательский подход, который используется для глубокого и многогранного понимания сложной проблемы в контексте реальной жизни. Кейс-метод принципиально отличается от проблемно-ориентированного обучения тем, что основан на конкретных примерах. Кейсы в области медицины служат интерактивным средством анализа конкретной ситуации, отражающей состояние здоровья пациента, проведения дифференциальной диагностики и выбора лечебной тактики. Актуальность применения кейс-метода в российском медицинском образовании определяется Федеральным



государственным образовательным стандартом, в котором отмечена необходимость использования активных и интерактивных форм проведения занятий: компьютерные симуляции, деловые и ролевые игры, разборы конкретных ситуаций, психологические и иные тренинги, групповые дискуссии и др. Применение кейс метода дополняет традиционные методы обучения (лекции, семинары, практические занятия) и направлено не столько на получение новых знаний, сколько на формирование профессиональной компетентности, умений и навыков мыслительной деятельности. Кейс-метод, применяемый в медицине, включает набор клинических случаев, которые предлагают студентам в процессе обучения для анализа в интерактивном режиме. Использование мультимедиа-технологий при реализации медицинских кейсов помогает им достичь лучшего понимания сложной проблемы пациента, например, при диагностике редкого заболевания. Кейс, как правило, включает объективные данные пациента: фото- и видеоматериалы осмотра с комментариями лечащего врача и других специалистов, записи характерного голоса больного, результаты проведенных исследований, а также формулировки вопросов, возникающих в процессе диагностики. Важные составляющие кейс-метода - оценка действий обучающегося и объяснение допущенных ошибок.

Самостоятельная работа студента медицинской специальности имеет множество особенностей, отличающих медицинскую науку от всех остальных. Медицина собирает множество наук, развиваясь вместе с ними и представляя собой совокупность множества дисциплин. Роль преподавателя при переходе на метод кейсов заключается в разработке и внедрении в процесс обучения индивидуальных кейсов и применима к системе медицинского образования: преподаватель формирует комплекс различных клинических ситуаций для их анализа студентами.

В практической работе чаще всего используются структурированные, неструктурированные и первооткрывательские кейсы. Структурированные кейсы подразумевают изложение конкретной ситуации с определенными значениями и данными максимально емко и точно. Для такого кейса существует определенное число верных ответов. Они необходимы для оценки уровня знаний или умений в использовании определенной формулы, навыка, методики в разных областях медицины.

Неструктурированные кейсы, наоборот, содержат большое количество данных. Они направлены на оценку стиля и способности студента быстро мыслить, умения выделить главное, а также способности практически применить теоретические знания и содержат несколько верных вариантов ответа, обычно не исключающих возможность нахождения альтернативного решения проблемы. Первооткрывательские кейсы позволяют преподавателю оценить способность студента мыслить нестандартно, определить число его креативных идей за определенный промежуток времени. Данный вид кейсов не исключает, что при принятии групповых решений отдельные студенты могут подхватывать приоритетную идею, развивать ее в различных направлениях и использовать в практической деятельности. Однако состояние практической подготовки студентов-медиков - довольно непростая проблема в функционировании множества профильных медицинских вузов Российской Федерации, вне зависимости от их статуса. Современные стандарты недостаточно определяют значение симуляционного обучения. Симуляционные центры, самостоятельно сформированные вузом, часто отменяют за счет обучения на манекенах и формирования алгоритмического подхода к ситуации работу в условиях клиники, метод обучения "у постели больного", что крайне негативно сказывается на освоении клинических

дисциплин, а в последующем, после получения студентами диплома о высшем образовании, в практическом здравоохранении.

Кейс-метод служит достаточно эффективным средством организации обучения и достаточно легко соединяется с другими методами обучения. Так, например, этот метод можно рассматривать в качестве нового с методической точки зрения метода преподавания. Однако он направлен не столько на освоение студентами конкретных навыков и умений, сколько на развитие у них эрудиции и коммуникабельности, он позволяет студентам закрепить практические навыки, представленные в том или ином кейсе.

### **Методика "стандартизированный пациент"**

Для формирования клинического мышления и практики консультирования в образовании студентов медицинских вузов используется методика "стандартизированный пациент", позволяющая также отработать коммуникативные навыки. Консультирование пациентов все чаще признают важным компонентом качественной медицинской помощи населению. Один из важных аспектов консультирования - умение озвучивать неожиданные или нежелательные новости пациентам и их семьям, например, когда родителям необходимо сообщить, что у их маленького ребенка утрачен слух. Способность клинициста эффективно и деликатно предоставлять информацию и эмоциональную поддержку людям, сталкивающимся с неприятными новостями, имеет решающее значение, так как может повлиять на качество текущих отношений между врачом и пациентом, а также на успех соответствующего вмешательства.

Один из подходов к решению проблем, учащихся по консультированию в трудных ситуациях заключается в привлечении актеров, обученных изображать пациентов, так что студенты могут практиковать свои новые навыки в реалистичных, но контролируемых условиях. Актеры могут быть

использованы для обучения различным навыкам и их оценки, включая проведение опроса пациентов, применение физикальных методов осмотра и диагностики, а также передачу информации семьям. Как описано в работе Z. Austin и соавт. (2006), субъекты могут быть направлены на стандартизацию своего изображения, так как они одни и те же симптомы, реакции, вопросы и результаты повторяют сессию за сессией, т.е. они действуют как "стандартизированные пациенты". Стандартизированные пациенты особенно полезны для обучения диагностическим навыкам и их оценки, так как конкретные и повторяемые клинические действия могут быть ключевыми.

