

Профессиональное мышление врача и возможности его формирования

В. П. Андронов,
доктор психологических наук;

Совершенствование подготовки будущего специалиста предполагает глубокую научную разработку психологических основ формирования профессионального мышления [2, 8, 9, 10]. В связи с резким снижением уровня здоровья населения особо актуален анализ мышления врача, а также поиск путей совершенствования его профессиональной подготовки.

Современная медицина и здравоохранение в нашей стране ориентированы главным образом на лечение отдельных болезней, а не на профилактику заболеваний. Здоровье не является особой общественной ценностью, и государство мало занимается укреплением здоровья населения. К тому же отмечается низкий уровень подготовки медицинских работников, занимающихся вопросами здоровья. Профессионализм многих из них настолько низок, что они зачастую не в состоянии квалифицированно поставить диагноз и обеспечить правильное лечение и профилактику заболеваний. Такое положение дел требует глубокого логико-психологического анализа специфики врачебного мышления и определения условий целенаправленного его формирования.

На профессиональное врачебное мышление достаточно часто ссылаются, однако экспериментально оно до сих пор мало исследовалось. В этом плане представляется целесообразным выделить ряд вопросов, которые, на наш взгляд, являются наиболее актуальными. В качестве таковых можно назвать следующие: общая характеристика структуры деятельности врача и ее связь с профессиональным мышлением; специфика профессионального врачебного мышления и особенности проявления подлинного профессионализма; основные виды и типы мышления медицинского работника; своеобразие профессиональных задач, решаемых специалистами-медиками разного профиля; соотношение общего, особенного и единичного в мышлении врача; психологические требования, предъявляемые к содержанию профилирующих предметов, на основе которых формируется профессиональное мышление будущего врача; психологические методы диагностики профессионального врачебного мышления.

Разработка этих вопросов является предпосылкой успешного изучения проблемы психологических основ формирования профессионального медицинского мышления.

Под профессиональным медицинским мышлением мы понимаем рефлексивную умственную деятельность врача, обеспечивающую постановку и решение диагностических, лечебных и профилактических задач через анализ генезиса и развития патологических процессов (болезней) и их этнологических факторов. Поэтому такое мышление следует рассматривать как воспроизведение в идеальном плане реальной врачебной деятельности.

Нами было проведено исследование по выявлению особенностей решения врачебных задач и зависимости уровня профессионализма врача-хирурга от типа его мышления. В экс-

периментах участвовали студенты шестых курсов медицинского факультета Мордовского университета (724 человека), а также практикующие врачи-хирурги, имеющие стаж работы свыше 5 лет (80 человек).

Совместно с кафедрой факультетской хирургии были разработаны специальные наборы врачебных задач, включающих следующие нозологические формы заболевания: аппендицит; грыжи; холецистит; язвенная болезнь, осложненная перфорацией; язвенная болезнь, осложненная кровотечением; кишечная непроходимость; панкреатит; варикозная болезнь; эндартериит; геморрой; карбункул; абсцессы; рак; перелом костей и др.

Испытуемые решали ситуационные хирургические диагностические и лечебно-тактические задачи, а также диагностировали и лечили больных в условиях клиники. Все категории задач подобраны и составлены таким образом, чтобы можно было выявить у испытуемых тип их мышления, в частности такие компоненты мышления, как анализ, рефлексия и планирование. При этом учитывалось то обстоятельство, что разные болезни могут проявляться сходными симптомами, а одна и та же болезнь (или похожие) в различных ее формах — различными симптомами; разные патологические процессы способны обусловить одну и ту же нозологическую форму заболевания. Например, непроходимость кишечника может быть вызвана: а) спаечным процессом в брюшной полости; б) ущемлением кишки; в) болезнью Крона; г) опухолью слепой кишки; д) заворотом тонкой кишки; е) заворотом сигмовидной кишки и др. И наоборот, один и тот же этиопатогенетический процесс вызывает разные нозологические формы заболевания. Так, воспалительный процесс может быть основой таких заболеваний, как аппендицит, холецистит, воспаление легких, туберкулез и др. Такое разнообразие условий дает возможность составить несколько наборов диагностических, лечебных и профилактических задач, каждый из которых относится к какому-либо классу, но внутри него все задачи достаточно четко различаются по внешним особенностям условий (например, по симптомам и синдромам).

