

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Государственное образовательное учреждение
Всероссийский учебно-научно-методический центр
по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию

Н.В. Кудрявая, Е.М. Уколова,

А.С. Молчанов, Н.Б. Смирнова,

К.В. Зорин

ВРАЧ-ПЕДАГОГ

В ИЗМЕНЯЮЩЕМСЯ МИРЕ:

ТРАДИЦИИ И НОВАЦИИ

Под редакцией академика РАМН,

профессора Н.Д. Ющука

Допущено Департаментом

образовательных медицинских учреждений

и кадровой политики Минздрава России

в качестве учебного пособия

Москва

ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ

2001

АВТОРЫ:

Проф. **Кудрявая Н.В.**, доцент **Уколова Е.М.**, доцент **Молчанов А С** доцент **Смирнова Н.Б.**, ст. преп. **Зорин К.В.**

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

Вульфов Б.З. - доктор педагогических наук, проф. кафедры педагогической антропологии и истории образования УРАО,

Макарова И.В. - кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии Московского государственного педагогического университета.

Кудрявая Н.В., Уколова Е.М., Молчанов А.С., Смирнова Н.Б., Зорин К.В. ВРАЧ-ПЕДАГОГ В ИЗМЕНЯЮЩЕМСЯ МИРЕ: ТРАДИЦИИ И НОВАЦИИ / Под редакцией академика РАМН, проф. Ющука Н.Д. - М: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. - 304 с.

ISBN 5-89004-144-4

В учебном пособии «Врач-педагог в изменяющемся мире: традиции и новации» раскрываются основные направления деятельности врача-педагога. Учебное пособие направлено на формирование у врача-педагога умения проектировать и внедрять модели инновационного обучения, осваивать новые пласты в культуре профессионального мышления и коммуникативной компетентности.

Книга отражает многолетний опыт работы авторского коллектива с врачами-педагогами в МГМСУ, на выездных циклах повышения квалификации в Волгоградской, Тверской медицинских академиях и Архангельском государственном медицинском университете.

Пособие предназначено для врачей-педагогов, аспирантов, ординаторов, т.е. всех тех, кому безразличны судьбы высшего медицинского образования в России.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Слово редактора.....	7
Введение.....	9
Глава 1. Психолого-педагогическая компетентность врача-педагога: традиции и новации.....	11
1.1. Психологическая концепция «Я- врач-педагог».....	13
1.2. Профессионально-деятельностное сознание врача - педагога.....	14
1.3. Информационно-инструментальная готовность к профессиональной (врачебной и педагогической) деятельности.....	18
Глава 2. Философско-антропологические основы психолого-педагогической компетентности врача-педагога.....	21
Глава 3. Различные подходы к организации педагогического процесса в медицинском вузе.....	38
3.1. Информационные модели обучения.....	38
3.2. Операциональные модели обучения.....	43
3.3. Личностно-ориентированный подход.....	49
Глава 4. Педагогический процесс в медицинском вузе.....	54
4.1. Проектирование образовательного пространства. Основные понятия, описывающие педагогический процесс. Управление процессом усвоения.....	55
4.2. Принципы организации педагогического процесса в медицинском вузе	57

4.3. Разработка учебных программ.....	60
4.4. Основные понятия теории деятельности.....	65
4.5. Разработка методик обучения деятельности.....	71
4.6. Проектирование образовательного пространства.....	78
4.7. Организация процесса обучения по разработанным методикам.....	87
4.8. Управление процессом овладения деятельностью.....	90
4.9. Оценка результатов обучения.....	92
Глава 5. Формы организации педагогического процесса в медицинском вузе.....	99
5.1. Вузовская лекция: традиции и новации.....	99
5.2. Лекция в инновационном обучении.....	101
5.2.1. Проблемная лекция.....	102
5.2.2. Лекция-визуализация.....	102
5.2.3. Лекция вдвоем.....	103
5.2.4. Лекция с заранее запланированными ошибками.....	104
5.2.5. Лекция-консилиум, или конференция.....	104
5.2.6. Ораторское мастерство лектора.....	105
5.3. Психолого-педагогические основы планирования и методики проведения практического занятия со студентами на клинической кафедре.....	106
5.3.1. Составление методических указаний для студентов к практическим занятиям.....	106
5.3.2. Определение цели занятия.....	107
5.3.3. Составление логико-дидактической структуры (ЛДС)	109
5.3.4. Составление схемы ориентировочной основы действий	110
5.3.5. Составление учебных задач.....	115
5.3.6. Составление контрольных задач.....	117
5.3.7. Задачи для контроля исходных знаний.....	117
5.3.8. Задачи для контроля результатов усвоения.....	119

5.3.9. Психологические задачи.....	120
5.3.10. Последовательность расположения материала в методических указаниях	122
5.3.11. Методика проведения практического занятия на клинической кафедре.....	123
Глава 6. Методы обучения в подготовке будущих врачей.....	128
6.1. Беседа.....	133
6.2. Групповые методы обучения.....	135
6.2.1. Групповое решение задач.....	135
6.2.2. Групповая дискуссия.....	137
6.3. Ситуационно-ролевые, или деловые, игры в высшем медицинском образовании.....	143
6.4. Технологии рефлексивного обучения в подготовке специалистов-медиков (интерактивные методы).....	146
6.4.1. Педагогическая рефлексия.....	147
6.4.2. Структура рефлексивных представлений педагога.....	150
6.4.3. Технологии рефлексивного обучения.....	153
6.4.4. Педагогические задачи как средство развития педагогического мышления.....	156
6.5. Организационно-деятельностная игра.....	159
Глава 7. Психодиагностика в педагогической и медицинской практике	163
7.1. Практические задания. Исследование ситуативной и личностной тревожности (опросник Спилбергера).....	187
Глава 8. Проблемы деонтологического воспитания и нравственного развития студентов-медиков.....	191
8.1. Деэтизация и дегуманизация профессионального сознания и деятельности врача.....	193
8.2. Цели, задачи и содержание деонтологического воспитания как формы нравственного развития студентов-медиков.....	198
8.3. Вопросы для совместного обсуждения со студентами по теме «Мы и наши пациенты».....	203
Глава 9. Педагогическое общение.....	207
9.1. Роль общения в образовании.....	207
9.2. Закономерности общения.....	210

9.3. Стили руководства группой.....	219
9.4. Виды и причины конфликтов.....	222
9.5. Стратегии разрешения конфликтных ситуаций.....	232
9.6. Способы анализа конфликтных ситуаций.....	242
Глава 10. Личность врача-педагога.....	252
10.1. Личность врача-педагога: возможно ли построение идеального образа врача-педагога?...	252
10.2. Личностное отношение преподавателя к предлагаемым решениям.....	255
10.2.1. Фактор новизны.....	256
10.2.2. Эффект ореола.....	256
10.2.3. Психологическая дистанция.....	257
10.2.4. Свобода выбора.....	259
Глава 11. Вместо заключения: методы педагогических исследований и гуманитарная экспертиза высшего медицинского образования.....	269
Приложение 1. Общие указания по составлению методического пособия.....	275
Приложение 2. Опыт разработки и применения заданий в тестовой форме на кафедре госпитальной терапевтической стоматологии (зав. кафедрой - профессор Г.М. Барер).....	282
Приложение 3. К проблеме «Врач-пациент» в стоматологической клинике.....	286
Приложение 4. Анкета самодиагностики готовности к творчеству в педагогической деятельности.....	291
Приложение 5. Медико-деонтологические задачи на смысл для обсуждения со студентами.....	292
Словарь терминов.....	296
Список литературы.....	299

СЛОВО РЕДАКТОРА

Уважаемый читатель! Вы держите в руках научный труд авторского коллектива кафедры педагогики и психологии МГМСУ «Врач-педагог в изменяющемся мире: традиции и новации». Работа выполнена под непосредственным руководством заведующей кафедрой, доктора педагогических наук, профессора Н.В. Кудрявой. Именно ей принадлежит идея написания и издания этой книги.

Актуальность и практическая значимость данного пособия не вызывают сомнения. В замысел авторов входит помочь врачам-педагогам осознать важность психолого-педагогического компонента как системообразующей основы их профессиональной деятельности. Авторы раскрывают смысл понятия психолого-педагогической компетентности врача-педагога и дают материал для самостоятельного освоения ряда проблем, среди которых философско-антропологические основы педагогической деятельности, различные теории личности и модели обучения (традиционные и инновационные), духовная культура врача. Достаточно полно в пособии описываются такие виды деятельности врача-педагога, как проектирование образовательного пространства, организация педагогического процесса в медицинском вузе, его формы и методы, профессиональное общение, конфликтология, психодиагностика, нравственное развитие, деонтологическое воспитание. В пособии представлены солидная библиография, словарь терминов и ряд интересных приложений.

Полагаю, что данное пособие является чрезвычайно важным при переходе к инновационным методам подготовки специалиста-медика и развитию гуманитарных аспектов профессионального сознания врачей-педагогов.

Особо отмечу, что пособие целиком соответствует программе психолого-педагогической и методической подготовки и повышения квалификации преподавателей медицинских вузов в системе последиplomного образования. Кстати, и сама эта программа, утвержденная Министерством здравоохранения РФ, - плод творческих усилий профильных кафедр МГМСУ, прежде всего кафедры педагогики и психологии.

Поскольку предлагаемое пособие является первым шагом в разработке и осмыслении данной темы, безусловно, неизбежны те или иные упущения. С другой стороны, стоит отметить, что проблемы, рассматриваемые авторами, открывают огромное поле для дальнейшей работы.

Надеюсь, что пособие станет востребованным на циклах повышения квалификации преподавателей медицинских вузов России.

Академик РАМН, доктор медицинских наук, проректор МГМСУ, профессор Н.Д. Ющук

ВВЕДЕНИЕ

Книга «Врач-педагог в изменяющемся мире: традиции и новации» является оригинальным учебно-методическим пособием для преподавателей медицинских вузов России при прохождении циклов повышения психолого-педагогической и методической квалификации.

Книга отражает многолетний опыт работы авторского коллектива с врачами-педагогами в МГМСУ, а также на выездных циклах повышения квалификации в Волгоградской и Тверской медицинских академиях, Архангельском государственном медицинском университете. В пособии частично использованы материалы методических разработок кафедры прошлых лет, которые имели положительный резонанс в среде врачей-педагогов.

Книга написана с учетом профессиональных запросов преподавателей-медиков и ориентирована на самые современные тенденции развития высшего медицинского образования и практического здравоохранения.

Учебное пособие направлено на проектирование и внедрение моделей инновационного обучения врачей-педагогов, позволяющего быстрее и успешнее осваивать новые ценностные установки, новые пласты в культуре профессионального мышления, коммуникативной компетентности, дает целостное видение профессиональной деятельности и процесса преподавания в медицинском вузе.

Авторы надеются, что книга будет способствовать развитию профессионального сознания врачей-педагогов, их личностному и профессиональному росту, формированию психолого-педагогической компетентности.

Авторы пособия: академик Международной Академии Наук Евразии, доктор педагогических наук, профессор Кудрявая Н.В. (гл. 1-6, 8, 10, 11), доцент Уколова Е.М. (гл. 3-6, 11), кандидат психологических наук, доцент Молчанов А.С. (гл. 7), доцент Смирнова Н.Б. (гл. 9), врач-терапевт, бакалавр религиоведения, старший преподаватель Зорин К.В. (гл. 8).

Главный редактор книги - проректор по учебной работе МГМСУ, академик РАМН, профессор Ющук Н.Д.

Авторский коллектив благодарит руководителей профильных стоматологических кафедр и кураторов ФПКП за многолетнюю поддержку всех новых идей, внедрение их в практику подготовки будущих российских врачей, обновление методической литературы на основе психолого-педагогических принципов.

Авторский коллектив благодарит также многочисленных слушателей ФПКП, которые были экспертами многих педагогических подходов, авторами педагогических, деонтологических задач, тестовых заданий, деловых игр, методических указаний для студентов.

Особую благодарность авторский коллектив выражает акад. РАМН, проф. Соколову Е.И., проф. Кузьминой Э.М., проф. Бареру Г.М., проф. Ромачевой И.Ф., проф. Пожарицкой М.М., доц. Левиной Е.С., доц. Лудиллиной З.В., доц. Рзаевой Т.А., доц. Чирве В.Г., доц. Брусениной Н.Д., доц. Гоевой Ю.А., доц. Вашкевич В.П. и многим, многим другим за постоянную поддержку наших творческих усилий.

ГЛАВА 1.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ ВРАЧА-ПЕДАГОГА: ТРАДИЦИИ И НОВАЦИИ

Кафедра педагогики и психологии МГМСУ уже более 20 лет работает с врачами-педагогами, стараясь внедрять последние достижения психолого-педагогической науки в практику подготовки российских врачей.

За эти годы совместно с профильными стоматологическими кафедрами была построена «Модель специалиста-стоматолога», обновлены методические указания к практическим занятиям на основе современных психолого-педагогических принципов управления процессом усвоения, разработаны принципы составления учебных планов и программ, начаты системная первичная психолого-педагогическая и методическая подготовка врачей-педагогов и совершенствование методики проведения практических занятий.

В ходе этой работы мы опирались на огромный интеллектуальный, коммуникативный, нравственный потенциал врачей-педагогов, которые помогали нам профилизировать, адаптировать психолого-педагогическую теорию к задачам высшего медицинского образования. Постепенно высвечивались те узловые моменты деятельности врача-педагога, которые требуют более детальной проработки и специального изучения в рамках ФПКП.

Предметом нашего исследования явились психологическое содержание и закономерности становления и развития сложной деятельности врача-педагога. Иначе говоря, нам представляется необходимым выявить и провести исследование тех компонентов профессиональной ориентировки преподавателей, которые определяют высокий уровень их квалификации. При этом

следует отметить, что в системе высшей школы врач-педагог занимает особое место. Психологический анализ выявляет два сложных вида деятельности, выполняемых врачом-педагогом одновременно — врачебную и педагогическую, причем оба вида ненормированные, а педагогическая деятельность ни теоретически, ни практически не изучалась. Именно за счет кажущейся внешней, «обычности» преподавания в медицинском вузе, а реально - очень большой сложности, существующая подготовка врачей-педагогов неудовлетворительна.

Анализ деятельности врача-педагога позволил нам выделить несколько сторон в этом динамическом многоуровневом процессе, которые всегда полностью присутствуют в деятельности хорошего преподавателя-медика и которые необходимо формировать у всех собирающихся заниматься преподаванием в медицинском вузе:

- 1) врачебная деятельность;
- 2) обязательное осознание смысла, ценностей, содержания и способов этой деятельности - врачебная рефлексия;
- 3) деятельность преподавателя по проектированию образовательного процесса;
- 4) обязательное осознание всех условий успешности выполнения этой деятельности - педагогическая рефлексия;
- 5) использование закономерностей межличностного взаимодействия;
- 6) осознание всех этих закономерностей.

Нетрудно заметить, что первый, третий и пятый пункты - самостоятельные виды деятельности, имеющие сложный характер и различные компоненты, состоящие из многих звеньев, а второй, четвертый и шестой - осознание (рефлексия) этих видов деятельности. Ниже мы подробно опишем содержание деятельности врача-педагога и обоснуем необходимость ее осознания для полноценной, успешной высокопрофессиональной подготовки медика-преподавателя.

Постепенно оформилось понимание психолого-педагогической компетентности врача-педагога, которую мы представили как интеграцию трех структурных компонентов:

- профессионально-определенная концепция «Я - врач-педагог» (в профессиональной деятельности, в общении, в системе собственной личности);
- информационно-инструментальная готовность к деятельности (нормативная, эвристическая, творческая - как проектирование собственной деятельности);
- профессионально-деятельностное сознание, ориентированное на ценности развития личности и понимание средств (норм) педагогической деятельности.

Профессиональная компетентность врача-педагога является комплексной характеристикой ведущей способности педагога быть субъектом собственной деятельности. Субъектность педагога-врача выступает в качестве системообразующего принципа, придающего относительную целостность и внутреннюю согласованность этой модели.

Субъектность врача-педагога, в частности, проявляется в характере его смысловых установок, в способности к построению, проектированию собственной деятельности, самосовершенствованию.

1.1. Психологическая концепция «Я - врач-педагог».

Концепция «Я - врач-педагог» обеспечивает позиционное самоопределение в трех составляющих: в системе профессиональной деятельности (напомним, что речь идет не только о педагогической, но и о врачебной деятельности), в системе профессионального общения (со студентами и пациентами) и в понимании своего внутреннего мира (с учетом двойного эффекта «эмоционального сгорания»).

Разработанная исследовательской группой кафедр педагогики и психологии и профильных стоматологических кафедр экспериментальная программа первичной психолого-педагогической и методической подготовки педагогов-стоматологов определяет соответствующие модули содержания образования для формирования положительной концепции «Я - врач-педагог». Эта программа практически уже внедрена в МГМСУ и получила положительный резонанс в педагогическом коллективе. В ходе экспериментальной работы мы исходили из следующих предпосылок.

1. Специальные знания (у врача-педагога - психолого-педагогические и медицинские) выступают как когнитивное и смысловое основание для определения стратегии и тактики обучения в целом и для решения конкретных педагогических задач. Эти знания - не просто продукт усвоения, а орудие регуляции мышления и деятельности.
2. Специальные знания, которыми овладевает врач-педагог, строятся в соответствии с логикой тех наук, которыми овладевает будущий преподаватель. Практическая деятельность врача-педагога имеет свою логику, связанную с умением эффективно решать возникающие педагогические задачи. Творческий характер использования знаний проявляется в умении анализировать, учитывать все многообразие условий данной ситуации, ее компонентов, отделять существенное от несущественного.
3. Происходит процесс интеграции психолого-педагогических и медицинских знаний, образуется некая специфическая система, соответствующая логике практических действий врача-педагога. Важно использовать те формы и способы обучения, в которых эти процессы протекают более интенсивно.
4. Психолого-педагогические знания используются врачом-педагогом для регуляции собственной деятельности в зависимости от оценки состояния всех компонентов организации процесса обучения, в связи с чем очень важен блок знаний о различных диагностических системах, экспертных подходах.
5. Психолого-педагогическое знание используется в рефлексии собственной деятельности, когда преподаватель становится как бы исследователем собственной деятельности. Специальной задачей является выделение того «конфликтного» материала, который может послужить для моделирования педагогических ситуаций.

1.2. Профессионально - деятельностное сознание врача-педагога.

Круг вопросов названной проблемы оказался наименее исследованным в педагогике и психологии высшей медицинской школы в период, когда акцент делался только на формирование профессиональной деятельности.

Субъектный и деятельностный подходы ориентируют на исследование условий и закономерностей становления и развития целостного субъекта-профессионала, и тогда в качестве важнейших атрибутов субъекта выступают сознание, общение, деятельность (Рубинштейн, Слободчиков, Петровский).

Категория «профессионал» рассматривается как спроецированный в сфере психологии и педагогики профессионализм категории «субъект», представляющий собой единство и взаимообусловленность профессиональной деятельности, профессионального сознания, профессиональной общности.

Профессиональное сознание определяется как функциональная характеристика, один из способов бытия педагога-профессионала. Такой трактовке длительное время мешали гносеологизм и натурализм отечественной психологии советского периода, понимавшие сознание как форму отражения действительности, отрицавшие его онтологический статус и творческий характер.