С другой стороны, если основное внимание уделяется обучению навыкам межличностного общения и их оценке, субъекты могут быть направлены на развитие образа конкретной персоны (например, разочарованного пациента) и использовать свои импровизационные навыки для имитации аутентичного пациента. Для этих так называемых симулированных пациентов цель состоит в том, чтобы имитировать сложности реальных человеческих взаимодействий. Стандартизированных и смоделированных пациентов в течение многих лет использовали для успешного приобретения клинических навыков и навыков общения с пациентами для студентами-медиками, стоматологами и фармацевтами. Студенты ценят экспериментальные методы обучения, потому что они могут практиковать новые навыки без риска причинения вреда пациенту и получать отзывы о своих развивающихся клинических способностях, в том числе связанных с эффективным взаимодействием между врачом и пациентом. В последнее время стандартизированных и симулированных пациентов стали включать в аудиологическое образование посредством использования официальных учебных средств стандартизированных пациентов, размещенных в медицинских школах, и

посредством инструкторов, разрабатывающих и внедряющих симуляционные опыты на своих курсах.

Одним из таких примеров служит аудиологическая программа Центрального Мичиганского университета (ЦМУ), где с 2007 г. имитированных пациентов используют для поддержки обучения навыкам консультирования, связанным с сообщением неблагоприятных новостей пациентам и их семьям. Поскольку в программе ЦМУ используется имитированная, а не стандартизированная модель пациента, каждому действующему субъекту предписывается создать персонаж, а затем импровизировать соответствующее поведение и реакции в ходе его (ее) сеансов консультирования.

Таким образом, хотя тема сообщения неприятных новостей постоянна среди студентов и участников клинического курса, каждый симулированный сеанс консультирования пациентов уникален. После каждого занятия учащиеся просматривают свои видеозаписи и оценивают их эффективность. Они также получают от своих инструкторов оценки их работы.

Хотя исследования показывают, что студенты-медики считают, что включение стандартизированных и симулированных встреч с пациентами является важной и ценной частью их обучения, в настоящее время только одно исследование аналогичным образом учитывает взгляды студентов на использование актеров для обучения аудиологии. W.J. Wilson и соавт. (2010) изучили реакцию студентов на 2 аспекта (сбор анамнеза и объяснение результатов исследований) с актерами, обученными изображать пациентов, и обнаружили, что студенты согласились с тем, что эти встречи улучшили 10 из 10 рассмотренных навыков взаимодействия между врачом и пациентом. Хотя это и обнадеживает, необходимо больше данных, чтобы лучше понять взгляды учащихся на использование симулированных пациентов в качестве метода

обучения и, следовательно, потенциальную ценность, которую эта модель может иметь в развитии аудиологического образования.

Соответственно цель настоящего исследования состояла в том, чтобы опросить студентов ЦМУ, которые участвовали в симулированных сеансах консультирования пациентов, как описано выше, и чтобы оценить их опыт и взгляды на этот учебный формат. Цель состояла также в том, чтобы лучше понять, с точки зрения студента, роль и значение имитируемого опыта пациента в обучении аудиологическому консультированию. В этом исследовании опрашивали студентов, которые участвовали в симулированной сессии консультирования пациентов, чтобы определить их взгляды на его ценность в качестве учебного формата. В целом результаты показали, что студенты рассматривают использование симулированных пациентов как эффективный метод для улучшения навыков аудиологического консультирования, особенно в сценарии выхода из непростых обстоятельств, который, как правило, рассматривается студентами и начинающими клиницистами как сложная ситуация. Большинство опрошенных участников: 1) сообщили, что опыт работы с симулированными пациентами и связанные с ними мероприятия (например, обсуждение в классе) способствовали выявлению сильных и слабых сторон консультирования и 2) рекомендовали имитацию ситуации для других студентов.

Конечная цель навыков консультирования в аудиологии состоит в том, чтобы помочь студентам-клиницистам удовлетворить потребности пациентов в общении с врачом, став гибкими и адаптивными коммуникаторами. Студенты, опрошенные в этом исследовании, сообщили, что работа с симулированными пациентами наряду с мнением их инструктора и сверстников помогла им определить свои сильные и слабые стороны в консультировании.

Модель, рассмотренная в этом исследовании, дала студентам полезную обратную связь двумя способами. Во-первых, большинство участников сообщили, что анализ с инструктором непосредственно после сеанса моделирования пациента был поучительным, вероятно, потому что эта встреча обеспечила своевременную и уместную реакцию и позволила студентам выявить начальные проблемы. Во-вторых, после моделирования пациента участники рассмотрели ситуацию в классе, где студенты смотрели записанные сеансы друг друга и открыто обсуждали сильные и слабые стороны. Студенты, которые могут самостоятельно оценивать и выявлять свои сильные и слабые стороны в общении во время обучения, могут с большей вероятностью использовать и развивать эффективные методы консультирования по мере продвижения в клинической подготовке и в конечном итоге в своей профессиональной карьере.

Сообщение пациентам неблагоприятных новостей - одна из многих ситуаций взаимодействия с пациентом, которая требует углубленного обучения и подготовки.

Учащиеся, участвующие в этом исследовании, предложили 3 типа встреч, которые будут полезны для будущей практики консультирования: те, в которых пациент: 1) становится враждебным; 2) необщительным и 3) болтает.

Одним из возможных примеров работы этого может быть один актер, работающий последовательно с несколькими учениками, каждый из которых продолжает работу с того места, где предыдущий ученик остановился, в постоянном непрерывном взаимодействии. Другие идеи включают однодневные семинары, обучение через Интернет или комбинацию этих подходов. В целом результаты настоящего исследования показывают, что студенты рассматривают использование симулированных пациентов как

эффективный метод улучшения своих навыков клинического консультирования, особенно при обучении сообщать неприятные новости. Одним из факторов, который определяется внутренними структурами и средовыми воздействиями, опосредующим самосознание пациента считается внутренняя картина болезни. Традиционно пациентам с невротическими расстройствами, особенно на ранних стадиях заболевания, в большей степени свойственен психоцентрированный тип внутренней картины болезни, когда возникновение симптоматики связывается с психоэмоциональным напряжением, трудностями в производственных или личных отношениях, психологическими особенностями, эмоциональной реакцией личности на сложные жизненные обстоятельства. Среди пациентов же с неврастенией соматоцентрированный тип внутренней картины болезни, особенно при длительном течении заболевания, встречается значительно чаще и без достоверных различий по сравнению с пациентами с невротическими расстройствами. И те, и другие пациенты с соматоцентрированной внутренней картиной болезни связывали возникновение своего болезненного состояния преимущественно с наличием органических нарушений в нервной системе или внутренних органах, а эмоциональные и аффективные расстройства воспринимали как вторичные, как психологическую реакцию на заболевание. Заключение врачей об отсутствии органических изменений у пациентов с неврастенией зачастую не приводило к изменению представлений о причинах возникновения нарушений в случае, если они имели соматоцентрированную картину болезни, поскольку принятие статуса больного служило пациентам единственным оправданием для ограничения нагрузок, снижения требований к себе и способствовало улучшению самочувствия.