Классификацию профессиональных задач можно было проводить на основании следующих характеристик: сходство этиопатогенеза заболеваний (врожденная или приобретенная этиология, воспалительная или невоспалительная этиология, воспалительно-специфический или воспалительно-неспецифический характер патологии); общность методов диагностики (например, рентгенография, аускультация, пальпация, биопсия, КГР); общность лечебной тактики (оперативная или консервативная); общность лечебно-технических способов и приемов (например, радикальные или паллиативные способы операционного вмешательства); сходство осложнения для многих нозологических единиц (например, абсцесс, перитонит, сепсис, шок); сходство прогноза (благоприятный или неблагоприятный); общность принципов профилактики (например, профилактика заболеваний воспалительного характера с инфекционным началом, язвенных болезней, холецистита, панкреатита) и др.

При решении испытуемыми профессиональных диагностических, лечебно-тактических, лечебно-технических и профилактических задач учитывались следующие показатели: способность использовать минимум решающих симптомов для диагностики; обоснованность и достоверность диагноза; умение улавливать за внешними проявлениями болезни ее внутренние причины, механизмы возникновения и развития, т. е. этиопатогенетические связи; определение оптимальной лечебной тактики и техники хирургического вмешательства; врачебные ошибки (диагностические, лечебно-тактические, операционно-технические и др.); способы решения профессиональных врачебных задач; основания их классификации и т. д.

Для определения уровня профессионализма испытуемых мы пользовались методом экспертной оценки. В ходе эксперимента было выявлено два способа решения врачебных диагностических задач.

Первый способ предполагает сравнение (мысленное сопоставление) конкретной клинической картины заболевания с несколькими заранее известными абстрактными клиническими картинами болезней и данными личного опыта врача. Такое сравнение осуществляется для идентификации выделенных симптомов, синдромов и симптомокомплексов данной болезни с одной из эталонных и исключения остальных. Диагноз считается установленным, если обнаружено сходство между конкретной болезнью и одной из известных врачу клинических картин. В основе такого сравнения лежит умозаключение по аналогии. Довольно часто студентами и малоопытными врачами диагноз рассматривается как формальная задача по установлению внешнего сходства конкретного случая с абстрактной клинической картиной, отраженной в соответствующей литературе. В этом случае врач главным образом опирается на свою память, а не на мышление.

Опыт показывает, что применение метода аналогии очень часто приводит к грубым врачебным ошибкам, так как позволяет идентифицировать внешне очень схожие, но по сути различные формы заболевания органов и систем. Используя умозаключения по аналогии в процессе диагностики, врач фактически не учитывает возможности атипичного проявления болезни и чрезвычайную текучесть, подвижность самих патологических процессов, что приводит к шаблонности и догматизму в его мышлении. Сталкиваясь ежедневно в своей практике с ограниченным кругом заболеваний, он пытается подогнать их под небольшой набор хорошо известных нозологических единиц. Именно метод аналогий, как отмечает И. В. Давыдовский, является в настоящее время господствующим в медицине и толкает врача на путь эмпиризма, на путь проб и ошибок в диагностике и лечении больного. «Если рассудочное и разумное, — пишет он, — являются уровнями мышления, сопоставляемыми с формальной и диалектической логикой, то для медицины до сих пор ведущим уровнем были рассудочные суждения, т. е. созерцательность, автоматизм, склонность к схемам, шаблонам, т. е. некоторая машинность мышления. Это ослабляло разумное, творческое начало, поскольку рассудок не проникает в природу и сущность вещей, оперируя такими приемами, как описание, расчленение, исчисление, формальная систематизация фактов и т. д.» [6, с. 103—104]. Формально-логический подход, рассудочный формализм и схематизм преграждают путь к пониманию сущности заболевания и тем самым приводят к многочисленным ошибкам в диагностике и лечении.

Дело усугубляется неудовлетворительным состоянием существующей классификации болезней. Нозологический принцип классификации сложный, громоздкий, он включает в себя громаднейшее число болезней, которые современный врач не способен сохранить в своей памяти. Поэтому постановка диагноза процесс очень сложный, ошибки здесь встречаются довольно часто, особенно при распознавании наиболее близких форм заболевания. Сложность диагностики связана и с тем обстоятельством, что болезни являются развивающимися патологическими процессами и, как правило, вовлекают в них весь организм человека. В связи с этим очень не просто определить точно границы между патологическими процессами. Таким образом, неопределенность и расплывчатость классификации болезней, описания их признаков и особенностей течения в зависимости от фазы и стадии являются источником многих врачебных ошибок. Врач, как правило, углубляется в частности, которых с каждым шагом обследования и лечения становится все больше, и в итоге запутывается в них. Такой специалист действует по застывшим схемам, шаблонно, в пределах формально-логических операций, именно поэтому он не способен к творчеству.