Признание субъективного мира как психологической реальности открывает возможность трактовки сознания как осознанного бытия. В таком случае содержание, механизм сознания возникают не в познавательной сфере, а в самой практике реальной жизни и для целей этой жизни (Слободчиков, Исаев, 1995).

Для понимания сущности профессионального педагогического сознания мы предлагаем различение категорий «педагогическая деятельность» и «образовательный процесс» (Слободчиков).

Особенности профессионального сознания врача-педагога заключаются в том, что он одновременно является субъектом образовательного процесса и субъектом педагогической деятельности. Врач-педагог как субъект образовательного процесса выступает организатором, участником «встречи поколений», носителем личностной и социокультурной позиции, ответственным за подготовку будущих врачей. Субъектность в педагогической деятельности проявляется во владении ее нормами, средствами, способами, технологиями. В этом случае врач-педагог выступает как носитель деятельностной позиции.

Введение этапа педагогической практики (пассивной и активной с супервизией) - это отличительная черта первичной психолого-педагогической подготовки, которая отсутствовала в традиционной системе ФПКП. Необходимость освоения врачом-педагогом норм, средств, методов, техник педагогической деятельности для обеспечения целей развития и образования личности студента-медика побуждает искать более адекватные, чем прежде, формы работы.

Укорененность профессиональной позиции педагога-транслятора предметных знаний мешает переориентации на главную цель ФПКП, заключающуюся в образовании педагога-профессионала, способного строить собственную профессиональную деятельность в соответствии с ценностями развития и образования личности. В профессиональном сознании происходит сопряжение слоя ценностей развития личности со слоем средств (норм) педагогической деятельности. Процесс смыслообразования - это пусковой механизм выявления и включения ресурсов личности, степень субъектности участников образовательного пространства.

Здесь следует обратить внимание на значимость ведущих педагогических способностей - рефлексии и целеполагания, благодаря которым обеспечивается это согласование, происходит т.н. «сшивание» предметной и ценностно-смысловой сторон деятельности.

Характер соотношения ценностей и средств их реализации проявляется в следующих вариантах внутреннего плана действий врача-педагога: наличие-отсутствие, достаточность-недостаточность, полнота-неполнота, адекватность-неадекватность.

Процесс смыслообразования возникает как результат сопряжения слоя ценностей и слоя средств (норм) педагогической деятельности: происходит трансформация предметных значений и становление смысловых структур профессионального сознания.

Саморазвитие врача-педагога, становление его профессиональной позиции может быть представлено как процесс оценки, отбора, создания средств, способов, технологий, техник, методик, наиболее адекватных и эффективных в становлении личности будущего врача.

Для целенаправленного формирования профессионального сознания врачей-педагогов необходимо выделить *психолого-педагогические условия и механизмы* этого формирования.

Анализ практики высшего медицинского образования и методики подготовки и проведения практического занятия на клинической кафедре убеждает нас в том, что именно в организации этой уникальной встречи поколений таится мощнейший ресурс развития профессионального сознания будущих врачей. Практическое занятие можно рассматривать как профессиональную общность в триаде:

- а) врач-педагог;
- б) студент - будущий врач;
- в) пациент - как условие введения студентов-медиков в профессию.

Практическое занятие развивает рефлексию, сферу смыслов, установок.

Для понимания именно такой роли практического занятия на клинической кафедре необходима соответствующая методика подготовки врачей-педагогов в ходе педагогической практики с более опытными кураторами, наставниками, супервизорами.

В ходе педагогической практики развитие профессионального сознания понимается врачами-педагогами как наращивание и соорганизация слоя ценностей образования и развития личности со слоем средств, норм педагогической деятельности, как движение от объектного уровня к задачному и проблемно-экзистенциальному.

Напомним еще раз, что только на основе способности к рефлексии и целеполаганию становится возможным такое «восхождение».

Приведем краткое описание этих уровней сознания и их феноменологии.

Объектный уровень характеризуется концентрацией сознания на объекте деятельности (например, содержание обучения); преподаватель поглощен тем, как «передать» студентам это содержание, упростить, найти примеры клинических ситуаций, типовых задач, информации и т.д.

Преподаватели, находящиеся на объектном уровне развития сознания, обычно неуспешность своей работы связывают с низким уровнем развития студентов, отсутствием у них мотивации, отсутствием соответствующей материальной базы, ограниченным временем и т.д.

На задачном уровне ситуация деятельности рассматривается как комплекс внешних, объективных условий достижения цели. Преподаватель связывает успешность или неуспешность своей деятельности с полнотой условий (существенных или несущественных) и их комбинированием. Появление затруднения способствует выходу в рефлексивную позицию и поиску средств, способов преобразования начальной ситуации в ее предметном содержании.

На проблемно-экзистенциальном уровне преподаватель превращается в субъекта своего профессионального действия, он способен проектировать, преобразовывать образовательное пространство в целях реализации ценностей образования и развития. Экзистенциальные проблемы участников образовательного пространства превалируют над собственно передачей предметного

материала, который перестраивается: в него вводится новый материал или исключается что-либо. Врач-педагог превращается в творца, технологии лишь способствуют воплощению экзистенциальных целей, а следовательно, имеют развивающий эффект.

1.3. Информационно-инструментальная готовность к профессиональной (врачебной и педагогической) деятельности.

При решении данной проблемы особенно ощущается наличие дисбаланса достаточно высокой готовности к врачебной деятельности и отсутствия базового психолого-педагогического образования. Вступление в педагогическую деятельность далеко не всегда происходит на основе благоприятного опыта.

Действительно, информационно-инструментальная готовность к врачебной деятельности совсем не означает умение обучать этой деятельности будущих врачей. Поэтому часто приходится наблюдать, что достигшие подлинного мастерства на врачебном поприще преподаватели испытывают затруднения в проектировании, организации педагогического процесса. Этим, вероятно, можно объяснить как некую психологическую защиту нежелание некоторых преподавателей вникать в тонкости (якобы ненужные) этого процесса (например, развернутое построение схем ориентировочной деятельности ведущих способов диагностики, лечения и т.д.). В то же время можно наблюдать слишком доверчивое отношение врачей-педагогов к подчас совсем примитивным технологиям, средствам диагностики (например, тесты с выбором одного единственно верного ответа), которые могут иметь место только как средства самодиагностики овладения студентами теоретическими знаниями. В медицинских вузах они уже достаточно долго используются в неадекватном самому характеру врачебной деятельности варианте.

Необходимо стремиться к тому, чтобы информационно-инструментальная готовность к педагогической деятельности принимала инновационный характер, когда наступает момент определенной свободы от сращенности со средствами и постоянного использования одних и тех же методов, приемов и техник.

В гуманитарном подходе особое значение приобретает готовность к проектированию собственной деятельности, пониманию ее смысла, самостоятельному выбору тех или иных средств в зависимости от целей и смыслов становления личности будущего врача, а уже потом собственной деятельности.

Функционирование всех трех образующих профессиональную компетентность, степень их интеграции задают уровень профессиональной компетентности врача-педагога как субъекта профессиональной деятельности. Таких уровней три: репродуктивный, эвристический и креативный.

Репродуктивный уровень профессиональной компетентности характеризуется способностью врача-педагога решать типовые профессиональные задачи (клинические и педагогические), использовать готовые технологии, методы, средства, образцы без критического осмысления, изменения, коррекции.

Рефлексия этого уровня - полагающая и сравнивающая.

Полагающая рефлексия способствует формированию эталонного образа врача-педагога-профессионала; расширяется его информированность о двух составляющих его деятельности - педагогической и врачебной.

Благодаря сравнивающей рефлексии врач-педагог соотносит свою деятельность с деятельностью коллег, концепция «Я - врач-педагог» представляет позицию исполнителя.

Предметная нормативная рефлексия является преобладающей.

Эвристический уровень профессиональной компетентности вносит элементы творчества, стремление к инновациям, желание критически переосмыслить свой опыт, оценить его. Для этого уровня характерна определяющая рефлексия, которая помогает врачу-педагогу оценить готовность к профессиональной деятельности с позиции «Я» - в деятельности («Я» - знающий, умеющий либо «Я» - не знающий, не умеющий).

Креативный уровень характеризуется способностью врача-педагога проектировать, корректировать образовательное пространство, самостоятельно ставить и решать профессиональные задачи оригинально, нестандартно. Это является проявлением синтезирующей и трансцендентальной рефлексии врача-педагога, способности соотнести «Я - реальное» и «Я - идеальное» как зоны пространства своего личностного и профессионального развития.

Вопросы к главе

1. Позволяет ли содержание главы получить представление о пространстве профессионального и личностного развития?
2. Как бы Вы для себя определили понятие психолого-педагогической компетентности?
3. Можете ли Вы в своей педагогической деятельности выделить репродуктивный, эвристический и творческий уровни? Приведите примеры.
4. Как влияет опыт врачебной и педагогической деятельности на характер профессионального сознания (объектный, задачный, проблемный, экзистенциальный)?

ГЛАВА 2.

ФИЛОСОФСКО-АНТРОПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ВРАЧА-ПЕДАГОГА

Глобальные изменения во всех сферах жизни человека требуют от медицинского образования формирования у студентов осмысленного отношения к собственной жизни, психическому и физическому здоровью, обучению в вузе, формированию основ будущей профессиональной деятельности.

Современные ученые обращают внимание на то, что уходит в прошлое основная функция образования - передача культурного и профессионального опыта в форме некоей завершенной системы знаний, умений, навыков. Происходит переориентация с целей адаптации молодежи к реальной жизни, с технократических целей на цели и ценности развития личности.

Наметившаяся тенденция превращения образования в фактор развития общества актуализирует идеологию развития как механизм развития всего образовательного пространства. В последнем случае объектами усвоения будут являться не только (и не столько) знания, умения, навыки, способы деятельности будущего специалиста-медика, что, конечно, необходимо, но и ценностно-смысловые установки, техники рефлексии, коммуникативности, нравственные понятия, способности саморазвития и самореализации.

Это принципиально меняет смысл понятия «психолого-педагогическая компетентность» педагога-врача, который из руководителя, организатора (подчас к тому же авторитарного транслятора знаний) превращается в фасилитатора, т.е. того, кто способствует становлению и росту (личностному и профессиональному) студентов и своему собственному.

Что же такое философско-антропологические основы медицинского образования и профессионального сознания врача-педагога?

Наше внимание к этим вопросам не случайно: как показала практика работы в системе повышения квалификации, они игнорируются и часто не осознаются преподавателями, т.к. изначально они не получали знаний по различным психологическим теориям личности, их внимание не было привлечено к ключевому понятию педагогики и психологии высшей школы - развитию. Мы считаем, что профессиональное сознание врачей-педагогов было направлено не на цели развития и становления личности будущего врача, а на усвоение студентами суммы теоретических знаний, информации и практических умений.

Осознать смысл происходящих гуманитарных изменений, которые, в свою очередь, меняют направленность профессионального сознания и деятельности врачей-педагогов, смысловых установок и концептуальных предпочтений, невозможно без опоры на философско-антропологические знания. Дело в том, что традиционно психологические знания о теориях личности не были включены в учебные планы медицинских вузов, а в системе повышения квалификации на них вместе с педагогикой отводится всего 24 часа.

Это достаточно сложный вопрос, своего рода проективный тест, раскрывающий профессиональную позицию врача-педагога. Речь идет о вере или отсутствии веры в человечество, человека. Интересно высказывание венгерского психолога К. Хорни в книге «Невротическая личность нашего времени» (М., 1993) о том, что если сам человек питает доверие к людям и верит в то, что с их помощью он способен достичь чего-то значимого, то он усвоит такие взгляды на жизнь и на мир, которые будут находиться в гармонии с его доверием. Отсутствие доверия соответственно породит представления и техники работы с человеком, имеющие психотравмирующий характер.

Установка веры-неверия в человека дает возможность условно разделить все психологические и педагогические теории на две группы: «доверяющие человеческой природе» (гуманистически ориентированные) и «не доверяющие».

В группе «не доверяющих» имеет место жесткая, негативная позиция понимания природы человека как асоциальной и деструктивной и отрицания возможности человека собственными силами справиться с этой данностью. Сторонники более «мягкого» подхода сущность природы человека сводят к «чистой доске» (Локк), нейтральному объекту формирующих внешних влияний.

В группе «доверяющих» есть радикальная точка зрения о безусловно-позитивной, доброй и творческой сущности человека, заложенной в виде потенциала («Божией искры»), который раскрывается при соответствующих психолого-педагогических условиях (Руссо). Сторонники более осторожной концепции считают, что человек изначально не обладает такой сущностью, но обретает ее в процессе самосозидания (условно-позитивная сущность) (Маслоу).

Эти четыре базовые установки являются основаниями тех или иных направлений философии образования, а затем уже пусковым механизмом выбора психолого-педагогических принципов, условий, понимания и определения конкретных целей и задач педагогической деятельности в триединстве обучения, воспитания и развития.

Мы считаем полезным привести психологические основания в педагогике для понимания альтернатив трактовки ключевого понятия «развитие». С точки зрения «основных личностных подструктур» преподаватели самостоятельно могут проделать подобное упражнение для уточнения альтернатив понятий «обучение», «воспитание».

Мы выделяем три категории основных личностных подструктур.

- приобретенные качества (в основном, под влияние социума);
- врожденные качества (как правило, неуправляемые сознанием или выходящие за его пределы);
- «самосозидаемые личностные качества» (развиваемые и регулируемые сознанием самого человека).

Выбирая одну из подструктур в качестве доминирующей, преподаватель получает три основных варианта ответа на главный для педагогики вопрос о движущих силах развития человека и, следовательно, о целях, задачах и результатах педагогической деятельности, ее принципах, условиях.

Это следующие три базовые психологические концепции:

- человек развивается исключительно под воздействием внешней среды (обучение и воспитание в том числе);
- развитие человека определяется биологическими и наследственными факторами, бессознательными тенденциями, недоступными сознанию;
- сам человек является творцом своей судьбы, он свободен в сознательном выборе пути жизни и несет ответственность за него.

Последняя точка зрения в XX столетии получила убедительное подтверждение в различных психологических теориях личности в рамках гуманитарной парадигмы. Происходит парадигмальный переворот в науках о человеке: переход от биологического и социологизированного, частично-рационального понимания сущности человека к пониманию человека как существа целостного, творческого, духовного и нравственного, свободного, но ответственного, способного к самоизменению и саморазвитию.

В рамках естественнонаучной парадигмы психология сформировала для педагогического сознания образы «человека ощущающего», человека «какместилища нужд, инстинктов и влечений» и «запрограммированного человека», «человека-деятеля» (Асмолов, Петровский), т.е. частично-рационального. Эти образы исказили педагогическое сознание и практику работы с человеком, якобы существом пассивным, представляющим собой объект воздействий.

Утверждение гуманитарной парадигмы связано с признанием мира субъективного как психологической реальности. В связи с этим необходимо учесть опыт движения за гуманистическую психологию, которое возникло в 50-е годы нашего столетия на западе, противопоставило себя классическому психоанализу, бихевиоризму и утвердило в сознании тех, кто занимается практикой работы с человеком (педагогов, практических психологов, врачей, социальных работников и т.д.), новое понимание как самого человека и механизмов его развития и саморазвития, так и тех психолого-педагогических условий, которые приводят к позитивным изменениям личности.

Сторонники гуманистической психологии заявили через созданную ими Ассоциацию о том, что они обращаются к таким понятием, как творчество, смысл, высшие ценности, любовь, спонтанность, опыт, духовность, психическое здоровье, счастье, к которым не обращались ни традиционный психоанализ, ни бихевиоризм. По мнению педагогов гуманистической ориентации,

с помощью этих понятий описываются специфические человеческие способности и возможности, характерные для здорового, творческого, полноценно функционирующего человека.

Теория личности в рамках гуманистической психологии строится на основе следующих принципов и положений.

- Цельность «Я» создает уникальный характер переживаний каждого человека. В человеке взаимосвязаны органическое и психическое, осознанное и неосознанное, чувства и мысли.
- Самым важным источником информации является экзистенциальное состояние человека, его субъективный психологический опыт, доступный ему через осознание «здесь и теперь».
- Человек всегда обладает свободой решать, как поступить в данной ситуации, поэтому свобода человека связана с его ответственностью. Даже обреченный на смерть человек свободен по-разному чувствовать и вести себя при ее приближении.
- Человеку присуще изначальное стремление к развитию, росту, актуализации своей потенциальности. Человек стремится к развитию своих способностей, стремится быть более зрелым, ответственным.

Гуманитарный подход делает возможным исследование одной из фундаментальных проблем жизни человека - проблемы осмысленного существования как основы полноценного психологического развития, психологического и физического здоровья, при этом изменяется понимание «нормы» в психологии, медицине, педагогике. Главное в человеке - не способность к адаптации и гомеостаз, а, напротив, стремление к самоизменению, способность переосмысливать ценности и жизнь.

Активизация научных разработок в данных направлениях стимулируется общим духовным кризисом человечества на рубеже веков, проблематичностью самой возможности выживания, огромным количеством ноогенных неврозов, которые связаны с неосознанными поисками смысла жизни (Франкл, Братусь, Мелони). Агрессивность, наркомания, алкоголизм, вещизм, безответственность, тоталитаризм, лень, апатия - это симптомокомплекс духовного нездоровья человеческого общества, который, кроме всего прочего, является результатом внедуховной позитивистской концепции науки о человеке, а ведь на этой основе формируется профессиональное сознание работников сферы образования и воспитания. У истоков осознания всех этих факторов еще в прошлом веке стоял наш великий соотечественник Л.Н. Толстой, к которому ни педагоги, ни психологи так и не прислушались (Петровский). Справедливости ради стоит сказать, что только сейчас открылась уникальная возможность объективно осмыслить религиозные искания писателя, оценить их как первый серьезный шаг преодоления позитивистской методологии наук о человеке. Это была попытка сближения науки и религии в решении проблем человековедения, одухотворения дегуманизированных, механистических психологии и педагогики конца прошлого века, не потерявших этих качеств и в наши дни.

На наш взгляд, Л.Н. Толстой понял драматизм ситуации отвержения человека позитивистской методологией, «потери души», сведения духа к материи, телесности, приравнивания в исследованиях человека к вещи, объекту, логической схеме, искажения самого понятия «психика», подмены человека натуралистически понимаемой личностью. Л.Н. Толстой стоял у истоков формирования утверждающегося в настоящее время взгляда, согласно которому духовные образования личности - это фундамент и смысловой аспект всей научной картины мира. Однако он не был понят современниками, даже такими великими представителями русской культуры, как С.А. Франк, Н.Г. Чернышевский, Д.С. Мережковский, И.А. Ильин, В.В. Вересаев, П.А. Кропоткин, С.Н. Булгаков, Н.А. Бердяев и др. Духовная и нравственная сущность человека затушевывалась учеными естественнонаучной позитивистской ориентации. «Они, - писал Л.Н. Толстой, - подобны

штукатурам, которых бы приставили заштукатуривать одну сторону стены церкви и которые, пользуясь отсутствием главного распорядителя работ, в порыве усердия замазали бы своей штукатуркой и окна, и образа, и леса, и неутвержденные еще стены и радовались бы на то, как с их штукатурной точки зрения «все выходит ровно и гладко».¹ Думается, что авторитет Л.Н. Толстого для отечественных педагогов не менее значим, чем авторитет К. Роджерса, В. Франкла и др. Тем более, что В. Франкл называет Л.Н. Толстого предтечей гуманистической психологии.