## **Примеры интерактивных методов обучения**

### **Сюжетно-ролевая игра**

**Возраст:** для начальной и средней школы.

**В чем польза:** дети учатся играть разные роли, выражать свою позицию, влиять на других участников, вести диалог и находить компромисс, решать конфликтные ситуации.

**Виды сюжетно-ролевых игр:** связанные с открытием, профессией, искусством; фантастические, созидательные, игры-путешествия.

**Как проводить.** Учитель задает правила игры и обстановку, в которой будет происходить действие, составляет список ролей, определяет задачи и при необходимости этические установки для каждой роли. Дети распределяют роли, готовят необходимый реквизит и проводят другую предварительную подготовку. Затем наступает время игры, где учащиеся демонстрируют добытые знания, взаимодействуют друг с другом. Они могут попробовать различные варианты и модели поведения и выбрать оптимальный.

**Составление справочника.** Например, это может быть справочник лекарственных растений региона или книга русских пословиц. Класс делится на группы по 2–3 человека. Каждая группа изучает какую-то одну тему (одно растение, одну пословицу и т. д.) и представляет результаты в виде описания, рисунков, исторических сведений. Результаты могут быть представлены как на бумаге, так и в электронном виде: как презентация, видеоролик или слайдшоу.

**Эксперимент.** Группа учеников определяет проблему и проводит эксперимент в классе или дома, опрашивает других людей, собирает статистические сведения, анализирует их. Результатом становится исследовательская работа с таблицами, схемами, иллюстрациями.

**Метод анализа ситуации.** Группы учащихся анализируют представленную ситуацию, находят в ней проблемы и придумывают варианты решения. Затем оценивают предложенные решения и выбирают наилучшее.

**Метод инцидентов.** Ученики получают неполный кейс — в виде краткого сообщения «Случилось...» или «Произошло...». Задача учащихся — разобраться в проблеме, определить, каких знаний не хватает для принятия решения. Они задают учителю вопросы и, получив достаточное количество сведений, анализируют их и выносят решение.

**Метод разбора деловой корреспонденции (баскет-метод, информационный лабиринт).** Это работа с документами. Каждая группа получает одинаковый набор разнородных документов, относящихся к определенной проблеме, человеку или организации — докладные, служебные записки, письма, личные документы и т. д. Задача учащихся на первом этапе — разобрать все эти документы, адресовать правильному исполнителю. На втором этапе они проводят анализ всех документов и определяют, что случилось и как можно решить проблему, то есть выйти из лабиринта.

При клинической оценке исследованных пациентов перечисленные синдромы в сравниваемых группах встречались практически с одинаковой частотой, что подчеркивает трудность в дифференциальной диагностике этих состояний на основании исключительно клинической картины заболевания.

В патогенезе неврастении одновременно действуют и тесно переплетаются соматические и психические факторы (Мясищев В.Н., 1960; Цуканова Е.А., 1964; Мягер В.К., 1976; Малкова Л.Д., 1979; Симонов П.В., 1984; Арцимович Н.Г. и др., 2001; Андрейко М.Ф., 2002; Корабельникова Е.А., 2004; Бабурин И.Н. и др., 2011; Васильева А.В., 2012; FarrarD.J. et al. 1995; LeeS.1998). По определённым данным неврастенией чаще страдают женщины (55,0 %), чем мужчины (45,0 %). Возникновение неврастении среди девушек и

молодых женщин является индикатором роста распространенности неврастении, что особенно актуально в последнее время

Данные свидетельствует, что доминирующие возрастные диапазоны соответствуют обычному распределению больных, неврастение преобладали пациенты в возрасте 31 - 40 лет (70,0 %), в 18-30 лет 15,0%. Самый высокий показатель был в контрольной группе 41 и старше лет (25,0%).

В патогенезе неврастении одновременно действуют и тесно переплетаются соматические и психические факторы. Важность различных вредных внешних воздействий, соматогенных и церебральных факторов признают, и приверженцы позиции психогенеза астенического невроза

Наибольший удельный вес занимали социальные причины у 50,0% больных, экзогенные вредности отмечался у 14,0% больных. Особенно высока встречаемость такого фактора, как социальные причины (50,0%), (соавт: 50,0 и 45,0 %,  $p > 0,05$ ).

Исследования показывают, что семья имеет значительную важную роль.

Из преморбидных особенностей следует отметить преобладание неустойчивый (36,0%) и эксплозивный (32%) черт характера среди обратившихся пациентов. Эмоционально-лабильные черты встречались у 14 больных (28,0%), а истероидные лишь в 2 случаях (4,0%).

Таким образом, у больных с неврастением среди преморбидных черт характера наиболее часто встречались неустойчивые, эксплозивный и эмоционально-лабильные.

1. У больных с неврастением среди преморбидных черт характера наиболее часто встречались неустойчивые, эксплозивный и эмоционально-лабильные, что является прогностически неблагоприятным фактором.

2. Клиническая картина неврастения в основном определяется симптомами психической гиперестезии, которая проявляется в интенсивности самого ощущения утомления, а также в сфере сенсорного восприятия.