Второй способ решения профессионально-медицинских задач основан на анализе собственно внутренних механизмов патологических процессов. Исследование больного начинается с установления симптомов как внешних проявлений сущности болезни и их анализа. Самым важным в процессе анализа является обнаружение тех основных патолого-анатомических и патофизиологических процессов, которые скрыты за симптомами и обуславливают болезнь. Поэтому при решении клинической задачи испытываемые сознательно

ориентировались не столько на так называемую внешнюю часть патологических процессов (симптомы, симптомокомплексы, синдромы), сколько на анализ собственно внутренних причин и механизмов заболевания. Основной целью такого анализа является поиск и обнаружение того исходного отношения патогенных факторов и индивидуальных анатомо-физиологических структур человеческого организма, которое выражает сущность болезни и отражается в понятии этиопатогенез. Все это позволяет воссоздать целостную этиопатогенетическую картину «заболевания», т. е. за внешними многообразными его особенностями увидеть, выделить, зафиксировать и изучить внутреннее исходное существенное основание и таким образом понять все внешние проявления болезни. Содержанием мышления при этом становятся внутренние причины, этиология и патогенез заболеваний, а не их внешние проявления — симптомы и синдромы. Следует иметь в виду, что важны не симптомы и синдромы сами по себе, а то, выражением каких скрытых от непосредственного восприятия внутренних процессов они являются. Анализ фактических данных и их зависимостей позволяет перейти от внешней картины заболевания к воспроизведению внутренней динамики патологического процесса. Вместе с тем симптомы, симптомокомплексы, синдромы и данные обследования выступают теми условиями клинической задачи, анализ которых и приводит к осознанию и пониманию целостной этиопатогенетической картины заболевания.

Описанные способы решения профессиональных врачебных задач соотносятся, на наш взгляд, с моделями теоретического и эмпирического типов мышления, подробно описанных, как известно, В. В. Давыдовым и его последователями [3, 4]. Первый способ характерен для эмпирико-рассудочного мышления, второй — теоретического (рефлексивного) мышления.

Результаты исследования представлены в табл. 1.

Таблица 1

Испытуемые	Количество человек	Теоретическое решение задач, %		
		Анализ	Рефлексия	Планирование
Студенты	724	11,1	12,1	10,3
Врачи-хирурги	80	12,9	13,8	11,2

Приведенные данные свидетельствуют о том, что лишь небольшая часть студентов-медиков и работающих врачей решала задачи в рамках теоретического подхода, на основе теоретического способа ориентации в условиях задачи. Они выделяли существенные отношения, исходные для построения и решения задач определенного типа.

На следующем этапе исследования выделенные с помощью экспертной оценки уровни профессионализма студентов и врачей-хирургов были соотнесены с типами их мышления.

Результаты этой работы представлены в табл. 2.

Сравнительный анализ экспериментальных данных позволяет говорить о том, что наблюдается четкая зависимость между уровнем профессионализма и типом мышления. Так, в группе врачей-клиницистов с высоким уровнем профессионализма 69,2 % обладают теоретическим типом профессионального мышления (четверо, не обнаруживших такой тип мышления, имеют стаж работы 20 и более лет), а среди студентов — 71,8 %.

Ни у одного из испытуемых врачей и студентов с низким уровнем профессионализма не было выявлено профессиональное мышление теоретического типа.