Особую значимость смыслового, нравственно-ценностного аспекта для понимания сути человеческой личности, ее развития, воспитания подчеркивает известный отечественный психолог Б.С. Бра-тусь. Это сложное явление стимулируется мотивационной включенностью и вовлеченностью в процесс деятельности, когда главным становится не характер, не темперамент, не успехи человека и его социальные роли, не сама по себе продуктивная деятельность, а мера участия, заинтересованности, пристрастности, проникновения в нужды другого человека, общества, человечества в целом.²

Отношение, в котором выражается смысл, признается в наши дни учеными-психологами в качестве центральной системообразующей характеристики личности, некоей внутренней (интрагенной) активности человека. Эта потенциальная активность, будучи «включенной», обеспечивает меру участия, заинтересованности человека в обучении, профессиональной деятельности, степень его «субъектное™», которая может быть различной.

Категория «отношения» может быть понята при осмыслении соотношения конечного и бесконечного в человеке, а потому она с трудом воспринимается врачами, воспитанными на основе материалистических установок марксистской науки.

Современными психологами используется метафора святоотеческой литературы «горизонтали» и «вертикали» человеческой души (Братусь). На эту метафору, создавая онтологию человеческой жизни, опирался Л.Н. Толстой в трактате «О жизни» (1888).

С «внутренней» стороной души (вертикаль) связаны высшие проявления человеческого духа, устремленность человека к смыслу и ценностям, и без взаимосвязи, соотнесения с ней не может быть оценена и «внешняя» часть души, душа человека в целом, пространство которой подчас бывает наполнено весьма драматичными переживаниями. Толстой придавал огромное значение видению этого разлома жизни - родовидового противоречия.

Современные психологи пришли к выводу, что в рамках материалистической психологии нельзя объяснить понятие смысла, ответить на вопрос, откуда в психическом образе человека берется этот нравственный по сути вопрос: «зачем?».

Современная психология постепенно подошла к тому, что мотивационно-смысловые личностные образования не просто участвуют в побуждении, направлении, оценивании, регулировании, планировании поведения и деятельности, но они реально субъективизируют, очеловечивают, одухотворяют окружающий человека мир. Эти положения чрезвычайно важны для организации педагогического процесса и обучения студентов, наполненного глубоким смыслом. При этом следует обратить внимание на то, что смысловая картина личности многоаспектна. Так, человек может понимать высший смысл, предназначение как созидание своей духовной сущности, выявление и развитие творческих способностей. Этот высший смысл позволяет осмысливать трудовую деятельность, общение с людьми, находить радость общения в семье, черпать творческие силы в общении с природой. Однако все это может осуществляться и на бессознательном уровне. Человек всегда стоит перед уникальной творческой жизненной задачей, в самой специфике решения которой проявляется его внутренний мир, осознанность или неосознанность мотивов и смыслов.

Смысловые структуры более устойчивы, чем мотивационные, которые скорее являются побудительными, первичными. Так, у ребенка или у человека с неразвитым сознанием мотив первичен по отношению к смыслу, а по мере развития личности смысл становится психологически решающим, и на основе смысла человек отдает предпочтение тем или иным мотивам, их формированию и развитию. Последнее является, на наш взгляд, содержанием процесса воспитания и самовоспитания. Смысл определяет отношение человека к миру. Задача воспитания или самовоспитания состоит в замене смыслов натуралистических на устойчивые духовные. Эта направленность сознания, отношение - процесс динамический, в нем происходит переход сознательного в план бессознательного и наоборот, что тоже важно для понимания этапов и процессуальности, например, деонтологического воспитания и развития нравственного сознания студентов, о чем мы поговорим в следующих главах. Вышесказанное не является некоей интеллектуальной добавкой профессионального сознания врачей-педагогов, а наоборот, имеет вполне практическую направленность.

Современная психологическая наука связывает проблему смыслов с появлением возможности изучения *реальных движущих сил* человеческого поведения во всех субъективных проявлениях личности, так как структура индивидуального сознания может иметь различные сочетания и иерархии смысловых компонентов, и это должен понимать врач-педагог, выбирающий разные техники, методики, технологии работы со студентами и пациентами.

Врачи-педагоги должны понимать, какие из создаваемых ими психолого-педагогических условий способствуют, а какие препятствуют психологическому развитию учащихся и даже имеют психотравмирующий характер. Как показывает практика работы, в идеологии развития наиболее трудным является вопрос о том, «что развивается в образовании... и что образуется в развитии» (Слободчиков). Еще раз подчеркнем, что развитие может происходить «по сущности природы» (как созревание), «по сущности социума» (как социализация) и «по сущности человека» (как саморазвитие). Последнее направление - и есть саморазвитие как фундаментальная способность человека «становиться и быть подлинным субъектом своей собственной жизни» (Слободчиков), оно редко осознается как главная цель образования (при признании социализации). Для гуманитарного подхода характерно понимание целей образования как развитие родовых характеристик личности, т.н. высших способностей: рефлексии, целеполагания, творчества, духовности, нравственности и осознания собственного позитивного психологического развития как способности преодолевать основное экзистенциальное противоречие жизни.

Идеология развития личности связана с проблемой психического здоровья и личностной зрелости. Понимание этого важно для профессионального сознания врача-педагога. Например, в ММА им. Сеченова была актуализирована необходимость развития саногенного мышления как предпосылки здорового образа жизни (Орлов).

В настоящее время полноценное психологическое развитие личности как цель и результат образовательных систем представляет наибольший интерес для врачей-педагогов. Исходя из гуманистических представлений можно определить факторы, которые не являются собственно развитием личности, но с которыми его часто отождествляют.

Личностный рост (психологическое развитие) - это не усвоение знаний, способов деятельности, не формирование устойчивой системы «ценностных ориентации», «активной жизненной позиции», «познавательной активности» и т.д. Каждое из перечисленных направлений изменения человека имеет определенный позитивный смысл, но их развитие связано с внешними внеличными критериями. Приведем примеры отдельных подходов.

Для практики высшего медицинского образования и формирования адекватного образа человека в профессиональном врачебном сознании большой интерес представляют идеи представителей гуманистической психологии. Это концепции «здоровой личности» А. Маслоу и «полноценно

функционирующей личности» К. Роджерса. В нашей стране известным психологом Б.С. Братусем сделана попытка определить «критерии нормального развития» личности, которые одновременно являются условиями этого развития. Братусь перечисляет следующие критерии.

- Отношение к другому человеку как к самоценности, как к существу, олицетворяющему в себе бесконечные потенции рода «человек» (центральное системообразующее отношение).
- Способность к децентрации, самоотдаче и любви как способу реализации этого отношения.

Творческий, целетворящий характер жизнедеятельности.

- Потребность в позитивной свободе.
- Способность к свободному волепроявлению.
- Возможность самопроектирования будущего.
- Вера в осуществимость намеченного.
- Внутренняя ответственность перед собой и другими, прошлым и будущими поколениями.
- Стремление к обретению сквозного общего смысла своей жизни.

Понятие личностного роста К. Роджерса (о котором до него рассуждал и Л.Н. Толстой) не тождественно продвижению человека по «лестнице» возрастов.

Это всегда сложный многоаспектный процесс, вся драма которого, по мысли Л. Толстого, разворачивается между двумя векторами души - горизонтальной (жизни человека в пространстве и времени как существа конечного) и вертикальной (внутренней, духовной составляющей, характеризующей человека как существо бесконечное). Согласно К. Роджерсу и Л. Толстому, «у каждой души свой путь», процесс личностного роста имеет всегда индивидуально-своеобразную траекторию. По мнению К. Роджерса, «основной закон личностного роста» состоит в том, что если есть или специально создаются психолого-педагогические условия, то в человеке актуализируется процесс саморазвития, естественным следствием которого будут изменения в направлении его зрелой личности. При полноценном личностном росте эти изменения затрагивают взаимоотношения личности как с внутренним миром (интраперсональность), так и с внешним миром (интерперсональность).

К. Роджерс к внутриличностным критериям относит: принятие себя, открытость внутреннему опыту переживаний, понимание себя, ответственную свободу, целостность, динамичность.

Дадим краткую характеристику этих критериев.

Принятие себя выражается в признании себя и безусловной любви к себе таковому, каков ты есть, в отношении к себе как к «личности, достойной уважения, способной к самостоятельному выбору», вере в себя и свои возможности, доверии собственной природе, «организму». К. Роджерс подчеркивает, что целостный организм «мудрее», чем его сознание.

Открытость внутреннему опыту переживаний. «Опыт переживаний» - одно из центральных понятий в гуманистической психологии, в начале века используемое писателями импрессионистского толка как «поток сознания», а корнями уходящее в восточную философию (Лао-Цзы), для которой было характерно использовать образы движения воды для описания различных состояний сознания. Действительно, процесс субъективных переживаний внутреннего мира

человеком является тем более зрелым, свободным от психологических защит, чем более человек способен прислушиваться к своей внутренней реальности, жить настоящим - «здесь и теперь», опираясь на реальные свои желания и переживания. К Роджерс пишет, что в ходе психологического развития человек «более полно живет настоящим моментом и узнает, что это самый правильный способ существования» (Роджерс, 1994). Как только человек становится более открытым своему опыту, он начинает больше доверять своим реакциям, свободно выражая как негативные, так и позитивные чувства. В сложных, неоднозначных, беспокойных отношениях с другими людьми у человека появляется доверие к своим внутренним реакциям, которые привели к правильному поведению.

Понимание себя заключается во все более полном и глубоком представлении о себе и своем актуальном состоянии. К. Роджерс в своих рассуждениях основывается на «Я»-концепции, в которой происходит сближение или рассогласование между «Я»-реальным и «Я»-идеальным, приводящее к т.н. конгруэнтности или инконгруэнтности личности. Понимание себя предполагает способность услышать подлинное «Я», голос совести сквозь наслоение социальных ролей (масок), психологических защит.

Ответственная свобода, или внутренний «локус оценивания», означает способность человека к принятию самостоятельных решений и одновременно ответственность за выбор ценностей и собственных оценок, независимость от давления внешних оценок, а самое главное - ответственность за актуализацию своей потенциальности, самобытности.

Целостность. Проблема заключается в том, чтобы сохранить целостность внутреннего мира и личности - как залог способности к психологическому росту и творчеству. Утрата человеком внутреннего единства между интеллектом и чувствами, «Я»-реальным и «Я»-идеальным, между личностью и организмом - препятствие к эффективной регуляции жизни человека. Главное экзистенциальное противоречие между родовой и видовой сущностью Л. Толстым рассматривалось как главное препятствие благополучию человека и в то же время условие его развития. Он писал о том, что смысл и радость человеческой жизни в непрерывной борьбе с грехами, соблазнами, суевериями: они, «как та земля, которая должна покрывать семена любви для того, чтобы они могли взойти».¹

Динамичность. Личность существует в постоянном, непрерывном процессе изменений. «Человек текуч, в нем есть все возможности», — писал Л. Толстой. Гуманистические психологи подчеркивают, что зрелая личность - это становящаяся личность, а ее рост - это способ существования. Лев Толстой использовал образ путника и говорил, что остановка пути - это «жизнь в гробах своих». К. Роджерс подчеркивает, что важнейшие критерии личного роста - это динамичность, гибкость, открытость к изменениям и способность, сохраняя свою индивидуальность, развиваться через разрешение противоречий и проблем: «Быть процессом, а не целью».

К интерперсональным критериям развития личности, которые затрагивают взаимоотношения личности с внешним миром, межличностные отношения, К. Роджерс относит: принятие других, понимание других, социализированность, творческую адаптивность. Дадим краткую характеристику этих критериев.

Принятие других - важнейший показатель зрелости личности, основополагающее доверие к человеческой природе и чувство глубинной сущностной общности между людьми.

Понимание других - один из показателей личностного роста, способность принять точку зрения другого человека, способность глубокого и тонкого взаимопонимания и сопереживания (эмпатия).

Социализированность -это выражение фундаментального стремления человека к конструктивным социальным взаимоотношениям, способность «жить с другими в максимально возможной гармонии» (Роджерс).

Творческая адаптивность -готовность «выразить и использовать все внутренние потенциальные возможности, становиться все более и более ответственным».

Названные критерии «личностного роста» очень близки концепции личностной зрелости А. Маслоу и, безусловно, могут быть использованы в педагогической практике.

Американский психолог А. Маслоу рассматривает проблему роста как следствие последовательного удовлетворения все более «высоких потребностей». Движение к самоактуализации не может «начаться, пока индивидуум не освободится от доминирования низших потребностей - таких, как потребности в безопасности или уважении. По Маслоу, ранняя фрустрация потребности может зафиксировать индивидуума на определенном уровне функционирования. Например, ребенок, не пользовавшийся достаточной популярностью, может продолжать быть глубоко озабоченным потребностью в уважении и почете всю свою жизнь.

Рост осуществляется посредством самоактуализации. Самоактуализация подразумевает деятельность, постоянную вовлеченность в процесс роста и развития способностей до максимально возможного уровня, а не удовлетворение малым из лени или из-за недостатка уверенности в себе. Работа самоактуализации включает выбор достойных творческих задач. Маслоу пишет, что самоактуализирующихся индивидуумов привлекают наиболее трудные и запутанные проблемы, которые требуют максимальных творческих усилий. Самоактуализирующиеся индивидуумы стремятся иметь дело с определенностью и неоднозначностью и предпочитают трудные задачи легким.

О том, как осуществляется сам психологический рост, Маслоу попытался рассказать в своей последней работе «Дальние достижения человеческой природы», где он приводит восемь различных типов поведения, ведущих к самоактуализации.

1. Таково, по его мнению, полноценное поведение, живое, беззаветное, с полной концентрацией и полным впитыванием. Обычно мы сравнительно мало осознаем происходящее в нас и вокруг нас. Однако у каждого человека бывают моменты повышенного осознания и интенсивного интереса, именно эти моменты Маслоу называет самоактуализирующими.

2. Если мыслить жизнь как постоянный процесс выбора, то самоактуализация означает способность человека при каждом выборе решать в пользу роста. Нам часто приходится выбирать между ростом и безопасностью, между прогрессом и регрессом. Каждый выбор имеет свои позитивные и негативные стороны. Выбрать безопасное — значит остаться при известном и знакомом, но при этом человек рискует показаться смешным и отставшим от жизни. Выбрать рост – значит, открыть себя новому, неожиданному опыту, однако остается риск оказаться с неизведанным один на один.

3. Актуализироваться - значит становиться реальным, существовать фактически, а не потенциально. Самоактуализация - это научение быть созвучным со своей собственной внутренней природой. Это значит, например, решить для себя, нравится ли тебе самому определенная пища или фильм, независимо от мнений и точек зрения других.

4. Честность и принятие ответственности за свои действия - существенные моменты самоактуализации. Маслоу рекомендует искать ответы внутри, а не позировать, не стараться хорошо выглядеть или удовлетворять своими ответами других. Каждый раз, когда мы ищем

ответы внутри, мы соприкасаемся со своей самостью, т.е. со своим темпераментом, со своими уникальными вкусами и ценностями.

5. Все упомянутые положения помогают развить способность «лучшего жизненного выбора». Мы учимся верить своим суждениям и инстинктам и действовать в соответствии с ними. Маслоу полагает, что это ведет к лучшему выбору того, что конституционно правильно для каждого индивидуума (выбор в искусстве, музыке, пище, выбор при решении серьезных жизненных проблем, таких, как брак или профессия).

6. Самоактуализация - постоянный процесс развития собственных потенциалов. Это означает использование своих способностей и разума и работу ради того, чтобы делать хорошо то, что ты хочешь делать. Большой талант или разумность - не то же самое, что самоактуализация. Многие одаренные люди не смогли полностью использовать свои способности, другие же, возможно, с весьма средним талантом, сделали невероятно много.

Самоактуализация - это не «вещь», которую можно иметь или не иметь. Это процесс, не имеющий конца, подобный буддийскому Пути просветления. Это способ проживания, работы и отношения с миром, а не единичное достижение.

7. «Пик-переживания» - переходные моменты самоактуализации. Маслоу вводит данное положение, чтобы выразить мысль о том, что люди более целостны, более интегрированы, больше осознают себя и мир в моменты «пика». В такие моменты мы думаем, действуем и чувствуем наиболее ясно и точно. Мы больше любим и в большей степени принимаем других, более свободны от внутреннего конфликта и тревожности, более способны конструктивно использовать нашу энергию.

8. Дальнейший шаг самоактуализации - это обнаружение своих «защит» и отказ от них. Человеку необходимо яснее сознавать, как он искажает свой образ и образы внешнего мира посредством репрессий, проекций и других механизмов защиты.

Каково же понимание полноценно функционирующего человека гуманистической психологией?

Полноценно функционирующая личность - синоним оптимального психологического приспособления, психологической зрелости, полной конгруэнтности, полной открытости опыту. Некоторые из этих терминов звучат несколько статически, поэтому необходимо подчеркнуть, что все характеристики такого человека процессуальны. Полноценно функционирующая личность - это человек в процессе, в пути (Толстой), постоянно изменяющийся человек.

1) Полноценно функционирующая личность характеризуется рядом свойств, первое из которых - открытость опыту. Такой человек постоянно движется от защит к прямому опыту, он более открыт собственным чувствам страха, обескураженности, боли. Он также более открыт чувствам мужества, воодушевленности, нежности, благоговения...

2) Вторая характеристика - жизнь в настоящем, полная реализация каждого момента. Человек способен переструктурировать свои реакции в соответствии с опытом, когда опыт предоставляет ему новые возможности.

3) Последняя характеристика - доверие собственным внутренним побуждениям и интуитивным суждениям, все возрастающее доверие собственной способности принимать решения. Человек все лучше может собирать и использовать данные, все более ценит в себе способность обобщать их и реагировать. Это не только интеллектуальная деятельность, но функция личности в целом. Роджерс полагает, что у полноценно функционирующей личности ошибки, если они допускаются, обусловлены скорее неверной информацией, чем неверной ее обработкой. Это похоже на

поведение кошки, падающей с высоты на землю. Кошка не вычисляет скорость ветра, угловые моменты и скорость падения, но все это принимается во внимание в ее целостной реакции. Кошка не размышляет, кто столкнул ее, каковы были мотивы для этого и не повторится ли это в будущем; она занята исключительно данной неотложной проблемой, стараясь перевернуться в воздухе, чтобы приземлиться на четыре лапы.

Полнофункциональная личность свободна реагировать и свободна переживать в опыте свою реакцию на ситуацию. Это сущность того, что Роджерс называл «жить хорошей жизнью». Такой человек постоянно находится в процессе дальнейшей самоактуализации, зачастую пренебрегая определенными чувствами или потребностями. Свою независимость он может доводить до степени, шокирующей его более конформистски настроенных друзей. Однако при этом ему могут быть знакомы многие проблемы обычных людей: чувство вины, тревожность, печаль, внутренние конфликты и т.д.

Препятствия росту. В центре внимания всех крупных психологов XX столетия была проблема препятствий личностному психологическому росту.

Эта проблема напрямую связана с проблемой психического, физического, духовного здоровья человека и общества. Она особенно значима и для медицины, и для образования, в ней отчасти реализуется практическая направленность психологической науки.