3. Наиболее часто в обеих группах в качестве ведущего симптома определялись астенический (40% и 30,0%) и тревожный синдром (26,0% и 25,0%), реже депрессивный (10,0% и 15,0%). Типичным симптомом является раздражительность.расстройстве).

### **Проблемное обучение как метод интерактивного образования**

Проблемное обучение (ПО) - это учебный подход, который все чаще используется в образовании многих медицинских работников по всему миру. Подход ПО использует принципы социального обучения, что активизирует групповые дискуссии и, следовательно, способствует развитию навыков межличностного общения, общения и презентации, сохранению знаний, улучшению способности к решению проблем и лучшей интеграции фундаментальных наук и клинических навыков. Для ПО необходимы: поставленные проблемы, кураторы, студенты и процесс обсуждения в малых группах.

Примером успешного внедрения ПО в программы обучения студентов-медиков служит Университет Imam Abdulrahman Bin Faisal (Саудовская Аравия), который принял учебную программу ПО в 2014 г. Учебная программа Университета делает упор на навыки общения и клинического мышления. Основная интегрирующая методика их учебной программы - это обучение на основе проблем, наряду с целым рядом различных методов, включая учебные занятия, учебные пособия, практические занятия, симуляции, презентации для студентов и обучение в малых группах, подкрепленные ролевыми играми, дебатами и дискуссиями. Опубликованные

данные исследования показали, что студенты-медики удовлетворены ПО и считают, что эта методика улучшает многие качества учебного процесса.

Сравнительная оценка эффективности ролевых игр и дискуссионных сессий, используемых в процессе обсуждения в малых группах во время ПО, была проведена с точки зрения студентов-медиков. Студенты в каждой группе были разделены на 10 небольших подгрупп ПО (10-13 студентов) и еженедельно участвовали в проблемных учебных занятиях. В течение I семестра студенты уделяли особое внимание эффективности дебатов в целом. В последующем семестре одновременно использовались 2 стратегии (ролевой игры и дебатов) с особым акцентом на навыки общения и клинического мышления. Стратегии обучения, используемые во время сеансов ПО, включали индивидуальное самостоятельное обучение в форме ролевых игр и дискуссий, специально предназначенных для улучшения их коммуникативных навыков и процесса клинического мышления. В ходе дискуссий и ролевых игр обсуждали следующие темы: взаимодействие врача и пациента, дородовой скрининг, генетическое тестирование, иммунизация и злоупотребление алкоголем. На практике это выглядело следующим образом.

1. Тема: отношения врач-пациент. Дискуссия: каковы плюсы и минусы наличия компьютеров в кабинете врача и доступа к компьютерам для пациентов во время общения между врачом и пациентом? Ролевая игра: подготовьте и проведите игру, показывающую отрицательную и положительную связь между врачом и пациентом в клинических условиях.
2. Тема: прогнозирующее генетическое тестирование. Дискуссия: плюсы и минусы профилактической хирургии (мастэктомия). Ролевая игра: могут ли люди из семей высокого риска получить пользу от информации: имеют ли они генетическую мутацию (роль доктора)? Могут ли проблемы возникнуть из-за результатов этих тестов?

3. Тема: иммунизация. Дискуссия: следует ли иммунизировать всех детей от коклюша до поступления в школу? Ролевая игра: подготовить пробное судебное разбирательство в суде. Ребенок умер от осложнения заболевания, от которого он не был иммунизирован. Родители были обвинены.

Приведенное исследование сравнивает эффективность этих 2 инструментов обучения с точки зрения студентов. Студентов спрашивали об улучшении коммуникативных навыков по 4 составляющим (облегчение потенциальных трудностей в общении, изучение новых способов общения, улучшение навыков слушания, чтобы убедить других, и продвижение командной работы). Результаты исследования соответствуют выводам большинства опубликованных исследований, в которых зафиксировано улучшение коммуникативных навыков путем дебатов [27, 28] или только ролевой игры. Не отмечено существенных различий между этими 2 методами преподавания. Когда студента спросили о навыках клинического мышления с 4 разных сторон (т.е. об интеграции знаний в фундаментальных и клинических медицинских науках, об открытии новых направлений мышления, обдумывании реальной жизни и изменении взгляда на предметы), дебаты превосходили ролевую игру в открытии новых путей мышления ( $p=0,01$ ). Принимая во внимание интеграцию знаний по базовым медицинским наукам с клиническими навыками и отражение реального жизненного опыта, учащиеся оценили и ролевую игру как превосходящую дебаты ( $p=5,01$  и  $0,00$  соответственно). Не отмечено существенных различий в рейтинге дебатов и ролевой игры с точки зрения изменения взглядов учащихся на предметы. С другой стороны, для серии дебатов студенты провели всестороннее исследование проблемы, собрали подтверждающие/опровержимые доказательства, суммировали важные моменты и разделили обязанности. В конце концов это упражнение привело к улучшению их коммуникативных

навыков, лидерских и командных навыков и обострило их способность видеть проблемы с разных точек зрения. Иногда им приходилось поддерживать предложение, в которое они сами не верили. Они больше узнали о своих сильных и слабых сторонах благодаря совместной работе со своими сверстниками. Они стали лучше понимать темы и не только узнали больше информации, но и более эффективно ее усвоили. Уверенность, подкрепленная критическим анализом, улучшает процесс принятия решений и прокладывает путь для улучшения коммуникативных навыков. Следовательно, использование ролевой игры и дебатов в качестве учебного пособия в процессе обучения по программе ПО помогает студентам-медикам эффективно развивать эти навыки.

Ролевая игра - это техника, в которой учащиеся работают с ролями в форме кейса или сценария, а затем разыгрывают роли, чтобы использовать их в образовательных целях. Ролевая игра - это спонтанное человеческое взаимодействие, которое предполагает реалистичное поведение в искусственных или воображаемых условиях. Это прекрасный пример андрогогии или теории обучения взрослых М.Ш. Ноулза, которая фокусируется на потребности обучающегося в знании, самостоятельном управлении, разнообразном опыте и проблемно-ориентированном подходе. В дебатах студенты обсуждают 2 стороны проблемы или более, приводя факты и важные моменты.