Рассмотрим особенности решения профессиональных задач испытуемыми с разным уровнем профессионализма и типом мышления. Так, врачи-хирурги с высоким уровнем

профессионализма и теоретическим типом мышления при решении профессиональных задач обнаружили способность на основе знаний нормальной и патологической анатомии и физиологии переходить от восприятия внешних проявлений заболевания (симптомы, синдромы) к установлению патогенетических связей, к воссозданию внутренней картины течения болезни. При этом, решая 2—3 (иногда 4 или 5) задачи, они выделяли общий принцип и использовали его при решении всех последующих задач. Для диагностики или определения тактики лечения испытуемые назначали необходимый минимум лабораторных и специальных исследований, особое внимание уделяли выявлению причин и условий возникновения заболевания (этиологии), раскрытию взаимосвязи между этиологическими факторами и организмом, а также механизмам возникновения и развития болезни (патогенезу). При обосновании диагноза они не ограничивались простым перечислением симптомов, характерных для данного заболевания, а отражали логику развития патогенетической картины. Если какой-либо из симптомов не укладывался в клиническую картину данного заболевания, то предпринималась попытка объяснить его происхождение. Ставя дифференциальный диагноз, испытуемые основывались главным образом на клинической картине заболевания, а не только на дифференциально-диагностических признаках, описанных в литературе. Лечебная тактика и техника хирургического вмешательства, профилактические мероприятия определялись с учетом показаний и противопоказаний для конкретного больного.

Таблица 2

Испытуемые	Уровни профессионализма	Количество человек	Тип мышления, %	
			Эмпирический	Теоретический
Студенты	Высокий	92	28,2	71,8
	Средний	468	96	4
	Низкий	164	100	
Врачи-хирурги	Высокий	13	30,8	69,2
	Средний	40	95	5
	Низкий	27	100	

В ходе решения профессиональных задач испытуемые данной категории обнаружили рефлексивные действия, т. е. предметом обсуждения становились не только результат и содержание диагностических и лечебных действий, но и способ действия и его основания. Поэтому группировка профессиональных задач производилась ими по существенным основаниям. Для испытуемых было характерно предварительное построение замысла (плана) своих действий в целях проведения обследования пациентов, их лечения и осуществления профилактических мероприятий. Важным моментом такого планирования было «предсказание», прогнозирование хода и исхода лечения, сроков заболевания и выздоровления, предполагаемых схем развития той или иной болезни, границ распространения и локализации заболевания, возможных реакций пациента на те или иные врачебные воздействия и др. Планирование проводилось по существенным основаниям, т. е. с учетом этиологии, патогенеза заболевания и состояния организма больного в целом. Испытуемые в ходе планирования обнаружили способность сопоставлять возможные результаты предполагаемых лечебных действий с конечной целью — выздоровлением больного, а также выбирали оптимальные методы лечения и профилактики заболевания. Наличие такой способности связано, на наш взгляд, с развитым воображением — необходимой характеристикой профессионального врачебного мышления теоретического типа. Развитое воображение характеризуется способностью человека «видеть целое раньше его частей, и видеть правильно», а это

становится возможным при переходе от общего к частному, от целого к частям. «Новое всегда возникает как целое, которое затем формирует свои части, разворачиваясь в систему. Это выглядит как «схватывание» мышлением целого раньше его частей и составляет характерную черту содержательного творческого мышления в науке» [7, с. 224]. Таким образом, при выработке плана особое внимание уделялось следующим моментам: выдвижению гипотез о возможной патологической картине болезни, ее признаках и возможных следствиях; выбору оптимального решения из ряда возможных с учетом предполагаемых последствий того или иного решения; определению минимального количества шагов, ведущих к решению задачи; установлению различных методов обследования, доступных и достаточно весомых в данной клинической ситуации; соотношению предполагаемых промежуточных результатов с конечными диагностической и лечебной целями; построению в умственном плане своеобразного «дерева» решения диагностической и лечебно-тактической задачи по хирургии.

Врачи-хирурги с высоким уровнем профессионализма обладали гибким, пластичным мышлением, проявляющимся в быстроте преобразования, изменения способа, тактики лечения, диагностических заключений в соответствии с объективной ситуацией (изменения течения болезни или состояния больного, атипичность картины болезни и т. д.). Они выделяли существенные стороны таких изменений, что давало возможность отказаться от привычных действий, от стереотипа и найти новые пути решения, комбинации элементов прошлого опыта. Это позволяло осуществить индивидуализацию лечения, адаптировать методы и средства лечения к конкретному больному.

Следует отметить наличие интуитивных моментов в мышлении испытуемых, что является, на наш взгляд, одним из важных специфических признаков высокого уровня профессионализма врача-хирурга. Интуиция проявлялась в виде неосознанного и максимально свернутого «схватывания» необходимых условий клинической задачи и быстрых выводов. Чаще всего она обнаруживалась в тех случаях, когда клиническая картина болезни была атипичной, когда врач не мог логически достаточно убедительно обосновать свои выводы, хотя они находили подтверждение в практике, а также когда диагноз ставился относительно быстро и был основан, с точки зрения других специалистов, а часто и теории, на несущественных данных. Бывали случаи проявления интуиции не только тогда, когда диагноз неизвестен с самого начала, но и тогда, когда, казалось бы, он совершенно ясен.