Знания о том, что препятствует личностному росту, важны для каждого человека, который поставил для себя вопрос корректировки поведения, улучшения взаимоотношений в семье, студенческой группе. Эти же знания важны для врача, который может использовать их для определения и разрешения психологических проблем пациентов, что повлияет на эффективность лечения.

Процесс самоактуализации может быть ограничен как внешними, так внутренними факторами. К внешним факторам можно отнести определенные события, ограничивающие физические, экономические или даже нормативные возможности роста человека (в результате аварии человек может остаться инвалидом, может потерять все средства к существованию, потерять личную свободу и т.д.). К внутренним факторам можно отнести всевозможные внутренние барьеры - такие, как чрезмерная нерешительность, неуверенность в себе, неспособность установить контакт с другими людьми и т.д. Катастрофы и насилие выступают и как внешние, и как внутренние факторы. Сами катастрофы являются внешними факторами по отношению к индивидууму, но часто создают целый ряд внутренних препятствий к росту и даже механизмы для самоуничтожения личности.

Осознание философско-антропологических основ медицинского образования преобразуется в ценностно-смысловые установки педагогов-врачей, их предпочтения тем или иным способом, методам, техникам работы со студентами и пациентами. Это, в свою очередь, оформляется в той или иной модели обучения студентов, зачастую при наличии смешанных и даже противоположных подходов.

Последнее свидетельствует о неосознанном отношении к философско-антропологическим основам профессионального сознания и деятельности.

Таким образом, мы только начали непростой разговор о философско-антропологических основах профессионального сознания и деятельности врачей-педагогов. Мы приглашаем к продолжению его в рекомендуемой литературе. Многие книги известных западных ученых переведены на русский язык и доступны каждому.

Вопросы к главе

1. Связываете ли Вы знание философско-антропологических основ высшего медицинского образования с качеством выполняемой профессиональной деятельности?

2. Как Вы помогаете студентам формировать субъектные отношения в педагогическом процессе?

ГЛАВА 3.

РАЗЛИЧНЫЕ ПОДХОДЫ

К ОРГАНИЗАЦИИ

ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

В практике медицинских вузов на доклиническом этапе до последнего времени господствовал традиционный когнитивно-центрированный подход, исходящий из информационной модели обучения, а на клиническом этапе через системы ФПКП внедрялся операционально-деятельностный. Кратко рассмотрим эти подходы.

3.1. Информационные модели обучения.

Информационные модели обучения реализуют представление о том, что основной целью обучения является овладение студентами знаниями, умениями и навыками в их предметном содержании. В рамках данного подхода разрабатываются нормативные требования к усвоению и критерии оценки деятельности преподавателя и студента. При этом под «усвоением» содержания учебных программ обычно принято понимать запоминание знаний («багаж знаний»). А что касается их применения на практике, то есть формирования умения пользоваться полученными знаниями, то эту задачу непосредственно перед обучением всерьез никогда не ставили. Предполагается, что этому должна научить сама жизнь. Говоря иначе, данная задача выносится за пределы системы обучения, в том числе системы подготовки врачей и преподавателей.

Тем не менее всегда считалось необходимым связывать учебу с практикой, теорию с жизнью, для чего обычно рекомендуют проводить практические занятия (семинары-практикумы, «деловые игры», упражнения на решение задач по применению изучаемой теории в различных ситуациях и т.п.). Однако на таких занятиях удастся лишь фрагментарно, с помощью отдельных примеров показать принципиальную возможность использования теоретических знаний на практике, ибо на большее времени никогда и ни в каком учебном заведении не хватает. Поэтому учебный процесс в настоящее время имеет следующую структуру (см. схему 2).

1. Сообщение зна- ний обучаемому (лекция, рассказ, демонстрация)	2. Заучивание и за- поминание знаний обучаемым (само- стоятельная работа)	3. Конечный ре- зультат обучения - багаж знаний, осве- домленность, эру- диция (показанные на экзаменах)
--	--	--

Схема 2. Структура учебного процесса.

Иначе говоря, объективная логика обучения требует формирования умения применять знания, но субъективно она не реализуется: обучение завершается только получением знаний.

Психологический анализ общепринятой традиционной системы обучения выявляет следующие причины «потери информации» по ходу обучения.

Первая причина состоит в том, что при сообщении знаний преподавателем студенту не все понятно. Педагоги это учитывают и обычно успокаивают студентов, говоря о том, что после прохождения следующих тем эти пробелы исчезнут.

Такое непонимание психологически вполне оправдано, ибо абстрактные теоретические положения до их проецирования на знакомую практику понять очень трудно, если не сказать - невозможно. А поскольку сообщение знаний всегда идет впереди какой бы то ни было практики (даже иллюстрацию на примерах порой бывает невозможно втиснуть в узкие рамки учебного времени), то этот недостаток в принципе непреодолим, пока сохраняется подобная система обучения.

Вторая причина - трудность запоминания (даже понятной информации). Психологически это объясняется тем, что сообщаемые знания до их сопоставления с реальным объектом, отраженным в данных теоретических построениях, можно запомнить только путем механической зубрежки, ибо представлений о соответствующих им жизненных реалиях у студентов в этот момент еще нет.

Третья причина - забывание. Много из того, что понято и запомнилось, может с течением времени забываться. Даже частичное забывание ведет к потере запомнившейся логики процессов, разрывает причины и следствия, нарушает целостность когда-то полученных знаний. Забывание - процесс естественный. Из того объема сведений, что закреплен в памяти, рано или поздно значительная часть обязательно забывается, и чем меньше была связь полученных знаний с известной человеку практикой, тем раньше это происходит.

Традиционная педагогика рекомендует бороться с забыванием путем повторения («повторение - мать учения»), но на практике повторение или превращается в элементарную зубрежку, совершенно неприемлемую для взрослых людей, или категорически отвергается и детьми, и взрослыми. Любой здравомыслящий человек, чтобы не забыть важную информацию, записывает ее, но не занимается бездумным повторением того, что естественным образом не входит в его сознание как нужное, полезное знание.

Самым простым и понятным каждому способом эффективной борьбы с забыванием является практическое применение знаний. Но в том и беда, что принятая структура учебного процесса не оставляет места и времени на практическую отработку получаемых научных знаний.

Четвертая причина того, что студенты, прошедшие обучение, не умеют практически пользоваться теоретическими знаниями, заключается в том, что часть знаний, прочно запечатлевшаяся в памяти, оказывается и вовсе неприменимой, настолько они бывают далеки от реальной практики. Между тем на их приобретение затрачиваются те драгоценные часы, дни и недели, которые могли бы пригодиться для получения действительно полезных знаний. Подобные лишние знания (избыточную информацию) обычно объясняют необходимостью повышать «общую эрудицию» обучаемых, однако на деле это объяснение не оправдывается.

Словом, уйма ненужных знаний дается «на всякий случай» и без всякой пользы загружает память. Они, по существу, приносят только вред, создавая иллюзию обучения, отдаляя его от практики. По указанным причинам уже в ходе самого процесса обучения теряется весьма значительная часть

сообщаемых студентам знаний. Еще больше забывается после обучения, если знания сразу же не получили подкрепления в практическом применении.

Это происходит по одной, общей для всей традиционной системы обучения причине: обучение действиям подменено обучением знаниям, а сам процесс приобретения знаний удален от процесса их применения. Таким образом, изрядная часть заблаговременно сообщаемых знаний не доносится до практики и в принципе донесена быть не может.

Следовательно, давать человеку знания - это еще не значит научить его грамотно действовать в соответствии с этими знаниями, реально руководствоваться ими в практической деятельности. Задача научить практическому использованию теоретических знаний составляет особую проблему, выходящую за рамки собственно процесса традиционного обучения, поэтому на его базе решена быть не может.

Возникает вопрос: как же сделать так, чтобы все сообщаемые студенту знания были полезны и могли быть немедленно использованы в практической деятельности, чтобы он сразу научился применять их на практике? Для ответа на этот вопрос вернемся к схеме 2 и по ней проанализируем функцию каждого из элементов означенной структуры учебного процесса: «сообщение знаний» - «запоминание знаний» — «конечный результат обучения (багаж знаний)».

Первые два элемента обеспечивают третий, а третий - будущую практику. Наличие научных знаний, обнаруживаемое на экзамене (зачете), служит свидетельством готовности студента применять эти знания на практике. Так, во всяком случае, принято считать, хотя жизнь постоянно убеждает в полном или частичном отсутствии такой готовности.

Все три элемента имеют одну общую функцию - обеспечение студентов разнообразными знаниями, выполняющими роль ориентиров в будущей врачебной деятельности. Имеется в виду, что, запечатлев в памяти все эти знания, человек будет способен по мере надобности извлекать подходящие знания из кладовой памяти примерно так же, как хирургическая сестра берет со стола и подает хирургу во время операции по скальпель, то ножницы, то зажимы, то тампоны.

Однако, как видим, психологический механизм не так прост, и расчеты традиционной педагогики часто не оправдываются. Естественные законы функционирования памяти не позволяют человеку сохранять «на всю последующую жизнь» все знания, зафиксированные в книгах, и все возможные варианты их практического использования.

Содержание методической работы кафедр в рамках информационной модели сводится к разработке технологий усвоения знаний, в основе которых лежит представление об обучении как информационном процессе, заключающемся в приеме, хранении, воспроизведении и переработке научной информации.

Качество усвоения определяется тремя показателями:

- 1) воспроизведением знаний;
- 2) их применением по образцу;
- 3) использованием в нестандартных ситуациях.

Из сказанного выше понятно, что по всем позициям студенты нуждаются в дополнительной работе, а к деятельности в нестандартных ситуациях они вообще не готовы.

Критерии оценки познавательной активности студентов берутся из сложившейся практики ориентации на усредненный «абстракт», на него же рассчитаны и нормативные требования к обязательному минимуму знаний и умений. Реализация такого подхода дает возможность формировать познавательную активность через содержание учебного материала различных уровней сложности.

Разработка этого содержания (определение его объективной сложности) и проверка эффективности усвоения (определение субъективной трудности, доступности) осуществляются через соотношение заданного и конечного результатов: чем выше результат, тем лучше были спланированы обучающие воздействия. Эта зависимость устанавливается в основном по анализу воспроизводящей деятельности студентов. Для улучшения усвоения проводятся различные акции по переконструированию учебного материала с учетом межпредметных связей (например, преподавание дисциплин морфологического цикла и т.п.). Познавательная активность студента рассматривается как движение от незнания к знанию, от неумения к умению.

Сам процесс овладения знаниями и умениями при таком подходе к обучению не выявляется и не анализируется, не учитывается индивидуальный опыт студента, его личностные особенности, что на практике приводит к «отчуждению» студента от процесса познания, снижает мотивационную обстановку на кафедре и в вузе.

При информационной модели обучения снижается эффективность обучения, несмотря на постоянное «совершенствование» методической инфраструктуры. Демотивация студентов начинает осознаваться большинством преподавателей.

Понимая эти проблемы, исследователи-психологи рассуждают так, если «сообщение знаний» и «запоминание знаний» - эти два элемента структуры процесса обучения - должны обеспечивать человеку полную ориентировку в будущей деятельности, но сделать это практически невозможно, то стоит ли сохранять данную структуру?

Путь к решению этой проблемы в начале 50-х годов был найден профессором П.Я. Гальпериным, автором концепции поэтапного формирования умственных действий и понятий.

Так возникла психологическая теория, которая легла в основу кардинального совершенствования всей системы обучения вообще и системы обучения профессиональной деятельности в частности. Появилась возможность создавать новые, более эффективные методики, значительно ускоряющие процесс становления практических навыков, обеспечивающие быстрое продвижение от ученичества к профессионализму.

Так возникли операциональные модели обучения в нашей стране.

3.2. Операциональные модели обучения.

Логика рассуждений П.Я. Гальперина, поставившая под сомнение традиционную структуру процесса обучения «сообщение знаний» - «запоминание знаний» - «багаж знаний», привела к выводу, суть которого можно сформулировать примерно так:

—> если знания, сообщаемые заранее с расчетом на запоминание, не могут по разным причинам выполнять функцию полной ориентировки обучаемого в будущей деятельности,

—>то необходимо давать студентам достаточные для правильного выполнения действий зримые (наглядные) ориентиры, при опоре на которые студент, только начинающий обучаться, мог бы сразу, без получения каких-либо предварительных знаний, без заучивания, без зазубривания, механического запоминания безошибочно действовать в практическом плане.

Эти зримые ориентиры были названы «схемами ООД» («схемы ориентировочной основы действия»). В схемах ООД диагностики и лечения содержатся все сведения о порядке и последовательности заданных действий и операций. Эти сведения полностью ориентируют студента в осваиваемой деятельности.

Внешне представленные ориентиры заменяют собой знания, которые при традиционной системе обучения безуспешно стараются вложить в студентов.

В этой связи психологическая теория исходит из понимания всякой деятельности - мыслительной, речевой, физической (двигательной), перцептивной (деятельности органов чувств: зрения, слуха, обоняния и т.д.) - как единства двух взаимосвязанных и взаимообусловленных частей: ориентировочной и исполнительной. Без четкой ориентировки в том, что и как делать, невозможно верно оценить результат каждого действия, сориентировать дальнейшие действия и продолжать деятельность. А вот упомянутые выше схемы ООД делают безошибочной эту ориентировочную часть действия, ибо при пользовании ими не нужно вспоминать, что и как надо делать и в какой последовательности.

Структура учебного процесса, построенного в соответствии с теорией поэтапного формирования умственных действий и понятий, совершенно не похожа на традиционную (см. схемы 2 и 3). Эту новую структуру можно представить следующим образом.

Схема ООД	—	Отработка	—	Конечный
	▶	действия при опоре на схему ООД	>	результат обучения-умение действовать с заданными качествами («со знанием дела»)

Схема 3. Структура учебного процесса, построенного на использовании схем ООД.

Схема ООД - это учебно-методическое средство, представляющее собой структурно-логическую схему практического действия. По форме различаются: схемы, таблицы, графы, инструкции, учебные карты, последовательный ряд вопросов, а также вспомогательные предметы - модели, устройства, помогающие правильно ориентировать двигательные, перцептивные, мыслительные и речевые действия.

Поэтому термин «схема» имеет условный и обобщенный характер.

Словом, в каждом конкретном случае условное понятие «схема ООД» может быть реализовано в тех или иных методических (ориентирующих) средствах.

Благодаря схеме ООД исключаются ошибки в осуществлении ранее не знакомых действий, и поэтому не образуются так называемые ложные навыки, на преодоление которых уходит львиная доля учебного времени. Навыки и умения, как двигательные, так и мыслительные, речевые, перцептивные (зрительные, слуховые и т.д.), формируются гораздо быстрее и эффективнее, если нет угрозы ошибиться, нет боязни сделать что-то неправильно, когда не тратится время на исправление ошибок, ложных навыков и привычек, что бывает равносильно переучиванию. В этом механизме и скрыт секрет ускорения процесса обучения и повышения его качества и надежности.

Методика самого обучения весьма проста: обучаемый читает предлагаемую задачу, решения которой знать не может (он только начинает обучение предмету);

—>прочитав задачу, он, следуя схеме ООД и опираясь на нее, проделывает нужные действия в соответствии с условиями задачи;

—>если он строго следует указаниям схемы (при необходимости обращаясь за консультацией к преподавателю), то через какое-то время задача будет решена.

Достоинство конкретной методики заключается в том, что, будучи раз составлена, она может применяться любым преподавателем, эффективно использоваться не только для обучения, но и для самообучения.

Существенную трудность для врачей-педагогов составляет разработка самой методики: психологический анализ деятельности, для овладения которой служит данная методика, выбор способа реализации схемы ООД (будет ли это схема, или график, или таблица, или, может быть, какая-то другая форма) и составление практических задач, необходимых и достаточных для отработки действия (деятельности), для уверенного овладения им (ею). Эту часть работы при разработке методики обычно приходится делать совместно с психологами, специализирующимися в области педагогической психологии.

Таким образом, исследования психологов привели к выводу, что учить нужно не для того, чтобы давать сумму знаний, а для того, чтобы научить действовать. Действие же всегда является не чем иным, как применением знаний на деле. По традиционным методам обучения оно формируется после получения знаний, чаще всего за рамками самого процесса обучения, а при рассматриваемом новом методе умение действовать формируется не после, а в процессе приобретения знаний, говоря иначе, знания усваиваются в ходе их практического применения.

В этом главное и принципиальное отличие методики обучения, основанной на психологической теории поэтапного формирования умственных действий и понятий, от всех других методик, построенных на традиционных психологических и дидактических концепциях обучения (суть теории поэтапного формирования умственных действий здесь намеренно не рассматривается, излагаются только ее выводы относительно педагогической практики, методики обучения).

По мнению сторонников данного подхода, необходимость практической реализации этой психологической теории обучения диктуется прежде всего тем, что это обещает громадный экономический эффект. Данный метод позволит обеспечить правильную постановку всего дела профессиональной подготовки кадров, сократить срок обучения, улучшить его качество, сэкономить средства. Что касается профессиональной подготовки будущих врачей, то пока мы не можем сослаться на достаточно убедительные результаты исследований. Однако преподаватели признают полезность технологичности обучения в рамках данного подхода.

Врачам-педагогам импонирует, что операциональные модели обучения опираются на деятельностьную теорию, в которой описывается строение познавательной деятельности студентов (ее предметное содержание, структура), выделены основные моменты: цели, мотив, условия и средства деятельности, ее контроль и оценка. Операциональные модели обучения внедряются на большинстве клинических кафедр медицинских вузов, ориентировочная и исполнительская части деятельности осуществляются через систему действий, в которых выражается активность субъекта по моделированию заданных условий.

Овладение всеми компонентами учебной деятельности происходит через специально построенные схемы ориентировочной основы действия (в соответствии с профессиональными действиями врача). В МГМСУ накоплен достаточно большой опыт разработки схем ООД по основным способам действий врача, который был инициирован ученицей проф. Гальперина Г.И. Лернер.

Через специально построенную систему условий происходит управление процессом усвоения. Чем психологически точнее и содержательнее разработана методика поэтапного усвоения, тем более эффективным является обучение.

В рамках операциональных моделей обучения большое значение имеет не только педагогический контроль через систему логических нормативов (системы ситуационных задач), но и самоконтроль поэтапно выполняемой деятельности. Однако и в операциональных моделях обучения не уделяется специального внимания учету субъективного опыта студента (запаса знаний, житейских представлений, личностных ориентации, которые значимы для субъекта, но не всегда существенны с точки зрения логики познания).

Использование в обучении на клинических кафедрах схем ориентировочной основы действия, алгоритмов, предписаний облегчает преподавателям разработку средств контроля и оценки деятельности студента, однако познавательная активность и самостоятельность особенно сильных студентов иногда снижается, что составило предмет критики данного подхода.

Операциональные модели обучения, которые успешно использовались в медицинских вузах России для улучшения подготовки будущих врачей в 80-е гг., были более мягким вариантом западных моделей бихевиоризма или поведенческой психологии. Видной фигурой в области поведенческой психологии считается Б.Д. Скиннер. Его основные труды - «Поведение организмов» (1938), «Наука и человеческое поведение» (1953) и «Технологии обучения» (1978). Знаменитая статья «Наука об учении и искусство обучения» (1954 г.) многими авторами оценивается как пусковой механизм целой эпохи программированного обучения. Интересна остроумная оценка якобы «изобретения» Б. Скиннером программированного обучения, изложенная в статье английского журнала «Тичер».