Опыт применения деловой игры успешно применяется в образовательном процессе обучения студентов в ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России. Одним из примеров может быть деловая игра, направленная на отработку навыков студентов-медиков в общении с пациентами в целях укрепления приверженности к здоровому образу жизни и борьбы с вредными привычками. Целесообразность и необходимость создания

эффективных подходов к профилактике основных заболеваний человека, особенно сердечно-сосудистых, не вызывает сомнений. Этим обусловлена возрастающая потребность в создании и развитии превентивных программ, которые должны базироваться на разработанных стандартах эффективности профилактических программ, основанных на доказательствах. В последние годы усилия государства направлены на продвижение принципов здорового образа жизни. В системе здравоохранения активно функционируют программы профилактики, в том числе диспансеризация, профилактическое обследование и занятия с населением в Центрах здоровья, а также в отделениях профилактики и школах здоровья. В задачи медицинских работников входит профилактическое консультирование пациентов в доступной форме о вреде основных факторов риска: курения, ожирения, дислипидемии, гиподинамии, гипергликемии и др. Отказ от вредных привычек - значимая медицинская проблема, связанная не только с их распространенностью, но и с психологическими аспектами. Консультирование предполагает вторжение в личную жизнь пациента и убеждение его отказаться от действий, которые приносят ему удовольствие. Это требует от врача не только медицинских знаний, но и опыта ведения дискуссии и убеждения. Возможностью для формирования этих способностей у будущих врачей может стать деловая игра.

При подготовке к деловой игре студентам объясняют цели, структуру и формат дискуссии. Для ролевых сессий студенты разделяют между собой роли "актеров": пациент и врачи, проводящие консультирование. Пациент готовит роль пациента с множественными факторами риска, готового к опросу своими одноклассниками во время деловой игры. Для оживления и динамичности занятия от студента в роли пациента требуются определенные артистические задатки, так как при сборе анамнеза ему придется изображать человека чаще



всего старшей возрастной категории, представить коллегам определенный анамнез и активно поддерживать дискуссию при беседе о факторах риска, а не соглашаться априори с доводами коллег. Один из студентов играет роль лечащего врача, в задачи которого входят сбор анамнеза, постановка предварительного диагноза, назначение плана обследования, а в конце занятия - назначение лечения и дополнительные рекомендации. На начальном этапе, кроме "пациента" и "лечащего врача", к игре могут подключаться другие учащиеся, создавая модель консилиума. Студенты в роли врача-консультанта готовят тему по одному из факторов риска. Учащиеся пытаются сделать среду для ролевых игр реалистичной, принося соответствующие предметы для созданных сцен, такие как стетоскоп, тонометр, сигареты, бутылки с поддельным алкоголем, фастфуд и т.д. Сцены, созданные студентами, оценивались по стандартизированным схемам, предоставленным им на занятиях по клиническим навыкам. При консультативной беседе в речи не должно быть профессиональных терминов, и ее следует максимально адаптировать для понимания пациентом. Студенты могут начать ролевую игру с презентации, видеоклипа или рассказа о вреде факторов риска. Затем проводятся дебаты между пациентом и врачом. Дискуссионная сессия состоит из доводов, возражений, опровержений, заключительных заявлений с последующим открытым обсуждением и суждением. Участникам деловой игры предоставляется достаточно времени - 1 нед для подготовки и максимум 15-20 мин для обсуждения каждой темы. Определенные этапы могут вызывать трудности у студентов. Так, сбор анамнеза и консультативная беседа иногда затягиваются, студенты по инерции продолжают вести беседу по аналогии с семинарским занятием, ожидая поддержки и оценочной реакции преподавателя, дебаты могут приобретать пассивный характер. Преподаватель должен вносить коррективы в обсуждения, поддерживать

динамичность деловой игры, но при этом не становиться ее участником, отдавая ведущую роль обучающимся. Результаты оценивают не только по объему представленной информации, правильности суждений, но и по убедительности представленных аргументов и активности позиции участников.

Ролевые игры позволили студентам лучше понять отношения между врачом и пациентом; предоставили им четкую картину того, каким должен быть их ответ как врача в реалистических, серьезных, сложных и амбивалентных профессиональных ситуациях. Дебаты позволили приобрести опыт аргументированных ответов с использованием доступной для пациента формулировки. Ролевую игру можно модифицировать, обговорив предварительно роль с одним из участников. Например, ролевая игра отношений между врачом и пациентом может состоять из 2 частей: плохие и хорошие коммуникативные навыки. При плохих коммуникативных навыках "врач" позволяет пациенту войти в комнату и осмотреться, пока доктор еще работает с документами. Врач задает вопросы без зрительного контакта. Напротив, в ролевой игре "хорошие коммуникативные навыки" врач правильно представился, извинился за долгие часы ожидания, поддерживал зрительный контакт и активно проводил опрос. Данный опыт позволяет оценить манеру поведения врача глазами пациента. Определенной альтернативой ролевой игры или ее дополнением была ситуация, когда на одном из ее этапов участником становился реальный пациент, в частности курильщик со стажем, и в задачу студентов входила необходимость убедить его отказаться от курения. Известно, что наряду с тем что курение является одним из самых значимых факторов риска многих заболеваний, отказ от курения наиболее трудноосуществим, так как эта привычка связана с психологической и физической зависимостью. Уровень ответственности

студентов за ведение профилактической беседы в данной ситуации значительно возрастал, так как модель максимально была приближена к реальности, и у пациента были свои активные контрдоводы в дискуссии. Ролевые игры предоставили студентам возможность научиться работать в трудных условиях, которые могут возникнуть, когда они начнут свою карьеру в обществе. Таким образом, учащиеся воспринимали ролевые игры как более близкие к реальной жизни по сравнению с дебатами. Аналогичным образом в ролевых играх по сравнению с дебатами было лучше объединение основных медицинских наук с клиническими навыками.