Особенно большую роль играет интуиция в трех случаях, когда за короткое время и при дефиците информации необходимо точно оценить состояние жизненно важных функций и органов больного и принять ответственное решение. Следует особо подчеркнуть, что интуиция является лишь моментом врачебного мышления и абсолютизировать ее нельзя.

Испытуемые с низким уровнем профессионализма и эмпирико-рассудочным мышлением решали профессиональные задачи, ориентируясь преимущественно на внешние, несущественные особенности условий. Каждая задача выполнялась ими как отдельная, не связанная с другими. Это не позволяло им выделить общий принцип решения диагностических и лечебных задач определенного класса. Так, постановка диагноза производилась ими, как правило, посредством последовательного сопоставления симптомов, имеющих у данного больного, с симптомами заранее известной болезни, которые принято считать эталонными. При этом диагноз обосновывался утверждением, что клинические проявления у больного «укладываются» в типичную картину определенной болезни. Такой метод распознавания болезней в литературе называют диагнозом по аналогии. В конечном счете, диагноз сводится к его строго регламентированному подведению под понятие, т. е. отнесению конкретной патологии к известной нозологической единице. Этиологии и патогенезу уделялось чисто формальное внимание — испытуемые просто перечисляли факторы, которые могли стать причиной заболевания. Столкнувшись с атипичной картиной болезни, они обычно ставили неправильный диагноз, а сделанные ошибки оправдывали атипичностью симптомов или же

вообще отказывались от постановки диагноза. Если у больного обнаруживались симптомы, не укладывающиеся в клиническую картину данного заболевания, при обосновании диагноза участники эксперимента не принимали их во внимание.

У данной категории испытуемых была обнаружена следующая психологическая установка: чем больше проводится лабораторных и специальных исследований, чем они сложнее, чем разнообразнее информация, тем больше шансов поставить правильный диагноз. Поэтому они назначали неоправданно много исследований, результаты которых впоследствии попадали в разряд избыточных, ненужных для определения диагноза или тактики лечения. Распознавание болезней для большинства испытуемых этой группы являлось сложнейшей проблемой и сопровождалось частыми (около 90 %) диагностическими и лечебно-тактическими ошибками, которые совершались ими потому, что за основу действия принимались проявления болезни, а не сущность патологии. Группировка профессиональных задач проводилась ими путем сравнения их внешних условий. В качестве основания классификации выделялось главным образом сходство симптомов и результатов лабораторных исследований. Эта группа классифицировала задачи по нозологическому принципу (например, задачи по аппендициту, грыже, туберкулезу, тромбозу и т. д.). Такой подход не предполагает анализа собственных действий и их существенных оснований, а, следовательно, говорит об отсутствии содержательной рефлексии. Испытуемые данной группы совершали большое количество диагностических и лечебно-тактических ошибок.

Участники эксперимента обнаружили способность лишь к формальному планированию. У них целостный план либо отсутствовал, и они планировали свои действия по частям, последовательно используя элементы планирования и осуществляя реализацию отдельных шагов решения, либо этот план строился, однако он был формальным, прямолинейным, в нем не предусматривались возможные варианты диагностических и лечебных действий и их предполагаемая эффективность, т. е. в них отсутствовало прогнозирование.

В целом исследование показало, что наибольших успехов в клинической деятельности достигают врачи с теоретическим типом профессионального мышления. Именно они обнаруживают способность к содержательному анализу, рефлексии и планированию, творчески подходят к постановке диагноза и назначению лечения. Врач, владеющий таким мышлением, умеет с первого взгляда ставить безошибочный диагноз, предвидеть, планировать на много ходов вперед, приводить к единому основанию самые противоречивые, внешне несходные, но внутренне родственные обстоятельства, соотносить построенную по предварительному замыслу программу действий с полученными результатами, анализировать свои личные, субъективные впечатления, находить в них общезначимое, объективное, давать адекватное клиническое истолкование своим представлениям.