«Б. Скиннер, психолог-экспериментатор, был приглашен в школу, где училась его дочь, и пришел в ужас, увидев, с каким трудом преподаватель обучал ее орфографии. Ему гораздо проще научить голубей играть в настольный теннис. Это заставило его написать свою знаменитую статью «Наука об учении и искусство обучения» и разработать обучающие пособия».

В области образования идеи Скиннера были успешно реализованы при разработке одного из способов подачи учебного материала, наличия постоянной обратной связи, корректировки действий учащихся, увеличения темпов усвоения учебной информации. Опыт использования программированного обучения на клинических кафедрах медицинских вузов в нашей стране обнажил некоторые его негативные стороны:

- замкнутость студентов и невозможность групповой работы, групповой энергии и энтузиазма, опыта межличностных отношений;
- невозможность не согласиться с точкой зрения составителя программы, что порождает пассивную позицию студентов;
- при составлении обучающих программ легче поддается программированию содержание обучения, которое представлено как система понятий, процедур, принципов и т.д., что для развития профессионального сознания и клинического опыта будущих врачей недостаточно.

Расширенное обучение, которое стало шагом вперед в развитии программированного обучения, позволило использовать диалог учащегося с компьютером. Компьютер при этом является не просто средством контроля и оценки знаний студента, но и пробуждает его воображение, любопытство.

Операционально-деятельностный подход дал и много положительного: позволил сформулировать требования к специалисту-медику на языке профессиональной деятельности, обеспечить подготовку студентов к выполнению социальной роли врача. Но и для этого подхода характерны зачастую бессмысленность и отчужденность от работы и студентов, и преподавателей, которые вынуждены ориентироваться не на свой опыт и возможности, а на требования методик, стандартов, т.е. внеличностные критерии. Важнейшие ценности - нормативность (соответствие стандарту, заданным нормам), управляемость и технологичность, однородность, ориентация на среднего студента.

Главный источник ресурсов педагогического процесса - преподаватель, который «ведет», «направляет» студента, контролирует, инструктирует, мотивирует и т.д. Такая роль порождает авторитарный стиль общения, который носит психотравмирующий характер, либо более мягкий вариант - манипулирование. Последнее характерно не только для преподавателей, но и для студентов; в результате на ряде кафедр возникают явное или неявное противостояние и неконструктивные конфликты. Эта борьба нарастает в периоды подготовки к экзаменам, зачетам, что нередко приводит к невротизации и дезадаптации студентов первых курсов.

3.3. Личностно-ориентированный подход.

Личностно-ориентированный подход к медицинскому образованию заключается в том, чтобы видеть не только учебные процедуры, обучение способам диагностики, лечения и т.д., а нечто гораздо большее: человеческие отношения, например в такой уникальной образовательной ситуации, как практическое занятие (между врачом-педагогом, студентом-медиком и пациентом). Игнорирование важности события «встречи поколений» привело к неоправданной «познавательной» доминанте. Ситуация, когда «воспитывает один разум» (Л.Н. Толстой, 1862), внедренная как инъекция рационализма Запада в российскую педагогику еще в середине XIX века, исказила педагогическое сознание и оказала негативное влияние на все гуманитарные аспекты образования. Поэтому с позиций педагогического плюрализма постараемся использовать определенные положительные наработки, направив их в русло целей и ценностей гуманитарного подхода.

Главная цель — способствовать личностному росту и студентов, и преподавателей (при сохранении значимости цели подготовки к профессиональной деятельности).

В результате определяющей ценностью являются личность и личное достоинство каждого (свободный выбор и ответственность за него), творчество, индивидуальность самопознания и самовыражения, нравственные ценности.

Главная педагогическая стратегия - стратегия сотрудничества, помощи, понимания, уважения, поддержки. Содержание и способы деятельности максимально осмыслены, индивидуально значимы.

Для преподавателя смысл, ценность приобретают решающий характер при выборе средств и методов работы со студентами. Способность целеполагания и рефлексии способствует «связыванию» *Ценностей и средств* профессиональной деятельности. Именно этот характер согласования *слоя ценностей и слоя средств (технологий)* порождает *процесс смыслообразования*, является пусковым механизмом профессионального становления личности.

Для преподавателя нормативные документы - программы, стандарты, методики и т.д. - становятся не догмами, навязываемыми администрацией, а своеобразным ориентиром в собственной творческой деятельности. В качестве главного источника ресурсов педагогического процесса выступает деятельность учащихся, т.е. активность студентов. Преподаватель является фасилитатором. Он создает психолого-педагогические условия для саморазвития, для

осмысленного освоения основ профессиональной деятельности и развития профессионального сознания будущих врачей.

Главными критериями оценки эффективности обучения становятся показатели личностного роста студентов и преподавателей. Это проявляется в более осознанном, зрелом отношении к обучению не просто как к формальной подготовке к настоящей жизни, а как к проживанию ситуации «здесь и сейчас», что чрезвычайно важно для становления личности, собственной профессиональной позиции. Формальные критерии оценки (например, тесты) превращаются только в инструмент понимания степени освоения необходимой информации, знаний. Упор делается на решении реальных врачебных ситуаций (курация пациентов) или моделируемых, максимально приближенных к жизни (ситуационных, клинических и психологических задач).

Ведущий стиль общения и взаимодействия, характерный для личностно-ориентированного подхода, базируется на принципах:

- безусловного принятия партнера по общению;
- отказа от отрицательных оценок;
- равноправия, правдивости, искренности;
- открытости в общении;
- взаимопонимания и сопереживания (эмпатии);
- сотворчества и сотрудничества.

В этой связи подразумевается особенно продуктивное общение на уровне межличностного диалога в триаде: врач-педагог, пациент, студент-будущий врач.

Личностно-ориентированный подход в соединении с операционально-деятельностным в настоящее время используется для улучшения качества подготовки будущих врачей на доклиническом и клиническом этапах.

Гуманизация и демократизация высшей школы - это кредо, философия системы непрерывного образования. В высшей медицинской школе это условие утверждения приоритета общечеловеческих ценностей, развитие творческих возможностей преподавателей и студентов, в совместной деятельности которых проявляется подлинно гуманное, деонтологически грамотное отношение к пациенту - субъекту общения и деятельности.

Такой педагогический плюрализм позволит использовать две ведущие составляющие становления основ профессионализма будущего врача: ценностно-смысловую и операционально-деятельностную (цели, нормы, средства, способы, методы, способности).

Ниже мы приводим характеристики процесса обучения при традиционном (информационном) и инновационном подходах.

Сравнительный анализ характеристик процесса обучения при разных подходах к его организации

Параметры

Традиционное обучение

Инновационное обучение

обучающей

системы

Единица управления	Педагогический процесс рассматривается как взаимосвязь двух автономных видов деятельности: обучающей деятельности преподавателя и учебно-познавательной деятельности студента; студент выступает как объект управления, исполнитель планов преподавателя.	Целостная развивающая образовательная ситуация во взаимосвязи с формами взаимодействия между всеми участниками педагогического процесса, изменяющимися на разных этапах усвоения с целью поддержания высокого уровня активности студентов. Студенты выступают как субъекты обучения, общения, организации, сотрудничающие с преподавателем
Цели обучения	Усвоение предметно-дисциплинарных знаний.	Развитие личности и многообразных форм мышления каждого студента в процессе усвоения знаний.
Рольевые позиции преподавателя и стиль руководства	Предметно-ориентированная позиция; преобладает функция информационно-контролирующая; стиль авторитарно-директивный, репрессивный; инициатива студентов подавляется.	Личностно-ориентированная позиция, преобладает организационная и стимулирующая функции (студент как целостная личность, взаимодействующая со всеми участниками педагогического процесса); стиль демократический, поощряющий. Инициатива студентов поддерживается.
Мотивационно-смысловые установки преподавателя	Анонимность, закрытость личности преподавателя, непререкаемость требований, игнорирование личного опыта студентов.	Открытость. Установка на солидарность, совместную деятельность, индивидуальную помощь, участие каждого студента в постановке цели, выдвижении задач, принятии решений.
Организация учебно-познавательной деятельности	Преобладание репродуктивных знаний, действия по образцу упражнения в заданных способах решения. Тренировка в выполнении отдельных элементов предшествует пониманию замысла и смысла деятельности, скрывая ее системную организацию. Система заданий строится в логике извне заданных целей, не стимулируя самостоятельную постановку целей студентами.	На первый план выдвигаются творческие и продуктивные задания, определяющие смыслы и мотивы выбора студентом репродуктивных задач. «Погружение» в деятельность предшествует расчлененной ориентировке и отработке отдельных элементов и действий. Формирование смыслов и целей познавательной деятельности опережает тренировку в способах достижения результатов; синтез предшествует анализу, облегчая осмысленность системы действий. Задания следуют в логике возрастающей креативности, социальной значимости, культурной

<p>Формы учебных взаимодействий и отношений</p>	<p>Заданные преподавателем цели и планы их достижения. Индивидуальная учебная работа обучаемых. Ведущая форма учебного взаимодействия - подражание, имитация, следование образцам. Позиция ведомого закреплена за студентом на всем протяжении обучения; однообразие социальных и межличностных взаимодействий. Высокий уровень конфликтности и агрессивности на всем протяжении обучения, неизбежное усиление враждебности и отчужденности между преподавателем и студентами. Соперничество преобладает над сотрудничеством.</p>	<p>полноценности получаемого результата, побуждая к самоорганизации системы познавательных действий, выдвижению новых целей, к смене смысловых установок.</p>
<p>Контроль и оценка</p>	<p>Преобладает внешний пооперационный контроль в рамках жестко заданных правил. Самоконтроль отличается ригидностью и ситуативностью. Мотивация осуществляется за счет «ожидания приговора» - оценки, учебная работа выполняется, чтобы избежать наказания, потери престижа, а не в интересах познания и личностного вклада в него. Преобладает оценка результата со стороны преподавателя, формы поощрения однообразны, страх перед наказанием - плохой оценкой - основная эмоциональная составляющая учения.</p>	<p>Цели и задачи разрабатываются совместно преподавателем и студентом. Процесс их достижения организуется как совместная деятельность. Взаимодействия помогают актуализировать личностный опыт каждого студента, на каждом новом этапе обучения ведущей становится та форма взаимодействия, которая сохраняет высокий уровень активности каждого студента. Освоение различных личностных позиций в системе учебных и межличностных взаимодействий (партнера, руководителя, помощника). Динамика развития внутри-и межгрупповых, межличностных отношений, снижение конфликтности по мере роста взаимодействий, усиление эмпатии в отношении друг к другу и к преподавателю. Сотрудничество вытесняет соперничество, антагонизм преодолевается солидарностью.</p>
<p>Мотивационно-смысловые позиции обучаемых</p>	<p>Отчуждение от учебных ценностей и задач, отвращение к учению, сужение спектра познавательных мотивов, обособление жизненно</p>	<p>Усиление смыслов учения через сотворчество и сотрудничество. Обогащение мотивов учения и познания, появление мотивов</p>

значимых ценностей и смыслов от учебных. Внутренний психологический отход от учебной деятельности.

творческой деятельности, самоактуализации, утверждение достоинства личности.

Вопросы к главе

1. Какие элементы традиционного и личностно-ориентированного подходов используются на Вашей кафедре?
2. В чем Вы видите преимущества и недостатки различных моделей обучения в медицинском образовании на доклиническом и клиническом этапах?
3. Чем отличаются формы и методы контроля в различных моделях обучения?

ГЛАВА 4.

ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

В среде преподавателей непедagogических (в том числе медицинских) вузов сложилось весьма скептическое отношение к традиционной педагогической науке. Следует признать, что ориентированность традиционной педагогики на общеобразовательную школу и знаниевую парадигму, несмотря на многовековую традицию, делает ее непригодной для адаптации к проблемам высшей школы.

Выделение педагогики и психологии высшей школы в конце 60-х годов в самостоятельную отрасль научного знания совпало с глобальным переосмыслением целей и задач высшего медицинского образования, построением в начале 80-х годов моделей специалистов - выпускников по основным врачебным специальностям и началом системной перестройки методической работы на основе операционально-деятельностного подхода. С конца 80-х годов высшее медицинское образование органично и адекватно обратилось к приоритетам гуманитарной парадигмы, т.к. по сути своей они ему присущи изначально.

Практическая направленность данной книги позволяет авторам не углубляться в суть споров о предмете педагогики высшей школы, а лишь присоединиться к тем авторам, которые видят этот предмет в образовательном процессе как процессе создания психолого-педагогических условий развития личности, подготовки ее к профессиональной деятельности. В таком контексте становится очевидной задача для всех преподавателей уметь анализировать, проектировать, организовывать образовательное пространство как педагогическую реальность.

В таком случае педагогика и психология высшей школы позволяют научно обосновывать требования к специалисту-медику через описание конечных и промежуточных целей обучения, к организации педагогического процесса, пониманию его закономерностей, принципов, умению разрабатывать учебные программы, проектировать и анализировать образовательное пространство. Это, в свою очередь, должно привести к качественным изменениям в подготовке будущих российских врачей, перевести ее с уровня информирования о деятельности на уровень управления ее формированием, развитием и профессиональным становлением студентов.

4.1. Проектирование образовательного пространства. Основные понятия, описывающие педагогический процесс.

Управление процессом усвоения.

Продуктивная педагогическая деятельность врача-педагога становится возможной тогда, когда он обнаруживает понимание теоретических основ профессии.

Педагогика является не фундаментальной, а прикладной наукой. В ее задачи входит использование фундаментальных знаний психологии, общественных наук применительно к решению проблем воспитания, обучения, развития человека. Теоретической основой педагогики, ее научным контекстом является психологическое знание.

Проблема практики обучения и воспитания обнаруживает слитность педагогического и психологического знания. И профессионал для ее решения опирается на научное психологическое знание, а не ограничивается самоочевидными истинами, рассуждениями, основанными на логике здравого смысла. Однако существует специфика психологического и педагогического взглядов на человека и его воспитание. Психология изучает человека реального, каков он есть, а педагогика раскрывает, каким может стать человек в процессе воспитания и как этого добиться.

Все эти замечания были необходимы для того, чтобы предложить систему понятий, описывающих педагогический процесс, помогающих его осмыслению и теоретическому обоснованию.

Педагогический процесс можно представить целостно - как триединство воспитания, обучения и развития, взаимосвязь потребностей, норм и способов деятельности, а также ее целей, содержания и методов (схема 4).

ОБУЧЕНИЕ

Нормы деятельности

Содержание деятельности

↓↓

ВОСПИТАНИЕ РАЗВИТИЕ

Потребности Способности

Цели деятельности Методы деятельности

Хочу! Могу!

Схема 4. Педагогический процесс.

Воспитание характеризуется как воздействие на потребности и ценности человека, процесс присвоения внешних целей и превращение их во внутренние. Воспитание определяет направленность процесса на личность, ее интересы.

Обучение, понимаемое как процесс присвоения человеком норм и способов деятельности, социально значимого опыта, осуществляется посредством самостоятельной деятельности обучаемого, организованной преподавателем.

Развитие выступает как процесс становления фундаментальных способностей человека: мыслительных способностей (умение думать), рефлексивных способностей (умение действовать осознанно), коммуникативных способностей (умение общаться).

Таким образом, по своему назначению педагогический процесс является целенаправленным процессом передачи предшествующими поколениями последующим социального опыта, который обеспечивает становление фундаментальных способностей человека.

На технологическом уровне педагогический процесс можно описать через следующие понятия.

- Цели обучения - для чего учиться (учить)?
- Содержание обучения - чему учить?
- Методы и средства обучения - как учить?

Связь этих понятий может быть представлена схематично (см. схему 5).

Потребности Норма Способности

(хочу) (могу)



Для чего? Что? Как? Результат

Цель Содержание Метод

Схема 5. Педагогический процесс (технологический уровень).

Что дает использование этих понятий врачом-педагогом на практике?

Во-первых, позволяет описывать и анализировать свою собственную деятельность по обучению студентов, «узнавать» и «видеть» в педагогическом процессе феномены, описываемые этими понятиями, систематизировать их, осознавать свою деятельность.

Во-вторых, дает возможность расшифровывать, понимать и обобщать опыт других педагогов (и практиков) по воспитанию и обучению, концептуализировать его для последующего изучения, сопоставления со своим опытом и дальнейшего совершенствования педагогического мастерства.

Изучение педагогического опыта не означает механического перенесения («копирования») отдельных методов и приемов в свою работу (даже самых лучших и продуктивных), а предполагает умение «вычерпывать» идеи, на которых строится этот опыт, и на их основе строить собственную модель педагогического процесса, организовывать собственную деятельность, отвечающую индивидуальным профессиональным потребностям и целям.

4.2. Принципы организации педагогического процесса

в медицинском вузе.

Деятельность врача-педагога многоаспектна, поэтому ее можно представить в виде принципов (требований) организации педагогического процесса. Эти принципы могут помочь преподавателю выбрать позицию и осознанно разрабатывать личностную стратегию обучения. Врач-педагог может использовать эти принципы как экспертные инструментальные средства на всех этапах разработки, Реализации и коррекции всей педагогической стратегии.

Принцип диалогизации педагогического взаимодействия как равноправного сотрудничества студента и преподавателя отражает психологическое содержание деятельности педагога, в основе которой лежит системообразующее отношение преподаватель-ученик. Принцип диалогизации отражает идею о неограниченных возможностях человека на пути самосовершенствования в ходе общения с другими людьми. В ситуации обучения преподаватель - это не только посредник между культурой, этикой, знанием и студентом, но и партнер, эмоционально открытый, доброжелательный. Этот полисубъективный подход связан с преобразованием руководящей позиции преподавателя и подчиненной позиции студента в равноправные отношения. Преподаватель не учит, не воспитывает, а актуализирует и стимулирует стремления студентов к общему и профессиональному развитию, создает условия для их самосовершенствования. Нельзя забывать, что в этом диалоге заключаются условия для совместного личностного роста и творческого саморазвития и студента, и педагога.

Цель совместной деятельности преподавателей и студентов состоит в развитии у последних **способности к самоуправлению** (саморегуляция, самоорганизация, самоконтроль). Нельзя думать, что реализация принципа диалогизации противоречит идее «управления» учебной деятельностью студента. В данном случае речь идет о рефлексивном управлении, при котором преподаватель учитывает учебный, житейский опыт студента, интересы, ожидания с точки зрения самого студента, его взаимодействие с пациентом и коллегами по группе. При рефлексивном управлении учитывается внутренний мир, активность студентов и внутренний мир субъекта совместных действий - пациента.

Термин «управление» фактически выражает обучающий характер действий преподавателя, который:

- > ставит студента в позицию активного субъекта учения, взаимодействующего с коллегами по группе и пациентом;
- > развивает способность студента к управлению собственной деятельностью;
- > организует образовательный процесс обучения как решение системы познавательных задач, моделирующих различные аспекты будущей профессиональной деятельности.

Психологическую структуру деятельности преподавателя можно представить как процесс рефлексивного управления «другой» деятельностью (деятельностью учащегося). Рефлексивные процессы взаимного отображения в системе «преподаватель-студент» являются необходимым условием для организации взаимодействия, коммуникации и взаимопонимания между преподавателем и студентами.