### **Цифровая трансформация и симуляционные технологии.**

Виртуальные пациенты (Virtual Patients): Использование интерактивного ПО для тренировки навыков сбора анамнеза в безопасной среде.

Геймификация: Применение соревновательных механик (квизы, медицинские квесты) для закрепления классификаций МКБ-11.

ИИ в обучении: Использование нейросетей для генерации бесконечного множества вариантов жалоб пациентов, что исключает «зазубривание» конкретных кейсов.

### **Арт-методы и междисциплинарный подход**

Патография в искусстве: Анализ произведений литературы и живописи для глубокого понимания внутренней картины болезни.

Визуализация данных: Использование интерактивных интеллект-карт (Mind maps) для структурирования симптомокомплексов.

### **Оценка эффективности (Эмпирическое исследование)**

Сравнительный анализ: Результаты групп, обучавшихся традиционным и интерактивным методами (статистика 2024–2025 гг.).

Влияние на Soft Skills: Динамика показателей эмпатии, коммуникативной толерантности и стрессоустойчивости у будущих врачей.

Удовлетворенность студентов: Опросы и качественные интервью.

### **Заключение**

Рольевые игры и дебаты хорошо воспринимаются учащимися в учебном плане ПО как эффективная методика обучения. Методы одинаково хороши в улучшении коммуникативных навыков студентов. Необходимо, чтобы эти недорогие инструменты экспериментального обучения были приняты и включены в медицинское образование для способствования активному обучению, совершенствованию навыков клинического мышления и общения, изучения сценария реального мира и эффективно предоставления компонентов как базовых, так и клинических медицинских предметов. Опыт использования деловой игры демонстрирует эффективность применения методов ролевой игры и дебатов. При правильном использовании эти 2 метода (ролевая игра и дебаты) могут создать образовательные ассоциации, которые будут сохраняться на протяжении долгих лет. Это приносит разнообразие, веселье, мотивацию и ускоряет темп обучения. В конце студенты получают лучшее понимание темы просто потому, что они активно участвуют в учебном процессе.

В медицинском образовании одних теоретических знаний недостаточно для создания лучшей системы оказания медицинской помощи. Навыки, которыми должен обладать хороший врач, включают в себя решение клинических проблем, суждение, принятие решений, коммуникацию, оценку медицинской информации и терапевтические знания. Эти навыки имеют решающее значение для практикующего врача [32]. Однонаправленный поток знаний от учителя к ученику (т.е. традиционное дидактическое обучение) больше не считается эффективным методом повышения компетенции для

улучшения отношений между врачом и пациентом. Современные методологии преподавания, которые подчеркивают интерактивность, такие как ПО, ролевые игры и дебаты [32], как было показано, создают более эффективную основу для повышения компетентности в предоставлении медицинской помощи.

### **Завершение обучения**

Педагог отдельно отмечает и оценивает деятельность всех групп.

Делается общий итог тренинга.

Студентам выдаются домашние задания.

### **2.3 Эффективность интерактивных методов в обучении: результаты исследования.**

В эпоху стремительных изменений и инноваций в сфере образования, акцент на эффективные методы обучения становится важнее прежнего. Одним из ключевых аспектов, преобразующих образовательный процесс, является внедрение интерактивных методов обучения. Эти методы не только переосмысливают динамику учебного процесса, но и обогащают его, предоставляя студентам возможность активного участия и глубокого погружения в учебный материал.

В современном образовании растущее внимание уделяется применению интерактивных методов, как эффективного средства улучшения учебного опыта. Их значимость проявляется в изменении традиционных подходов к преподаванию и обучению. Интерактивные методы предоставляют возможность студентам не просто получать информацию, но активно участвовать в учебном процессе, создавая более глубокое понимание и запоминание материала.

Эффективность интерактивных методов обучения отражается не только в повышении интереса к предмету, но и в развитии критического мышления, коммуникативных навыков и способности к сотрудничеству.

Одним из выдающихся достоинств интерактивных методов обучения является их способность улучшать усвоение материала. Согласно исследованиям, студенты, участвующие в интерактивных занятиях, не только более заинтересованы в учебном процессе, но и эффективнее усваивают информацию. Взаимодействие с учебным материалом через дискуссии, практические задания и симуляции позволяет создать глубокое понимание предмета.

Кроме того, интерактивные методы обучения способствуют развитию навыков, востребованных в современном обществе. Коммуникация, критическое мышление, решение проблем, сотрудничество — все эти аспекты личностного и профессионального развития находят свое выражение в применении интерактивных форм обучения. Студенты, привыкшие к активному участию в образовательном процессе, лучше подготовлены к вызовам современного мира и обладают широким набором компетенций.

Перспективы интерактивных методов обучения включают в себя не только текущее улучшение учебного процесса, но и стратегическое влияние на формирование будущих лидеров и инноваторов. Внедрение современных технологий и разнообразных форм взаимодействия в образование создает основу для подготовки гибких и творческих умов, способных успешно адаптироваться к быстро меняющемуся миру.

Интерактивные методы обучения не только обогащают учебный процесс, но и развивают навыки, необходимые для успешной карьеры в современном обществе. Подготовка к реальным сценариям работы и индивидуализированный подход открывают новые перспективы для

обучения, делая его более гибким и эффективным. Эти результаты подчеркивают важность дальнейшего развития и интеграции инновационных методов обучения в современную образовательную среду.

Следующим важным аспектом является использование современных технологий в образовательном процессе. Интерактивные онлайн-платформы, виртуальные инструменты и мультимедийные ресурсы не только делают учебу более интересной, но и создают условия для глубокого понимания материала.

Технологическое сопровождение, включая виртуальные лаборатории и онлайн-платформы, оказывает значительное влияние на качество обучения. Развитие ключевых навыков, таких как критическое мышление и коммуникативные навыки, является неотъемлемой частью успешного внедрения интерактивных методов.