Вместе с тем нами было обнаружено, что клиницист с высоким уровнем профессионализма может обладать и профессиональным мышлением эмпирического типа (мы столкнулись пока с четырьмя подобными случаями). Тщательный анализ этого феномена позволяет выделить некоторые его причины. В качестве одной из них выступает большой опыт клинической деятельности (в наших случаях — свыше 20 лет), благодаря которому врач становится виртуозным исполнителем даже при столкновении с атипичной картиной болезни, поскольку в своей длительной клинической практике он уже встречался с подобными явлениями. Это говорит о том, что высокий уровень профессионализма может быть сформирован вследствие длительного накопления и обобщения опыта путем проб и ошибок. Однако такой путь нерационален и не всегда приводит к желаемым результатам. Полученные экспериментальные данные позволяют ставить вопрос о необходимости кардинального изменения содержания и методов традиционной профессиональной подготовки врачей.

Традиционное обучение врачебной деятельности приводит на практике к ряду существенных отрицательных последствий. Во-первых, у будущих врачей формируются не подлинные медицинские понятия, а лишь образы отдельных патологических проявлений, что

приводит к диагностическому мышлению на основе формальных операций сравнения (мышление по аналогии). Это является следствием преподавания медицинских понятий в отрыве от их сущности. Во-вторых, сведение врачебного мышления к опознанию заболевания закрывает студентам путь к постижению сущности болезни, закономерностей ее возникновения и развития. От этого также страдают диагностика патологических процессов и лечение больных. В-третьих, накопление студентами знаний об отдельных заболеваниях приводит лишь к репродуктивной врачебной деятельности с так называемыми типовыми больными. В результате столкновения обучаемых с атипичной клинической картиной заболевания возникают многочисленные диагностические и лечебно-тактические ошибки. В-четвертых, в содержании обучения не воспроизводится в достаточной мере логика профессиональной деятельности врача, что ведет к дроблению единого процесса подготовки специалиста на отдельные этапы, часто дублирующие друг друга, и неоправданному разделению существованию соответствующих кафедр (например, общей, факультетской и госпитальной хирургии). В-пятых, в ходе традиционного обучения у большинства студентов формируется профессиональное врачебное мышление рассудочно-эмпирического типа, которое оказывает отрицательное влияние на уровень профессионализма будущего врача.

Становление подлинного врача-профессионала связано с таким построением учебного материала, который предполагает не усвоение готовых знаний, а рассмотрение оснований и условий их происхождения. Иначе говоря, учебный материал должен соответствовать логике развития (генезиса) профессиональной врачебной деятельности и ее предмета, реализуемого в этой профессии.

На наш взгляд, в вузовском обучении будущих врачей должна существовать неразрывная связь становления профессионального мышления содержательно-постигающего, теоретического типа со способом восхождения от абстрактного к конкретному. Этот метод позволит студенту проследить процесс развития предметного содержания профессиональной деятельности и тем самым проникать в сущность заболевания. Только при данном условии можно сформировать подлинное профессиональное мышление врача, позволяющее творчески, нестандартно решать диагностические, лечебные и профилактические задачи.

Известно, что предмет той или иной науки всегда представляет собой определенную систему. Изучение целостной системы следует начинать с главной структурной связи, генетической основы, исходной «клеточки», в которой можно вскрыть зачатки всех элементов данной системы.

Применительно к предметному содержанию врачебной деятельности требованиям исходной «клеточки» отвечает, на наш взгляд, взаимодействие между индивидуальными биологическими структурами организма человека, с одной стороны, и внешними и внутренними этиологическими факторами, с другой, которое вызывает патологический процесс. Именно данное исходное отношение содержит в себе в неразвитом виде все основные противоречия возникновения и развития заболеваний, различных картин болезни.

Связь между патогенными факторами и биологическими структурами органа, системы органов или даже организма человека в целом является генетической основой порождения всех конкретных нозологических единиц, проявляющихся различными симптомами. В особенностях такого взаимодействия и следует искать внутренние причины и механизмы заболевания, т. е. их патогенетическую сущность.

Генезису и развитию этого исходного отношения, «клеточки», следует быть основным предметом врачебного мышления. Поэтому логика содержания учебной программы по медицинским предметам должна соответствовать логике генезиса и развития данного исходного отношения, патогенетического процесса.

Такое построение содержания учебного предмета будет соответствовать принципу восхождения от абстрактного к конкретному (от взаимодействия факторов с определенными системами организма человека к конкретной нозологической форме).