Преподаватель не просто ставит перед собой и студентом некоторые педагогические цели, но и стремится, чтобы цели были внутренне приняты студентами. Он не просто разрабатывает способы достижения этих целей, но и создает условия для того, чтобы эти способы были освоены студентами. Преподаватель не только оценивает результаты деятельности студентов, но и формирует у них способность к самооценке.

В ходе руководства учебной деятельностью студента преподаватель осуществляет следующие функции:

- > строит предметное содержание деятельности учащихся, представляя его как профессиональные способы действий;

—> строит формы их совместной деятельности, отдавая предпочтение тем, в которых моделируется профессиональное адекватное поведение, развиваются межличностные отношения.

Тактика преподавателя в реализации этих функций должна исходить из идеи развития активности и самостоятельности учащихся в педагогическом процессе. Характер регуляции деятельности студентов колеблется от инструктивного, прямого до опосредованного, косвенного, от оказания максимальной помощи студенту на начальных этапах обучения до отношения как к партнеру-коллеге на выпускающей кафедре.

Принцип проблематизации раскрывает творческий характер обучения в медицинском вузе, которое строится как решение целой иерархии задач на различном предметном материале. Принцип проблематизации реализуется как в проблемном построении учебного материала, так и в способах обучения, дающих возможность проявления активности и самостоятельности студентов.

Принцип персонализации направлен на преодоление недостатков традиционного ролевого педагогического взаимодействия, когда в учебном процессе взаимодействуют не личности, а роли. Персонализация педагогического взаимодействия направлена на выявление дополнительных ресурсов, возможностей участников этого взаимодействия: чувств, эмоций, отношений, действий и поступков, которые носят глубоко личностный характер и могут не соответствовать ролевым нормативам.

Принцип индивидуализации педагогического взаимодействия ориентирован на так называемого «среднего», «сильного» или «слабого» студента. Индивидуализация взаимодействия реализуется на основе результатов педагогического наблюдения, психодиагностики, знаний возможностей, склонностей, способностей студентов и установки на их развитие.

Принцип деонтологической направленности подготовки специалиста отражает еще одну необходимую составляющую деятельности врача - этическую. Здесь имеется в виду как этический аспект - применение принципов нравственности к специфической деятельности врачевания, - так и более специальные вопросы межличностных отношений между медиками и немедиками, соблюдение профессиональных норм в целях исключения возможных коллизий между медицинским персоналом и пациентами, родственниками. Проблема деонтологического воспитания студентов-медиков - это уникальная, необычайно сложная проблема, а ее решение связано с развитостью профессионального сознания врача-педагога и уровнем субъектности в профессии (об этом мы поговорим в отдельной главе).

4.3. Разработка учебных программ.

Одним из способов проектирования педагогического процесса является создание новых учебных программ. Их разработка направлена на построение более эффективного процесса подготовки специалиста. Вместе с тем учебная программа является средством организации и оптимизации деятельности самого преподавателя, позволяя добиваться лучших результатов при прежних временных затратах (количестве часов в учебном плане). Таким образом, учебная программа выступает как средство осмысления преподавателем собственной деятельности и инструмент ее совершенствования.

Проектирование учебной программы включает:

- определение целей изучения данной дисциплины, предмета с точки зрения стратегии подготовки врача, т.к. через цели, определенные для каждой дисциплины, проектируется конечный результат обучения (перечень профессиональных действий, которыми должен владеть каждый специалист, освоивший всю про-

грамму обучения, и задач, которые профессионал решает в практической деятельности);

- отбор и структурирование содержания обучения - определение объема общих, специальных и профессиональных знаний, а также норм и способов деятельности, которыми должен оперировать студент при решении теоретических и практических задач;
- определение методов и отбор средств обучения - процедур, обеспечивающих усвоение содержания и развитие способностей (общих - интеллектуальных и коммуникативных), развитие потребностей и ценностей личности, развитие профессиональной Я-концепции;
- определение промежуточных и конечных результатов обучения в соответствии с поставленными целями.

Остановимся на требованиях, предъявляемых к каждому проектируемому пункту учебной программы.

Определение целей обучения по данной дисциплине следует соотносить с моделью специалиста-врача-выпускника. Модель специалиста представляет собой систему требований к специалисту (квалификационную характеристику), занимающему конкретное рабочее место, описывает характер его деятельности, выделяет и описывает типовые задачи, которые специалист должен решать в своей профессиональной деятельности. Модель специалиста в значительной степени подвержена преобразованиям в связи с изменением характера задач, решаемых профессионалом в своей деятельности. Технология формирования модели специалиста основана на выявлении тенденций таких изменений (связь с социальным заказом на профессионала) и построении прогностических моделей деятельности специалиста.

На основе модели специалиста-выпускника разрабатывается модель подготовки специалиста, - это уже проекция требований к специалисту на организацию учебного процесса, содержание учебных программ, методы обучения. Цели подготовки на всех этапах - доклиническом и клиническом - едины, но они конкретизируются на каждом этапе подготовки. Цель обучения гуманитарным и социально-экономическим дисциплинам определяет общие смыслы и ценности профессиональной деятельности врача, экономическое, правовое, экологическое, эстетическое, нравственное сознание, основы производственной и физической культуры. Все это необходимо для грамотного решения профессиональных задач.

Цель обучения общеклиническим дисциплинам формулируется в параметрах деятельности врача любого профиля, независимо от его специализации. Например, задачи оказания неотложной помощи, определения способа и места лечения, профессионального, грамотного общения с пациентом.

Цель обучения специальным дисциплинам формулируется на основе задач, решаемых специалистом в поликлинике, стационаре, специализированном центре, специальном научном учреждении. Задачи могут быть практические (вылечить пациента), исследовательские (планировать и проводить исследования в данной сфере деятельности) и педагогические (преподавание соответствующего специальности предмета в учебном заведении или на рабочем месте). Таким образом, в программе представлена система целей, представляющая следующую иерархию:

- > конечная цель (из требований ГОС, модели специалиста - квалификационных характеристик);
- > промежуточные цели (из модели подготовки специалиста);
- > предметные цели (связаны с изучением конкретного предмета);

—> частные цели (по отдельным темам и разделам).

Развернутая система целей составляет стержень как для учебной программы, так и для всей программы подготовки специалиста. При этом обеспечивается интеграция процесса подготовки врача.

Отбор и структурирование содержания обучения предполагает решение составителем ряда научно-методических задач. Следует учесть, что содержанием программы является только специально, осознанно отобранный и систематизированный материал. При этом целесообразно выделение двух уровней учебного содержания. Научно-технологический уровень позволяет раскрыть значение фундаментальных знаний для практической профессиональной деятельности. К ним относятся: обобщенные представления о предмете, конкретные объективные процессы, подчиняющиеся логике общих законов - закономерности; правила, соответствующие закономерностям, по которым строится практическая деятельность (закон - закономерность - профессиональное правило). Профессионально-личностный уровень учебного содержания позволяет раскрыть процесс профессионального взаимодействия и моделирует поведение специалиста в системе его профессиональных обязанностей, в плане правовой и профессиональной ответственности, психологической компетентности.

При отборе и структурировании содержания обучения следует определить название частей разделов, тематики, степени детализации содержания материала, профессиональные навыки в соответствии с целями обучения на каждом этапе.

Определение методов и средств обучения в рамках проектирования учебной программы предполагает, что каждый уровень содержания (технологический и личностный) обеспечивается соответствующими методами, направленными на активное усвоение материала. Выбор адекватных методов и средств направлен на формирование у обучаемых системы способов (мыслительных, ситуативных, профессиональных), позволяющих ему реализовывать профессиональные цели.

Систематическое знание о предмете позволяет иметь представление как о закономерностях, так и о частных случаях. И наоборот, в конкретных случаях необходимо усматривать проявление общих закономерностей. В рамках теоретического обучения преподаватель выбирает такое содержание, а также соответствующие методы и средства, которые позволяют «отрабатывать» переход от обобщенных понятий к конкретным, от понятий описательных - к объяснительным, обеспечивая переход от эмпирического уровня мышления к теоретическому.

Другого методического подхода требует профессионально-личностный уровень содержания. Здесь основным является моделирование ситуаций взаимодействия. От студента в этом случае требуется построение профессионального действия с учетом действующих технологических закономерностей, правил, норм и способов. Такого рода моделирование осуществляется при помощи системы ситуационных клинических задач, деловых игр, разработанных по каждой изучаемой теме. На завершающем клиническом этапе обучения методы и средства обучения обеспечивают самостоятельную деятельность обучаемого по решению конкретных практических задач, поставленных преподавателем, рефлексии и сопоставление собственных действий с нормативными, а также их коррекцию.

Таким образом, этап обучения, цели данного этапа, а также имеющиеся в распоряжении преподавателя методы и средства определяют распределение содержания на лекционный материал и материал практических занятий.

Содержание предмета ложится в основу тематических планов лекций, практических занятий, семинаров и других форм обучения.

Формулировка тем занятий, их число, степень раскрытия определяются количеством отведенного для этого времени. Поэтому прежде чем составлять планы занятий, необходимо ознакомиться с утвержденным учебным планом, в котором указано количество учебных часов для лекций, практических занятий, семинаров. В соответствии с ним планируется содержание обучения для каждой формы занятий. При планировании лекций и практических занятий важно учесть профилирование преподавания в соответствии с конечной целью подготовки специалиста-врача. Это поможет отдельным кафедрам интегрировать содержание обучения на разных его этапах. Содержание материала лекций и практических занятий определяется степенью его детализации, местом в общем содержании по данному предмету и целью изучения конкретной темы.

Лекции имеют целью ориентировать студентов в общих вопросах предмета. Они создают мотивацию изучения темы (осознание ее значения для профессиональной деятельности), определяют связь с другими темами и разделами курса. Практические занятия позволяют обеспечить усвоение профессиональных навыков, формируют умение применять знания на практике. В связи с этим формулировки тем лекций и практических занятий должны быть различны.

Проектирование результатов обучения в содержании учебной программы отражает степень понимания составителем целей обучения и процессуальности характера усвоения.

Наиболее значимым и сложным является проектирование результатов обучения как этапов достижения целей обучения. Оценка результатов обучения предусматривает сравнение их с конечными целями, сформулированными в начале обучения (государственный образовательный стандарт, модель специалиста, квалификационная характеристика являются эталоном результатов обучения для выпускающих кафедр).

Акцент при определении результатов обучения ставится не на воспроизведении системы теоретических понятий, а на использовании их для решения практических профессиональных задач (оказание помощи пациенту). Для оценки результатов овладения практическими навыками необходимо требовать от студента обоснование выбора им технологии определенного вмешательства с точки зрения закономерностей происходящих процессов и соответствия его показателям нормы и способам профессиональной деятельности. Отдельно могут быть проанализированы модели врачебных ошибок и «нештатных» ситуаций для оценки личностно-профессионального уровня. В соответствии с этими требованиями разрабатываются система вопросов и задач, варианты тестовых заданий, процедура зачетов, контрольных работ, экзаменов и других форм отчетности.

4.4. Основные понятия теории деятельности.

Влияние педагогических и психологических теорий на практическую деятельность врача-педагога реализуется в ее проектировании — осознанном обосновании педагогом своей позиции на всех уровнях от ценностей до технологий. **Выбор позиции** происходит различными способами:

—> «сверху» - через выбор одной из теоретических концепций и реализацию ее принципов в практической деятельности;

—> «снизу» - через обобщение практических приемов и методов работы и их авторскую концептуализацию.

В первом случае главное - перейти от понимания принципов концепции к их инструментальному применению в проектировании, реализации и анализе собственной деятельности. Во втором случае необходимы рефлексия (осознание) собственной практики, обретение понятий, категориального языка для описания интуитивно найденных приемов. Чтобы преподаватель мог

выработать позицию, позволяющую ему осознанно разрабатывать и осуществлять процесс обучения, он должен уметь использовать психолого-педагогические знания в виде экспертных инструментальных средств на всех этапах разработки, реализации и коррекции своей педагогической стратегии. При этом неизбежно возникают вопросы о том, какую теоретическую концепцию предпочесть из множества имеющихся в литературе, как выяснить продуктивность теоретического направления и его разработок применительно к педагогическому процессу в медицинском вузе, реальному контексту деятельности врача-педагога.

Одной из целей данного пособия является помощь в формировании у врачей-педагогов «хорошего вкуса» на психолого-педагогическое знание, помогающего воспринимать разработки всех уровней (философско-методологические, разработки отдельных психологических и педагогических теорий, методические), не разрушая, но обогащая собственную практическую деятельность.

Предложенная выше система понятий, описывающих педагогический процесс, может быть использована как инструмент, позволяющий взглянуть на педагогическую практику на методологическом, теоретическом и технологическом уровнях.

Для теоретического анализа необходимы элементы общепсихологического знания теории деятельности, разработанной в отечественной психологии. Понятийный аппарат теории деятельности описывает процессы, в которых проявляется зависимость психики от деятельности. Он продуктивен в педагогике и педагогической психологии, позволяет анализировать и решать задачи обучения. Кратко рассмотрим некоторые положения теории деятельности применительно к высшему медицинскому образованию.

Одним из важнейших условий профессиональной компетентности врача-педагога является умение анализировать собственную (и врачебную, и педагогическую) деятельность и деятельность студента. Для этого необходимо психологическое знание. Дело в том, что деятельность не дана сознанию как вещь, поэтому нужны особые понятия и представления, благодаря которым деятельность превращается в предмет теоретического анализа. В случае психологического знания мы имеем особый тип знания, которое не нацелено на фиксацию законов естественной жизни объекта, но направлено на выявление условий возможного направленного его преобразования (в нашем случае - преобразования деятельности). Иными словами, важна не данность, а то, как мы хотим и можем ее изменить. Именно эти представления и понятия становятся средствами анализа собственной деятельности и деятельности другого человека.

Основой знания о деятельности является психологическая **теория деятельности**, разработанная в отечественной психологии. В рамках этой теории описаны структура и механизм человеческой деятельности.

Деятельность рассматривается как единица жизни субъекта, его активности, функция которой состоит в том, чтобы ориентировать человека в окружающем мире. Деятельность индивида протекает в обществе, во взаимодействии с окружающими людьми, а также всеми богатствами духовной и материальной культуры, накопленными предыдущими поколениями. Поэтому деятельность отдельного человека всегда включена в систему отношений общества и вне этих отношений не существует. Общественные условия определяют мотивы и цели деятельности, ее средства и способы (они фиксируются в культуре, науке, технике). В деятельности происходит включение человека в эти многообразные общественные отношения, что позволяет ему познавать окружающий мир и осваивать опыт человечества, зафиксированный в культуре. Развитие человека происходит в результате присвоения тех средств и способов организации деятельности, которые выработаны человечеством на определенном этапе развития.

Деятельность может быть рассмотрена как развивающаяся система, имеющая определенную структуру.

Деятельность человека имеет сложное иерархическое строение. Она содержит несколько слоев, или уровней.

Первый уровень - уровень разных видов деятельности (игровая, учебная и т.д.).

Второй уровень - уровень действий, образующих какую-либо конкретную деятельность.

Третий уровень - уровень операций (еще более мелких составляющих действия).

Наконец, самый низкий - уровень психофизиологических функций, обеспечивающих реализацию программ деятельности на уровне физиологических механизмов и реакций организма.

I - деятельность (Д);

II - действие (D_1, D_2, \dots, D_n);

III - операции (O_1, O_2, \dots, O_n);

IV - психофизические функции.

Единицей анализа любой деятельности является действие. Под действием понимается процесс, направленный на достижение определенной цели.

Цель рассматривается как представление о желаемом результате, о том конечном продукте, ради которого деятельность осуществляется. Цель всегда является осознанной и удерживается в сознании все время, пока осуществляется действие.

Итак, действие соотносится с целью: цель порождает, задает действие.

Цель-действие.

Действие обеспечивает реализацию цели. Через характеристику цели можно охарактеризовать само действие.

Понятие «цель» также описывает сложное образование. Сами цели разнообразны по содержанию и «масштабу»: можно выделить глобальные цели и частные, конкретные, более мелкие, которые, в свою очередь, могут содержать еще более мелкие. Можно восстановить в сознании всю эту бесконечную последовательность целей, если попытаться, осуществляя любое действие, ответить себе на вопрос: зачем это делается?

Следовательно, и в сложном действии могут быть выделены более мелкие действия, подчиненные частным целям.

Состав действия (или последовательность более мелких действий) усваивается в ходе обучения на основе инструкций, правил, алгоритмов, где раскрывается перечень того, что человек делает.

Далее возникает вопрос: каким образом он выполняет данное действие?

Для ответа на этот вопрос вводится понятие «операция». Операция - это способ выполнения действия. Операции характеризуют техническую сторону выполнения действия и определяются теми условиями, в которых происходит это действие.

Что понимается под условиями? Это могут быть внешние обстоятельства, внутренние возможности и ограничения (наличие или отсутствие средств деятельности у человека). Так, невозможность выполнить действие привычным способом приводит к поиску иных вариантов достижения необходимого результата.

Таким образом, операции соотносятся с условиями, в которых производится действие.

Условия-операция.

Важно подчеркнуть, что операции практически никогда не осознаются (если нет специальной установки к осознанию). В этом их принципиальное отличие от действия, которое включает сознаваемую цель. Этот признак (осознаваемость-неосознаваемость) часто является критерием для различия действий и операций.

Таким образом, *в самом действии могут быть выделены следующие компоненты:*

- > содержание (предметное содержание);
- > методы, средства (способы осуществления действия-операции);
- > результат (осознанная конечная цель преобразований);
- > рефлексия (сознательный контроль, удержание цели от начала до конца действия, сопоставление полученных результатов с желаемыми).

Возвращаясь к предыдущему уровню анализа, покажем, как связаны цель и условия выполнения действия.

Связка **цель-условия** в теории деятельности обозначается как задача: цель, данная в определенных условиях, есть задача.

Переходя к IV уровню, выделенному нами ранее, отметим, что под психофизиологическими функциями в теории деятельности понимают физиологическое обеспечение психических процессов. Эти

функции изначально готовы к использованию, т.к. они являются врожденными и закрепленными в морфологии нервной системы. Они составляют необходимые предпосылки деятельности и являются средствами ее осуществления.

Рассмотренные нами составляющие деятельности - действия, операции, психофизиологические условия - представляют собой операционально-технические аспекты (стороны) деятельности. Они характеризуют орудийно-предметную сторону деятельности.

При психологическом изучении деятельности необходимо выделять и другую важнейшую сторону - мотивационно-смысловую, подразумевающую включенность деятельности в систему взаимоотношений с другими людьми. Мотивационно-смысловые аспекты деятельности раскрываются при помощи понятий потребностей и мотивов.

В теории деятельности *потребности* рассматриваются в двух аспектах:

- 1) потребность - то, что направляет и регулирует конкретную деятельность (в том случае, если известен предмет, удовлетворяющий этой потребности, деятельность является активностью, направленной на достижение этого предмета);

2) потребность как внутреннее условие, обязательная предпосылка любой деятельности (состояние нужды организма в чем-либо, что лежит вне его и является необходимым условием его функционирования; это состояние вызывает беспокойство и ненаправленный поиск предмета потребности и выполняет функцию побуждения, активизации всех систем организма).