Несмотря на многочисленные преимущества интерактивных методов обучения, их эффективная реализация требует внимательного планирования и подготовки со стороны преподавателей и образовательных учреждений. Одним из ключевых проблем является необходимость адаптироваться к разнообразию стилей обучения и потребностей студентов. Это подчеркивает важность гибкости в выборе методов и инструментов, чтобы обеспечить максимальное вовлечение всего студенческого контингента.

Важным фактором успешной реализации интерактивных методов является также обучение преподавателей и создание условий для их поддержки. Профессиональное развитие в сфере использования интерактивных методов обучения, обмен опытом и внедрение инноваций в учебный процесс становятся важными стратегическими шагами.

Исследование эффективности инновационных методов обучения подчеркнуло их ключевую роль в современном образовании. Внедрение

интерактивных подходов активизирует учебный процесс, развивает критическое мышление и формирует навыки, необходимые для успешного столкновения с вызовами будущего. Гибкие онлайн-платформы и технологии дополненной реальности позволяют индивидуализировать обучение, а проектные задания стимулируют творческое мышление студентов.

Однако, успешная интеграция требует подготовки преподавателей и поддержки образовательных учреждений.

Будущее образования — в гармоничном сочетании традиционных и инновационных методов, обеспечивающих не только передачу знаний, но и развитие широкого спектра навыков, необходимых для становления личности в быстро меняющемся мире.

### **III. Заключение**

Поскольку основной целью медицины как науки является сохранение, укрепление и восстановление здоровья населения, медицинские работники выполняют свои задачи в стратегическом направлении, состоящем из двух — профилактики и лечения заболеваний. Реформы по оказанию медицинской поддержки студентам организация системы здравоохранения Республики Узбекистан на новом качественном этапе дает свои плоды. Технологии интерактивного обучения и интерактивные методы, являющиеся его важным структурным элементом, обеспечивают изменение показателей организации образовательного процесса. Современное образование требует постоянного обновления цели, содержания, форм, методов и средств обучения в связи с развитием науки и техники. Кроме того, возрастают требования к совершенствованию деятельности образовательных учреждений. Это, в свою очередь, требует последовательного внедрения в систему обучения передовых, в том числе интерактивных образовательных технологий и методов. Психогенные заболевания могут иметь серьезные последствия.



Поэтому медицинские работники всегда должны быть готовы к лечению и диагностике этого заболевания.

Считается, что проведение занятий в интерактивной форме позволяет добиться значительно лучших результатов в усвоении студентами новых знаний и умений, а также мотивирует на их дальнейшее использование, чем при традиционном общепринятом методе преподавания.

Это связано с тем, что способ получения, переработка и реализация учебных сведений происходит при максимальной мобилизации возможностей и способностей студентов, то есть учебный процесс интенсифицируется, и полученные знания усваиваются на более глубоком уровне.

Студенты наглядно видят, как части целого соотносятся друг с другом, при этом учатся определять место каждого компонента в системе, в связи с тем, что сами являются активными участниками «действия», а не пассивными слушателями. Кроме того, во время занятий в интерактивной форме, у студентов реализуются творческие способности, происходит осознание потенциальных возможностей, они начинают мыслить креативно, при этом творческое начало «просыпается» даже у тех, кто, как они сами признаются, никогда ничем подобным не занимались и более того, считали, что у них не получится производить тот или иной вид активности, предлагаемый преподавателем.

Во время интерактивного занятия реализуются также межличностные компетенции, воспитываются коммуникативные навыки, реализуются индивидуальные способности каждого студента в умении выстраивать отношения, в том числе закрепляется умение работать в группе, развивается критическое мышление.

Студенты на занятиях в интерактивной форме получают эмоциональную и психологическую разгрузку в связи с тем, что преподаватели используют

психотерапевтические приемы при ведении занятия, происходит переключение внимания, смена форм деятельности, при которых студент осознаёт свою успешность, свою интеллектуальную состоятельность, что делает продуктивным сам процесс обучения.

А также у студентов повышается мотивация к дальнейшему изучению дисциплины и возникает активный интерес и к дальнейшим занятиям именно в интерактивной форме.

**Исходя из сути проделанной работы можно сделать вывод, что цель достигнута, определена возможность применения интерактивных педагогических методов в преподавании психогенных заболеваний. Это даёт больше шансов для студентов лучше усвоить необходимый материал.**

- в данной работе рассмотрены теоретические основы интерактивных методов обучения касательно преподавания тематики психогенных заболеваний;**
- изучены и проанализированы особенности специфичные для преподавания психогенных заболеваний;**
- учитывая трудность в практическом представлении клинических случаев в виду большей части отказа пациентов от общения со студентами применение интерактивных методов даёт больше шансов в усвоении материала и является очень эффективным;**
- разработан учебный модуль с применением интерактивных технологий.**
- выявлены основные проблемы, возникающие при внедрении интерактивных методов, и предложены пути их решения.**
- проведён сравнительный анализ традиционных и интерактивных методов на основе эмпирических данных.**

Внедрение интерактивных методов в 2025 году не является факультативным, а становится обязательным условием подготовки

компетентного специалиста. Интеракция позволяет перевести «мертвое» знание учебника в «живой» клинический опыт, минимизируя риск врачебных ошибок при встрече с реальными психогенными заболеваниями.

В связи с этим представляется возможным и скорее необходимым применение интерактивных методов в преподавании психогенных заболеваний. Представленные выше методы дали положительные результаты, что свидетельствует о высокой эффективности этих методов. Поэтому их можно рекомендовать для практического применения.

#### **IV. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

##### **I. Труды Президента Республики Узбекистан.**

1. Мирзиёев Ш.М. Вместе мы создадим свободное и процветающее демократическое государство Узбекистан. Ташкент - “Узбекистан” - 2016.
2. Мирзиёев Ш.М. Мы строим наше великое будущее вместе с нашим храбрым и благородным народом т.: Узбекистан, 2017.
3. Мирзиёев Ш.М. Верховенство закона и обеспечение интересов человека – залог развития страны и благосостояния народа. – Т.: Издательство “Узбекистан”, 2020. – С. 24.