При ориентации на это общее основание в процессе обучения открывается возможность решения целого класса профессиональных задач, охватываемых определенной областью медицины, как частных случаев данного всеобщего основания. Такой путь определения содержания и методов профессиональной подготовки врача позволяет формировать теоретическое врачебное мышление и тем самым способность решать не только типовые, но и нестандартные диагностические, лечебные и профилактические задачи, ориентироваться в ситуациях, требующих активного самостоятельного поиска решений.

Каждый шаг обследования и лечения в этом случае будет строиться согласно логике развития патогенетической картины, с ее характерными симптомами. Содержанием такого профессионального мышления выступают не внешние проявления патологических процессов — симптомы, а основные причины — анализ собственно внутренних механизмов. В этом и будет выражаться подлинная сущность профессионального врачебного мышления теоретического (разумного) типа. Мыслительная деятельность врача при этом осуществляется по законам разумного мышления. Это и есть движение «мыслящего тела» в логике развития предметного содержания профессиональной деятельности.

Исходя из приведенных теоретических оснований нами при участии кафедры факультетской хирургии, была разработана новая рабочая программа по курсу факультетской хирургии. При этом прежде всего было определено предметное содержание курса, т. е. выделены основные медицинские понятия, которые должны быть освоены студентами-медиками. С этой целью мы попытались определить исходное понятие, которое может быть положено в основу всего курса. Оно должно потенциально обладать возможностью при своем развертывании воспроизводить в основном всю систему понятий, описывающих логику врачебной деятельности, т. е. представлять некоторую генетически исходную «клеточку».

В качестве такого исходного понятия нами выделен этиопатогенез, ставший сквозным для всего курса по хирургическим болезням. В медицинской литературе обычно используются два самостоятельных понятия: этиология (учение о причинах и условиях возникновения болезней) и патогенез (учение о механизмах возникновения и развития болезней). Они теснейшим образом взаимосвязаны между собой и должны рассматриваться в единстве. С одной стороны, механизмы возникновения и развития болезней невозможно исследовать в отрыве от причин и всего комплекса условий, при наличии которых причина проявляет свое разрушающее действие на организм. С другой — раскрыть причины и условия возникновения заболеваний невозможно без знания механизмов происхождения и развития болезней. Поэтому этиопатогенез мы рассматриваем как единое исходное понятие, позволяющее постичь сущность болезни и ее исход. Логика познания сущности болезни должна соответствовать логике этиопатогенеза заболевания, т. е. воспроизводить сам процесс его возникновения и развития.

При развертывании данного понятия в процессе обучения появляется возможность воспроизводить в целом всю систему медицинских понятий, отражающих логику врачебной деятельности (болезнь, патологический процесс, клиническое проявление болезни, симптом, синдром, диагностика заболевания, лечение, профилактика и др.).

Одна из главных особенностей экспериментальной программы состоит в том, что она обеспечивает самостоятельную деятельность студентов по выведению ими содержания того или другого медицинского понятия, а не передачу готовых хирургических знаний, умений и навыков. Студенты должны идти от выделения всеобщих признаков болезни вообще к открытию клинической картины конкретного заболевания.

Основой экспериментального курса факультетской хирургии является организация деятельности студентов по построению и решению системы учебных задач, представляющих собой реальные клинические ситуации. Такая система задач строилась из некоторой исходной «клеточки», основополагающего медицинского понятия, методом восхождения от абст-

рактного к конкретному. При этом, решение системы задач позволило студентам овладеть анализом, рефлексией и планированием на материале хирургических болезней.

Формирование содержательного анализа осуществлялось в ходе преобразования условий задачи с целью обнаружения и выделения всеобщего отношения патологических процессов, выступающего генетической основой и источником всех частных проявлений определенного класса болезней, которое затем фиксируется с помощью соответствующего теоретического понятия. Именно поиск такого отношения и составляет содержание мыслительного анализа.

Исследование больного начинается с установления симптомов как внешних проявлений сущности болезни и их анализа. Однако самое важное в процессе анализа — это обнаружение тех основных патолого-анатомических и патофизиологических процессов, которые скрыты за симптомами и обуславливают болезнь.