Только в результате обнаружения предмета, отвечающего состоянию потребности, возникает направленная на достижение этого предмета (или, наоборот, избегания - частный случай) деятельность, регулируемая уже определенной потребностью.

Определенные потребности превращаются в мотивы. *Мотив* и есть предмет потребности. Появление мотива принципиально меняет тип поведения: из ненаправленного, поискового оно превращается в направленное. Оно направлено на предмет или от него - если предмет опасен.

Следует подчеркнуть, что определение мотива как предмета потребности не предполагает наличие обязательно материального предмета, вещи. Предмет может быть идеальным: научная идея, художественный замысел и т.д. Мотивы приводят к образованию целей, а осознанная цель запускает действие. Сами же мотивы не всегда осознаются. Поэтому можно выделить осознаваемые и неосознаваемые мотивы.

Примерами осознаваемых мотивов могут быть большие жизненные цели, которые направляют деятельность человека в течение длительных периодов жизни. Существование таких мотивов характерно для зрелых личностей.

Неосознаваемые мотивы проявляются в сознании, но в особой форме - в форме *эмоций и личностных смыслов*.

В теории деятельности эмоции - это отражение отношения результата деятельности к ее мотиву. Если, с точки зрения мотива, деятельность проходит успешно, то возникают положительные эмоции, а если неуспешно, - отрицательные.

Таким образом, эмоции - важный показатель неосознаваемых мотивов - могут быть ключом к их разгадке. И работа по осознанию мотивов может происходить на основе анализа эмоций (по какому поводу они возникали и какого свойства они были: положительные или отрицательные).

Личностный смысл - это переживание повышенной субъективной значимости предмета, действия, события. Личностный смысл обнаруживается тогда, когда нейтральный объект начинает переживаться как субъективно очень важный. Сильный мотив вовлекает в поле своего действия большой круг предметов, которые становятся личностно значимыми.

Работа по осознанию собственных мотивов (*рефлексия*) очень сложна. Она требует интеллектуального и жизненного опыта, а иногда и мужества. Результатом такой работы является самопознание, самоусовершенствование и в целом - повышение личностной и профессиональной компетентности преподавателя.

Знание основ теории деятельности позволит нам в дальнейшем содержательно анализировать реальную и нормативную деятельность врача-педагога.

Под нормативной деятельностью мы понимаем не стереотипную, алгоритмизированную, жестко детерминированную деятельность, но такую, которая содержит в себе смыслы, мотивы, цели, ее основные действия, операции.

4.5. Разработка методик обучения деятельности.

Когда речь идет о деятельности, в частности об обучении разным действиям внутри одной деятельности, должна каждый раз составляться специфическая методика. По ходу разработки методики преподаватель одновременно усваивает ее психологическую основу - теорию поэтапного формирования умственных действий П.Я. Гальперина. Непосредственное значение для практики профессиональной подготовки имеет сама процедура разработки на ее основе конкретных методик обучения соответствующим действиям и деятельности, т.е. педагогическая реализация данной психологической теории. Какова эта процедура?

В первую очередь требуется психологический анализ той деятельности, которой предстоит обучать. Во-первых, надо уяснить, что является целью деятельности и в какой конечный результат эта цель должна воплотиться. Во-вторых, уяснив цель деятельности, необходимо разобраться в тех конкретных действиях, благодаря которым эта цель достигается на практике. Здесь нужно внимательно изучить специфику деятельности, ее объективно обусловленную логику и течение. Это и есть этап психологического анализа деятельности. Если психолог не знаком с такой деятельностью, то он разберется в ней с помощью специалиста, который занимается профессиональным обучением (в нашем случае - врача-педагога). Если сам врач-педагог на первых порах затрудняется провести психологический анализ знакомой ему деятельности, то сотрудничающий с ним психолог подскажет принципы и методы такого анализа.

Психологу при анализе той же деятельности важно понять не только ее объективную логику, но и субъективную (психологическую) сторону этой логики, в частности, почему допускаются характерные ошибки, насколько они типичны для всех начинающих. Далее ведется поиск способа, позволяющего исключить ошибки, с первого раза обеспечить правильное выполнение действия и не допустить потери времени на исправление ошибочных навыков.

Выявление причин ошибок - один из компонентов анализа деятельности. Вообще говоря, такой анализ не сводится только к выявлению причин типичных ошибок при овладении деятельностью. Он преследует более широкую цель - разобраться во всех перипетиях деятельности в ее объективной логике, в том числе и в ее трудностях для начинающего, не очень понятных для него моментах, особенно скрытых от внешнего наблюдения. Однако структурирование деятельности на отдельные действия и операции, выявление причин типичных ошибок является специфически психологическим делом. Психологический анализ имеет огромное значение для успеха предстоящего обучения деятельности. Главной своей целью он ставит раскрытие внутреннего психологического механизма действия человека, который взаимодействует с объективной технологией деятельности.

Далее в деятельности выделяются составляющие ее действия, а в каждом действии - отдельные операции. Это тоже часть психологического анализа, которая позволяет выделить в действии ориентировочную и исполнительную части. Методически описав ориентировочную часть действия, можно обеспечить правильное выполнение обучаемым исполнительной части. Подробная структура деятельности и каждого действия, выделение отдельных элементов (операций) дают наглядную картину того, что за чем, с помощью чего и для чего выполняется. Эта наглядная картина позволяет составить подробную ориентировочную основу формируемого действия, создать конкретные ориентиры, по которым можно научить человека выполнять новую для него деятельность.

За психологическим анализом деятельности следует составление учебно-методических средств, обеспечивающих полную ориентировку в деятельности, которую предстоит освоить обучаемым. Эти средства включают в себя два основных элемента:

- 1) средства, образующие ориентировочную основу действия (схему ООД) для правильного решения задач, входящих в осваиваемую деятельность, они ориентируют в логике и технологии деятельности;

2) набор самих задач, решение которых позволит овладеть формируемым действием, многообразии задач, которые решаются в деятельности.

Эти ориентирующие средства обеспечивают безошибочное выполнение ранее незнакомого действия с первого раза.

Учебно-методические средства составляются с таким расчетом, чтобы:

а) обеспечивалась полная ориентировка в осваиваемом действии (обучаемый без дополнительных разъяснений преподавателя самостоятельно делает все так, как предписано схемой ООД);

б) гарантировалось безошибочное выполнение действия (в схемах не должно быть указаний, понимаемых неоднозначно).

Конечно, средства, призванные ориентировать действия обучаемого при освоении разных видов деятельности, не могут быть одинаковыми. Действия мыслительные не требуют точно таких же ориентирующих средств, как физические (мануальные) действия. Если для ориентирования физического (двигательного) действия оказываются возможными и даже необходимыми внешние материальные опоры, то для мыслительного действия, например по решению клинической диагностической задачи, может стать вполне достаточным ориентиром логически последовательный перечень вопросов, вынесенных на наглядную схему и направляющих мыслительный поток по нужному руслу. Так что все разнообразие методически ориентирующих средств может быть найдено и испытано только на практике, при разработке конкретных методик обучения различным видам профессиональной деятельности.

Рассмотрим *требования, которые предъявляются к составлению схемы ООД.*

1. К изучению каждой темы составляется своя схема ООД.

2. Схема должна учитывать все признаки понятий и их проявления в клинической ситуации, все условия, влияющие на выполнение действия (процесс деятельности).

3. Логика анализа клинической ситуации должна быть представлена в виде схемы, чтобы студент мог следовать ей. Это достигается системой поставленных вопросов. Каждый вопрос должен отвечать определенным требованиям:

а) быть понятным обучаемому;

б) быть кратким и однозначным;

в) требовать четкого недвусмысленного ответа;

г) содержать основные понятия, совпадающие с научной медицинской терминологией.

4. Каждый вопрос схемы, отражая логику и смысл действия, должен четко ориентировать студента относительно следующей мыслительной операции. Такая цепочка вопросов, их последовательность и четкая формулировка ведут за собой мысль обучаемого, постепенно подводя его к решению (здесь доминирует не механическая память, а размышление). Решенные задачи накапливают опыт мыслительных действий, развивают клиническое мышление, которое используется профессионалом как интеллектуальный инструмент, как орудие познания.

Вторая группа учебно-методических средств - это набор задач, решая которые при опоре на ориентирующие средства (схему ООД), обучаемый учится выполнять действия (деятельность).

Набор задач, составляемых в учебных целях, - это не традиционные учебные задачи - примеры, - которые обычно иллюстрируют принципиальные подходы к применению изучаемой теории на практике. При формировании нового действия (а не просто новых знаний) необходимо учить действовать в реальной практической ситуации или на адекватных ей моделях, поэтому учебные задачи, входящие в набор, должны охватывать все возможные варианты встречающихся в практической деятельности ситуаций. Короче говоря, учебные задачи - это модели разнообразных практических ситуаций, которые часто или не столь часто встречаются в данной деятельности. Во всех этих ситуациях обучаемый должен уметь действовать. Это и есть психологическое моделирование деятельности.

Далее необходима проверка полной пригодности обучающих средств для субъектов учебной деятельности - преподавателей и студентов и внесение в них поправок и уточнений. Преподаватель и ученик (слушатель цикла повышения квалификации, студент) при использовании принципиально новых методик обучения оказываются в совершенно непривычной учебной обстановке. Поскольку преподаватель не учит в общепринятом смысле, то студент должен учиться сам. Однако педагог должен организовать его учебную деятельность таким образом, чтобы при этом у студента успешно формировались умения и навыки профессиональных действий, подкрепленные прочными и глубокими знаниями, гарантирующими сознательность обучения. Профессиональные умения и навыки не передаются педагогом студенту «из рук в руки», как и знания. Они должны формироваться в самостоятельной безошибочной деятельности студента, умело организуемой педагогом.

Это первая и принципиальная особенность обучения в соответствии с теорией П.Я. Гальперина. Очевидно, что подготовка к такому обучению требует безукоризненной отработки методики, чтобы не было никаких неясностей не только для педагога, но и для студента.

Важным моментом проверки учебно-методических средств является учет специфики обучаемых: исходный уровень, наличие специального образования, профессионального опыта. Если в группе оказались обучаемые разного уровня подготовки, необходимо индивидуализировать ориентирующие средства: максимально полные - для неподготовленных и малоподготовленных, сокращенные и обобщенные - для подготовленных. Соответствующие изменения вносятся и в содержание, и в количество задач, моделирующих осваиваемую деятельность (усложнение задач, введение дополнительной, избыточной информации или удаление необходимых данных).

Другим важным направлением методической работы является подготовка и адаптация самих субъектов учебной деятельности к новым методам и способам этой деятельности, к новым методическим требованиям, которые рассчитаны на определенный уровень интеллектуальной и мотивационной готовности обучаемых. Кроме того, она имеет цель обеспечить психологическую готовность преподавателей к преодолению методических стереотипов, сложившихся в прежнем опыте традиционного обучения.

Подготовка преподавателя заключается в осознании принципиальной новизны методики и необходимости отказа от стремления учить и «давать знания», в овладении навыками управления деятельностью (умение ставить задачи, корректировать ход их решения на основе схем ООД, фиксировать и оценивать результаты собственных усилий обучаемых).

Адаптация обучаемых состоит в подготовке их мотивационно-потребностной сферы («Хочу!») в интеллектуально-познавательном плане («Могу!») к самостоятельному обучению в присутствии преподавателя - наставника, консультанта.

До сих пор говорилось в основном о создании ориентировочной основы деятельности как непременном условии успешного овладения ею. Сейчас речь пойдет о создании мотивационной основы овладения деятельностью, то есть о необходимости формирования у учащихся желания

учиться, интереса к профессии. Как для начала обучения, так и для успешного его протекания очень важно, чтобы у обучающихся была достаточно сильная мотивация к овладению деятельностью в виде желания учиться (и научиться) действовать профессионально в данной области деятельности.

Положительная мотивация к деятельности является психологическим условием, которое делает возможным следование ученика рекомендациям и требованиям методики. Иначе говоря, если не будет желания учиться, то никакие ориентирующие материалы не помогут успешно овладеть деятельностью, так как обучаемый просто не будет им пользоваться, проигнорирует их.

Вообще говоря, в условиях рыночных отношений человек всегда находится в состоянии поиска наиболее рациональных путей выгодной для себя реализации своих возможностей - ума и таланта, интересов и склонностей, умений и навыков, выработанных в тех или иных сферах деятельности. Поэтому он, как правило, заинтересован в расширении своих возможностей, в развитии имеющихся способностей. Стало быть, у него может быть достаточно сильная мотивация к самосовершенствованию, и в том числе к овладению теми видами деятельности, где с наибольшей пользой для себя и для дела он мог бы реализовать свой потенциал.

Однако эта мотивация, подразумевающая общий психологический настрой на освоение нового, более выгодного объекта приложения своих сил, может натолкнуться на конкретные трудности, связанные с тем, что нелегко найти место и время для быстрого и эффективного обучения.

Знакомство с рассматриваемой теорией и методикой обучения усиливает имеющуюся у человека мотивацию к самосовершенствованию и вызывает желание воспользоваться представившейся возможностью, чтобы быстро и с наименьшими затратами сил и времени научиться новому делу, освоить новую для себя деятельность. Таким образом, информирование о перспективах быстрого и высококачественного овладения деятельностью на основе рассматриваемой методики поможет создать у человека нужную мотивацию.

Но этого недостаточно. Перед обучением конкретной деятельности необходимо сформировать у обучаемых ценностное представление о ней (более полное и детальное, чем уже имеющееся): каковы основные достоинства профессии, что она дает человеку в материальном и моральном плане, каково ее место в ряду других профессий, какой вклад вносят представители этой профессии в экономику, каковы перспективы профессионального и личностного роста, научного совершенствования, конкурентоспособность в плане карьеры.

Созданию желаемой мотивации к обучению в значительной мере способствует краткое ознакомление с преимуществами предлагаемой методики по сравнению с традиционной (связанной с заучиванием «впрок»).

Вызвав интерес к тому или иному методу как к мотивационной основе, можно вскоре убедиться, что уже в ходе обучения, по мере того как человек будет ощущать реальное продвижение в освоении деятельности, его начальная мотивация будет усиливаться, приобретая постепенно характер чувства гордости за свои успехи.

Своеобразие методики требует, чтобы обучающий ознакомил слушателей с порядком их действий на занятиях, с их последовательностью и очередностью, т.е. с процедурной стороной самой учебной деятельности. Главное - преодоление «школярских» установок (сначала рассказывается «вся теория», а потом показывается, как эта теория реализуется в жизни). Происходит осознание того, что самостоятельные действия по решению профессиональных задач и приводят к пониманию «теории». Подобный инструктаж необходим лишь в начале обучения по данной методике, в дальнейшем преподаватель лишь напоминает, что надо сделать в данный момент. Таким образом, происходит адаптация учащегося к атмосфере самообучения и новой роли

преподавателя, который дает возможность успешно учиться самому обучаемому, создавая для него соответствующие благоприятные условия. Для этой адаптации используется создание нужной мотивации и общая ориентировка в особенностях обучения по методике поэтапного формирования умственных действий.

Подводя итог рассмотрения этого этапа проектирования педагогического процесса, зафиксируем основные шаги:

- проводится психологический анализ деятельности, структурирование деятельности - разделение на последовательные действия и операции, выделение в них ориентировочной и исполнительной частей; выявление типичных ошибок и трудностей при овладении данной деятельностью; главная цель этого анализа - раскрыть внутренний психологический механизм действия человека, субъективный механизм, который взаимодействует с объективной технологией его деятельности;
- составляется полная ориентировочная основа действий, сформулированная в виде схемы ООД;
- разрабатывается система задач, моделирующих многообразие действий и операций, входящих в деятельность (фактический материал для задач может быть подобран из реальной деятельности или быть смоделированным; главное - соответствовать логике деятельности, которая едина при самых разных жизненных ситуациях);
- проверка учебно-методических средств на полноту, удобство в работе, правильность, целесообразность, соответствие их объема уровню обучаемых и этапу обучения;
- адаптация преподавателей и обучаемых - формирование их психологической готовности (мотивационной и операциональной) к обучению на основе управляемого освоения деятельности (методика поэтапного формирования умственных действий).

4.6. Проектирование образовательного пространства.

Ключом к пониманию процесса обучения в медицинском вузе является концепция профессионального образования, ориентированного на формирование у студентов профессиональной компетентности и профессиональных установок.

Профессиональная компетентность может быть определена как сочетание следующих типов компетентности (независимо от конкретной специальности):

- > концептуальная (научная) компетентность - понимание теоретических основ профессии;
- > инструментальная компетентность - владение базовыми профессиональными навыками;
- > интегративная компетентность - способность сочетать теорию и практику;
- > контекстуальная компетентность - понимание социальной, экономической и культурной среды, в которой осуществляется профессиональная деятельность;
- > адаптивная компетентность - умение предвидеть изменения, важные для профессиональной деятельности, и быть готовым к ним;
- > коммуникативная (психологическая) компетентность - умение эффективно пользоваться средствами коммуникации (устными, письменными).

Профессиональное образование направлено и на формирование определенных *социальных установок личности*:

- > профессиональной идентичности - присвоения профессиональных норм и обязанностей;
- > профессиональной этики - освоения этических норм профессии;
- > конкурентоспособности в плане служебной карьеры;
- > стремления к научному совершенствованию (осознания необходимости подвергать проверке имеющиеся знания и овладевать новыми знаниями через планирование и проведение исследований в данной области знания или сфере деятельности);
- > мотивации к продолжению обучения - желания поддерживать знания и профессиональные навыки на уровне современных требований.

Таким образом, проектируемый процесс обучения основывается на трех компонентах: ценностях, концептуальных знаниях, навыках. В отношении каждого из этих компонентов в ходе обучения предполагается:

- 1) восприятие и освоение содержания новых идей (ценностей, знаний, навыков);
- 2) умение дать критическую оценку, сопоставить с другими идеями (ценностями, знаниями, навыками);
- 3) включение нового содержания (ценностей, знаний, навыков) в контекст реальной практики.

Профессиональное обучение имеет внутреннее противоречие. Оно связано со стремлением воспитать грамотных и самостоятельно мыслящих специалистов, при этом сформировав у них практические умения, необходимые для творческого выполнения функций врача конкретной специальности. Такое понимание целей и задач обучения в высшей медицинской школе дает возможность определить акценты в содержании обучения.

В настоящее время мы наблюдаем переход от идеи самоценности научного знания к ценностям развития личности: ее профессиональных потребностей и способностей, профессиональной идентичности, способности к саморазвитию и самореализации.

Наиболее полно эти новые ценности и тенденции в образовании проявились в личностно-ориентированном подходе и соответствующих ему технологиях обучения.

В личностно-ориентированном обучении меняются позиция и функция педагога. Он не только транслирует учебное содержание, но и выражает свое отношение к нему, использует свой собственный субъективный опыт. Происходит сложное согласование двух носителей знания (ученика и педагога) как равноправных соучастников знания. В подобном процессе субъектом обучения, развивающим индивидуальные способности, является сам ученик, а педагог лишь помогает ему, «опредмечивая» их. Педагог отличается от преподавателя прежде всего тем, что ориентирован на работу с личностью студента, а не только на учебный предмет, делает основной акцент на врачебной профессии, а не на специальности (анатомия, нормальная физиология, терапевтическая стоматология и т.д.), использует предмет преподавания в качестве средства профессионального развития своих учеников, умеет профессионально осуществлять педагогический процесс (воспитание, обучение, развитие). Для этого требуется специальная подготовка педагога,

переход от обычного академического курса и обычных форм преподавания к разработке новых образовательных программ, новых учебных планов.