##### **II. Правовые нормативные акты**

1. Указ Президента Республики Узбекистан от 8 октября 2019 года № ПФ-5847 “Об утверждении Концепции развития системы высшего образования Республики Узбекистан до 2030 года” Ишмухамедов Р.Д. Пути повышения эффективности обучения с помощью инновационных технологий (2 книги). – Т.: ТГПУ, 2021. - 108 б.
2. Закон Республики Узбекистан "Об образовании". 2020 год.
3. Постановление Президента Республики Узбекистан, от 13.02.2019 г. № ПП-4190 «Об утверждении Концепции развития службы охраны психического здоровья населения Республики Узбекистан на 2019 — 2025 годы».

##### **III Основная литература**

1. Абдуллаева В.К., Шарипова Ф.К., Бабарахимова С.В., Искандарова Дж.М. Частная психиатрия. Учебное пособие. - Ташкент. Навруз. 2022.
2. Абдуллаева В.К. Психиатрия, наркология и детская психиатрия. Учебник 2020г.
3. Артюхина А.И. Педагогическое проектирование образовательной среды кафедры при ситуационно-средовом подходе. // Вестник ВолГМУ, Волгоград, 2006, № 4 (16). -С. 24-26.

4. *Артюхина А.И., Чумаков В.И.* Интерактивные методы обучения в медицинском вузе: учеб. пособие для дополнительного профессионального образования преподавателей, участвующих в обеспечении образовательных программ группы Здравоохранение. Волгоград: Издво ВолГМУ, 2012. 212 с.
5. Ашуров З.Ш., Тешабаева Г.Д. Применение психотропных препаратов в психиатрии и наркологии. Учебное пособие. - Ташкент. Наука и техника. 2022.
6. Балахонов А.В. История соотношения фундаментальных и прикладных аспектов высшего медицинского образования. / Фундаментальные и прикладные исследования проблем образования. Т.2. Материалы Всероссийского методологического семинара. – СПб., 2004. -С. 141-150.
7. Балахонов А.В., Незговорова В.В. Франко-германский маятник в российском медицинском образовании. // «Медицина. XXI век», 2008, № 9. - С. 94-101.
8. *Варшавский А.Е.* Проблемы науки // РАН и вузы. Образование и наука: проблемы реформирования. Горячая тема: Круглый стол. С. 158–161.
9. *Гацалова Л.Б., Канукова З.В.* Пути реализации взаимодействия вузовской и академической науки // Успехи современного естествознания. 2008. № 3. С. 86–87.
10. Дианкина М.С. Профессионализм преподавателя высшей медицинской школы. – М., 2000.
11. Donald W. Black, Nancy C. Andreasen. Introductory textbook of psychiatry. — Sixth edition, 2024
12. Lampkin S.J., Collins C., Danison R., Lewis M. Active learning through a debate series in a first year pharmacy self-care course // Am. J. Pharm. Educ. 2015. Vol. 79. P. 25.
13. Latif R., Mumtaz S., Mumtaz R., Hussain A. A comparison of debate and role play in enhancing critical thinking and communication skills of medical students during problem based learning // Biochem. Mol. Biol. Educ. 2018. Vol. 4, N 46. P. 336-342. DOI: 10.1002/bmb.21124.
14. Лонская Л.В., Осадчук О.Л. Использование кейс-метода в процессе обучения психологии в медицинском вузе // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2017. № 1-2. С. 332-335.

15. Оруджев Н.Я., Гавриков Л.К., Можаров Н.С. Роль биологических факторов в формировании отклоняющегося поведения // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2013. № 3 (47). С. 53–55.

16. Оруджев Н.Я., Соколова А.Г., Поплавская О.В. Опыт применения метода кейс-стади в учебном процессе на кафедре психиатрии // в сб.: Научное наследие профессора Б.А. Лебедева: научно-практическая конференция, посвященная 90-летию со дня рождения профессора Б.А. Лебедева. 2015. С. 145–147.

17. Оруджев Н.Я., Поплавская О.В. Актуальные проблемы современной психиатрии. Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2013. № 4 (48). С. 8–11

18. Оруджев Н.Я., Черная М.Д., Черная Н.А. Подходы к преподаванию предмета психиатрии в медицинском вузе // в сб.: Научное наследие профессора Б.А. Лебедева: научнопрактическая конференция, посвященная 90-летию со дня рождения профессора Б.А. Лебедева. 2015. С. 147–149.

19. Поплавская О.В., Карадута В.К., Черная Н.А. Применение метода кейс-стади в учебном процессе на кафедре психиатрии в медицинском университете // Альманах-2015 / под науч ред. д-ра хим. наук, проф., президента Волгоградского отделения МААНОИ, акад. РАЕН, РЭА, МААНОИ, ЕАЕН Г.К. Лобачевой. Волгоград: Изд-во ВолГУ, 2015. С. 291–297.

20. Черная М.Д., Черная Н.А. Использование элементов технологии проблемного диалога на занятиях в высшей и общеобразовательной школах // Наука и мир. № 10 (14). Т. 2. 2014. С. 81.

21. Цыпленкова И.В. Интерактивное обучение с использованием информационных технологий : интерактивные методы на лекционных и практических занятиях (семинарах) // Электронный научнометодический журнал Омского ГАУ. 2016. Спецвыпуск 2. URL: <http://e-journal.omgau.ru/index.php/spetsvypusk-2/31-spets02/449-%2000198> ISSN 2413-4066

#### **IV Интернет-сайты**

1. <http://edu.uz>

2. <http://lex.uz>
3. <http://bimm.uz>
4. <http://ziyonet.uz>
5. <http://www.rambler.ru>
6. <http://www.mwsearch.com>
7. <http://www.hon.ch/medhunt>
8. <http://www.medlinks.ru>
9. <http://www.update-software.com/Cochrane/default.HTM>