В том случае, когда на каком-либо этапе обследования и анализа обнаруживаются процессы, угрожающие жизни больного, возникает необходимость принятия мер для снятия такого состояния до установления этиопатогенетической картины. Иногда требуется экстренное хирургическое вмешательство в целях диагностики (диагностическая лапаротомия). Следует учитывать и то обстоятельство, что этиопатогенез ряда заболеваний неясен или неизвестен и, тем не менее, в силу специфики хирургических болезней может потребоваться обязательное оперативное вмешательство. В этом случае используется чисто описательный принцип, основанный на повторяемости клинической картины в основных ее чертах у разных больных.

Содержательный анализ при решении клинической задачи связан с выбором оптимального в данный момент воздействия из ряда возможных с учетом изменения условий (например, тактика при определении показаний к операции, выбор оперативного доступа и характера вмешательства и т. д.). Такой анализ позволяет студентам открывать способы поиска решений профессиональных хирургических задач.

По мере освоения студентами содержательного анализа действием оно постепенно сокращается, сворачивается и начинает выглядеть как быстрая, одномоментная (симультанная) ориентировка на внешние признаки патологического процесса (симптомы, симптомокомплексы и синдромы, выделяемые в ходе обследования больного), а не на внутренние причины и механизмы развития заболевания. В итоге студенты постепенно овладевают общими принципами анализа профессиональных задач.

Рефлексивные действия формировались в процессе решения хирургических задач, требующих от студентов мысленного обращения к ходу, процессу и способам осуществления собственной умственной деятельности. В процессе анализа решения задач преподаватель специально создает у студентов рефлексивное отношение к собственным действиям, т. е. предметом обсуждения становятся не только результат и содержание действия, но и способ действия и его основания. Он учит их задавать вопросы: как я действую? Почему я действую именно так? Почему получились такие результаты? Это позволяет формировать рефлексивность как способность обращаться к обоснованию собственных действий.

Формирование действий планирования обычно происходило в ходе решения профессиональных задач на построение плана обследования и лечения хирургических больных. При выработке плана особое внимание уделялось следующим моментам: выдвижению гипотез о возможной патологической картине болезни, ее признаках и следствиях; выбору оптимального решения из ряда возможных с учетом предполагаемых последствий того или иного решения; определению минимального количества шагов, ведущих к решению задачи; определению различных методов обследования, доступных и достаточно весомых в данной клинической ситуации; соотнесению и оценке предполагаемых промежуточных результатов с конечной диагностической и лечебной целью; построению в конечном счете в умственном плане своеобразного «дерева» решения диагностической и лечебно-

тактической задач по хирургии. В целом обучение студентов было ориентировано не на передачу знаний, а на формирование теоретических понятий, «содержанием которых, в отличие от житейских понятий (эмпирических представлений), является не наличное бытие, а бытие опосредованное, рефлексированное, существенное. Эти понятия одновременно выступают и как формы отражения материального объекта, и как средство его мысленного воспроизведения, т. е. как особые мыслительные действия. На их базе должен строиться всякий мысленный эксперимент, моделирующий развитие системы» [5, с. 33].

Понимание сущности определенного класса болезней обнаруживается в том, что студент может мысленно воссоздать логику этиопатогенеза, целостную клиническую картину подобных заболеваний и на этой основе обеспечить успешное лечение больного с учетом его индивидуальных анатомо-физиологических особенностей и других условий [1].

Сравнительный анализ результатов обучения студентов по традиционной и экспериментальной программам позволяет сделать вывод о более высокой, развивающей эффективности системы подготовки, основанной на концепции теоретического мышления и содержательного обобщения.

Литература

1. Андронов В. П. Профессионализм в медицине // Основы общей и прикладной акмеологии. М., 1995.
2. Бодалев А. А. Вершина в развитии взрослого человека, характеристики и условия достижения. М., 1998.
3. Давыдов В. В. Теория развивающего обучения. М., 1996.
4. Давыдов В. В. Новый подход к пониманию структуры и содержания деятельности // Психологический журнал. 1998. № 6.
5. Давыдов В. В., Лазарев В. С., Неверкович С. Д. К проблеме совершенствования методов подготовки руководителей // Психологический журнал. 1989. № 1.
6. Давыдовский И. В. Проблема причинности в медицине (этиология). М., 1962.
7. Ильенков Э. В. Диалектическая логика. 2-е изд., доп. М., 1984.
8. Климов Е. А. Психология профессионала. М., 1996.
9. Маркова А. К. Психология профессионализма. М., 1996.
10. Основы общей и прикладной акмеологии. М., 1995.