Рассматривая вопрос об управлении процессом обучения, можно выделить следующие **виды управления**:

- ◆ проектное - опережающее управление с помощью задач, которые операционализируют усваиваемое содержание знаний (уже рассмотренное нами в предыдущих разделах);
- ◆ рефлексивное - связано с выделением и осознанием субъектом способов, характера, степени обобщенности собственной мыслительной деятельности.

Управляющие воздействия на процесс усвоения осуществляются не непосредственно, а преломляются через организованную систему переменных учебного процесса. Управление обучением определяется закономерностями системной организации всей учебной ситуации, в которой находятся участники учебного процесса - педагог и студенты.

Можно выделить следующие **переменные в структуре учебной ситуации**:

- 1) объективное содержание учебного предмета, специально отобранное и структурированное в целях его усвоения. Структурирование (операционализация) определяет программу деятельности, действий, операций, которые должен освоить студент;
- 2) процедуры, организующие процесс усвоения содержания учебных предметов, усвоение обобщенных способов учебной деятельности, переход от одного уровня, этапа усвоения к другому;
- 3) система учебных взаимодействий педагога и студентов и взаимодействий студентов друг с другом как форма социальной регуляции развития личности в процессе обучения;
- 4) динамика взаимосвязи этих переменных на протяжении всего процесса усвоения: приведение в соответствие формы учебного взаимодействия с уровнями и фазами процесса усвоения предметного содержания знаний и собственно учебных действий.

Единицей и предметом управления в данном случае является целостная учебная ситуация, взятая в единстве и динамике всех ее переменных. Центральным фактором в структуре учебной ситуации является система учебных взаимодействий педагога со студентами, которая, в свою очередь, определяет характер взаимоотношений студентов друг с другом.

Уточнение предмета управляющих воздействий в обучении позволяет педагогу, во-первых, избежать иллюзий относительно возможностей прямого воздействия своего учебного предмета или своей личности на обучаемых, во-вторых, обосновать функции преподавателя как организатора целостной учебно-воспитательной ситуации в единстве всех ее переменных. Это означает, что педагог: —> владеет знаниями учебного предмета;

—> умеет структурировать его содержание в виде различных схем (ориентировочной основы действия, логико-дидактической структуры, классификаций и др.) и создавать на их основе систему задач;

—> имеет представление о закономерностях усвоения и владеет процедурами перевода студентов с одного этапа усвоения на другой;

—> организует учебные взаимодействия и формы общения с каждым студентом и студентов между собой.

Проектирование обучения как учебно-воспитательной и развивающей ситуации необходимо начинать с отбора и структурирования предметного содержания. Этой цели служит система учебных задач, предложенная для разделения учебных действий по сложности познавательных процессов.

Выделяется 6 групп задач.

1. Задачи, предполагающие воспроизведение знаний.

1.1. Задачи на узнавание.

1.2. Задачи на воспроизведение отдельных фактов (данных, понятий).

1.3. Задачи на воспроизведение определений (норм, правил).

1.4. Задачи на воспроизведение текста (определений, цитат).

2. Задачи, требующие простых мыслительных операций (описание и систематизация фактов).

2.1. Задачи на определение фактов (измерение, вычисление).

2.2. Задачи на перечисление и описание фактов (список, перечень).

2.3. Задачи на перечисление и описание процессов и приемов деятельности.

2.4. Задачи на анализ и синтез.

2.5. Задачи на сравнение и различение явлений и процессов.

2.6. Задачи на упорядочение (классификация, категоризация).

2.7. Задачи на определение отношений (причина, следствие, цель, средство, влияние, функция, способ).

2.8. Задачи на абстракцию, конкретизацию, обобщение.

2.9. Задачи на решение простых заданий, действия с неизвестными величинами и их поиск по правилу, формуле.

3. Задачи на сложные мыслительные операции.

3.1. Задачи на трансформацию (перевод, выражение знаков в словах; установление клинического симптома по данным исследования).

3.2. Задачи на интерпретацию (объяснение смысла, значения наблюдаемого симптома в картине заболевания).

3.3. Задачи на индукцию.

3.4. Задачи на дедукцию.

3.5. Задачи на аргументацию (доказательство верности).

3.6. Задачи на оценку.

4. Задачи, предполагающие обобщение знаний и порождение речевых высказываний для выражения продуктивного мыслительного акта (заключение, реферат, оригинальный научный текст).

4.1. Задачи на сочинение обзора (конспекты, резюме).

4.2. Задачи на сочинение доклада, отчета.

4.3. Задачи на самостоятельные письменные работы, проекты.

5. Задачи на продуктивное мышление (решение проблемы).

5.1. Задачи на применение на практике (известное действие в стандартной и нестандартной ситуации).

5.2. Задачи на решение проблемной ситуации.

5.3. Задачи на целеполагание и постановку вопросов.

5.4. Задачи на эвристический поиск на базе наблюдения и конкретных эмпирических данных.

5.5. Задачи на эвристический поиск на базе логического мышления.

6. Рефлексивные задачи (осознанное использование собственных приемов построения собственных алгоритмов, эвристик, способов анализа открытых задач).

6.1. Задачи, позволяющие освоить рефлексивные процедуры по отношению к структурам процессов опознания, запоминания, припоминания.

6.2. Задачи, позволяющие освоить рефлексивные процедуры разных видов эвристик.

6.3. Задачи по освоению рефлексивных действий, связанных с построением письменного текста (разных типов научного текста).

6.4. Задачи на построение стратегий совместного и индивидуального решения проблем.

6.5. Задачи на выбор способов межличностного взаимодействия и общения в ходе совместного решения задач.

Последний класс задач связан с рефлексивным управлением и обеспечивает переход к осознанному использованию студентом собственных приемов познавательной деятельности. Эти задачи требуют организации особых ситуаций учебных взаимодействий. В условиях решения рефлексивных задач студент ставится перед необходимостью выделения и осознания собственных способов познавательных действий и стратегий, таким образом, он осваивает новую личностную позицию: выявление способов собственной мыслительной работы.

Групповое решение задач 6-го класса является важным условием опережающего управления обучением, подводящим студентов к самообучению.

Стратегия управления формированием познавательной деятельности связана с выбором и использованием задач всех классов на основе учета логики процесса усвоения: от стратегии репродуктивного обучения (основанной на использовании задач первых двух классов) к стратегии продуктивного творческого обучения (ориентированной на использование в процессе обучения трех последних классов задач). Учет уровня усвоения и сложности задачи определяет переход от одного вида управления к другому, от проективного управления - к рефлексивному. Оптимальная стратегия состоит в последовательном использовании проективного и рефлексивного управления, причем рефлексивные процедуры и возможность саморегуляции учения формируются при опоре на полное овладение содержанием курса учебного предмета в ходе решения предметных задач.

Эти предметно-практические и коммуникативные взаимодействия педагога с группой студентов и с отдельными студентами составляют основу педагогического общения. Организация именно этой стороны учебно-воспитательной ситуации становится предметом особой заботы педагога, поскольку без нее невозможно обеспечить успешное управление учебным процессом как совместной деятельностью педагога со студенческой группой.

Основную трудность в обучении приемам и формам организации совместной учебной деятельности составляет то, что эти приемы зачастую отождествляются в сознании педагога с предметным содержанием целей и задач обучения. Поэтому важно уточнить, что понимается под «учебным взаимодействием» и «совместной деятельностью» педагога и студентов.

Совместная деятельность - это обмен действиями, операциями, а также вербальными и невербальными сигналами этих действий и операций между педагогом и студентами и между самими студентами в процессе формирования деятельности. Формирование любой новой деятельности оказывается невозможным вне развернутой совместной деятельности (сотрудничества) педагога и студентов.

Общей особенностью их совместной учебной деятельности является изменение позиции личности в отношении к усвоенному содержанию, а также к собственным взаимодействиям, что выражается в изменении ценностных установок, смысловых ориентиров, целей учения и самих способов взаимодействия и отношений между участниками обучения. Выделяя такую особенность совместной учебной деятельности, как перестройка позиций личности, важно понимать, что источником этих изменений являются взаимодействия и отношения между личностью педагога как носителя смыслов профессиональной деятельности и личностями студентов, т.е. отношения на личностном уровне, а не взаимодействие между деятельностью обучающей и деятельностью учебной.

Профессионально-личностный аспект взаимодействия между педагогом и студентами обеспечивает социальную организацию поведения и личности студента, благодаря чему любая учебная ситуация становится учебно-воспитательной. Личностные компоненты учебных взаимодействий в ходе совместной учебной деятельности (а не сами по себе усвоенные студентами знания) оказывают прямое влияние на внутренний мир студентов и являются главными носителями воспитывающей функции учебной ситуации.

Предметно-содержательная сторона взаимодействия, направленная на регуляцию процесса усвоения деятельности, включает поиск средств, облегчающих присвоение усваиваемых действий, тренировку предметных действий студентов, развитие познавательных процессов. Таким образом, **выделяются личностные и предметно-содержательные компоненты сотрудничества.**

Какова же структура совместной учебной деятельности?

Цель совместной учебной деятельности педагога и студентов состоит в построении механизмов саморегуляции учения, осваиваемой предметной деятельности и самих актов взаимодействия.

Предметом ее являются обобщенные и осознанные способы деятельности учения и нормы взаимодействия и общения. Продукт совместной учебной деятельности - способность студентов самостоятельно ставить новые цели учения, связанные с содержанием осваиваемой деятельности, а также способность к регуляции личностных позиций в партнерстве.

Средством достижения целей совместной деятельности выступает *система форм взаимодействия педагога со студентами*:

- > от максимальной помощи педагога студентам в решении учебных задач,
- > к последовательному увеличению активности и самостоятельности студентов,
- > до полностью саморегулируемых предметных и учебных действий,
- > конечный результат — появление позиции партнерства.

Выделяются следующие *формы сотрудничества*:

- 1) введение в деятельность;
- 2) разделенное действие;
- 3) имитируемое действие;
- 4) поддержанное действие;
- 5) саморегулируемое действие;
- 6) партнерство.

Способы (операции) совместной деятельности представлены циклами взаимодействия. Цикл взаимодействия включает обмен актами: начало действия осуществляется педагогом, его продолжение и окончание - студентами; педагог предлагает тему учебного задания, студенты дают варианты решения.

Циклы взаимодействия различаются по функциям:

- смыслополагающие и целеполагающие;
- ориентирующие и планирующие;
- контрольные и оценочные.

Каждая из шести форм сотрудничества разворачивается в учебном процессе как система циклов взаимодействия, которые возобновляются до тех пор, пока не будет достигнута цель учебной деятельности. Сотрудничество педагога со студентами осуществляется как процесс разрешения противоречий между двумя полюсами учебного взаимодействия - личностью педагога и личностями студентов. Противоречивость выражается в нарастании активности на полюсе студентов, изменением ценностно-личностных позиций и педагога, и студентов.

Динамика активности обеспечивается переходом от одной фазы взаимодействия к другой. Фаза введения студента в новую деятельность дает ему понимание того, какие необходимые знания он должен получить. Фаза разделенных между педагогом и студентами совместных действий при

решении учебных задач позволяет узнать, как эти знания можно получать. Это приводит к изменению собственной позиции и появлению нового отношения и к формируемой предметной деятельности, и к обучению, которое приобретает черты самоуправляемой деятельности. *Управление обучением* из средства достижения конкретных целей (получение предметно-содержательных знаний и формирование действий) превращается в самостоятельную цель обучения. В этих условиях *процесс обучения для студента превращается в самоуправляемый*.

Следующий шаг состоит в осознании студентом себя (рефлексия) в качестве «пользователя» системы предметных знаний и способов осуществления деятельности (предметной и учебной). В этом переходе личности к новым целям саморегуляции и заключены смысл динамики форм сотрудничества и их роль в психическом развитии личности студента.

Таким образом, развитие форм сотрудничества изменяет позицию личности и педагога, и студента, что приводит к возможности самоизменения участников процесса обучения. Формы сотрудничества обеспечивают управление обучением не по типу кибернетической модели, где студент подобен рулевому, идущему по заданному курсу, а по типу психологической модели управления, где студент, как капитан, самостоятельно прокладывает курс, определяя цели обучения.

Осуществление совместной учебной деятельности, реализация развивающей функции обучения определяются тем, как организовано и представлено студентам содержание усваиваемой деятельности. Если при организации содержания обучения сохраняется и преобладает ориентация на операционально-техническую, а не на смысловую сторону формируемой деятельности, то вся учебная ситуация будет сохранять адаптивную направленность, при которой нет объективной необходимости в различных формах сотрудничества педагога со студентами и сотрудничества студентов друг с другом. Противоположный тип организации обучения - продуктивный - обеспечивается построением учебной ситуации, при которой студенты с самого начала усвоения новой деятельности ставятся перед задачей получения социально значимого продукта. При этом возникает ориентировка в первую очередь на смысловую сторону деятельности, и только потом на операционально-техническую, поскольку задача получения социально значимого продукта вводит его в контекст смыслов и значений этой деятельности в культуре. Однако недостаток операционно-технических умений вызывает потребность в совместных учебных действиях, делает их осмысленными для каждого участника обучения.

В ситуации продуктивной совместной деятельности возникает оптимальная зона реализации возможностей сотрудничества педагога со студентами, в которой воспитание рассматривается как формирование новых целей и личностных позиций, развитие - как становление способности личности к самостоятельной деятельности и самоуправлению.

4.7. Организация процесса обучения по разработанным методикам.

Каковы принципиальные особенности организации учебной деятельности с помощью методик, разработанных на основе теории поэтапного формирования умственных действий?

Обучение по методикам, разработанным в соответствии с теорией поэтапного формирования умственных действий, отличается от традиционного. Поскольку теория исходит из постулата, что знания, умения и навыки, которыми человек овладел на профессиональном уровне, являются по своему происхождению интериоризированными практическими действиями, то и организация учебной деятельности подчиняется его (постулата) логике. Проще говоря, учебная деятельность - это прежде всего и главным образом обучение практическим действиям, составляющим осваиваемую деятельность. В процессе отработки действий одновременно формируются как умения и навыки, так и знания, их обеспечивающие. Об этой логике хода обучения по новым

методикам уже было достаточно подробно рассказано в предыдущем разделе. Теперь же речь пойдет о том, как реализовать ее в учебном процессе.

Дело в том, что сама теория поэтапного формирования умственных действий отвергает методики традиционного обучения, в которых чрезмерно много времени уделяется вербальным формам обучения, когда преподаватели только и делают, что разъясняют, объясняют, показывают, а студенты пассивно внимают, в лучшем случае с пониманием слушают, но сами не действуют. Главное в обучении на основе этой теории — как можно меньше давать студентам всякой предварительной информации, рассчитанной на заблаговременное запоминание, до начала предстоящих реальных действий. Вся необходимая информация будет естественным образом востребована в ходе освоения действий, вызвана «к жизни» самой логикой этих действий, технологией всей деятельности.

Поэтому целесообразно всю информацию о порядке действий обучающихся изложить наглядно при помощи ориентирующего средства, которое называется оперативной схемой выполнения действий (ОСВД) (см. схему 6). Она, в отличие от схемы ООД, относится не к конкретной деятельности, не к конкретному действию, а вообще ко всем действиям во всей учебной деятельности по решению задач (мыслительных, сенсорных, физических) с опорой на схемы.

Ознакомьтесь с задачей (выслушайте Попробуйте решить ее с помощью Можно ли ответить на требования задачи

или прочтите) и уясните ее содержание → схемы ООД, сравнивая ее → с помощью схемы ООД, т.е.

указания с условиями задачи решить задачу (получить ответ)?

↓↓

Нет Да

Почему нельзя решить задачу (получить ответ)?

↓↓↓

В условиях задачи нет Непонятно условие задачи Запишите решение или

всех необходимых или ее требование совершите требуемое действие

данных с предметом до получения результата

↓↓↓

Дополните условия не дос- Найдите разъяснение в Перейдите к решению следующей задачи

Таковыми данными, получив доступной литературе

их от обучающего или обратитесь к

обучающему за консультацией

↓↓

Стало ли ясным условие задачи или ее требование?

↑ ↓ ↓
Нет Да

↓

Повторно получите консультацию

Схема 6. Оперативная схема выполнения действий (ОСВД). **НЕДОРАБОТАНА**

Такую общую, носящую принципиальный характер схему можно каждый раз конкретизировать применительно к деятельности, которой обучаются студенты. Если деятельность мыслительная, то все условия той или иной задачи бывают полностью представлены в тексте последней, а если задача двигательная (мануальное действие), то эти условия предстоит выявить в материале, в тех предметах и средствах труда, с которыми придется производить определенные преобразовательные действия в ходе решения задачи.

Оперативная схема выполнения действия показывает логику анализа задачи, направляет ход мыслительных поисков, физических или перцептивных (сенсорных) действий с целью получения требуемого (искомого) результата.

Казалось бы, есть все для начала обучения: и задачи, и схемы ориентировочной основы действий, и оперативная схема выполнения действий. Однако имеется одно препятствие, которое надо преодолеть перед тем как приступить к занятиям.

Речь идет об интеллектуальной готовности обучающихся немедленно приступить к решению задач из ранее не знакомой сферы деятельности или, говоря иначе, о готовности практически действовать в новой для них сфере.

Одним из типичных вариантов неготовности является несформированность основных теоретических и узкопрофессиональных понятий: человек использует понятия, не зная точного их смысла и научного содержания. В таком случае эти понятия сформированы у человека на житейском, а не на научном уровне. Задача преподавателя состоит в том, чтобы в сознании обучающихся все специальные понятия были сформированы адекватно их научному содержанию. Необходимо недостающие исходные знания и представления сформировать у всех обучаемых до начала основной части обучения. Для этого потребует пропедевтический этап - формирование основных понятий, используемых в осваиваемой деятельности. Цель этапа - адаптация познавательной сферы обучаемых к освоению деятельности. На данном этапе необходимо выполнить следующие действия.

1. Выделить и записать существенные (необходимые и достаточные) признаки понятия, отличающие его от других (в том числе похожих).
2. Выполнить действие подведения под понятие: проанализировать явление с точки зрения наличия в нем существенных признаков данного понятия. Важно, чтобы обучаемые понимали, почему объекты и явления необходимо анализировать с позиции этих и только этих признаков.
3. Прорешать с помощью преподавателя несколько задач на распознавание явления (относится ли оно к данному понятию) и на различение схожих явлений и понятий.

В результате все основные понятия и термины, которые встречаются в учебниках и методических материалах, должны быть представлены обучаемым в точном соответствии с их научным содержанием.

4.8. Управление процессом овладения деятельностью.

К управлению процессом обучения относятся следующие действия преподавателя.

1. Формулируется цель занятий - овладение умением правильно действовать в избранной области деятельности без предварительного заучивания знаний (знания сформируются в итоге действий и благодаря им: в конце решения всех предложенных задач каждый обучаемый будет знать, что и как делать, и понимать, почему нужно делать именно так). После этого каждый студент получает все методические средства - схемы и задачи.
2. Разъясняются особенности учебного процесса и порядка действий обучаемых, который должен точно соблюдаться. Для этого с помощью схемы ООД решается какая-либо задача из неосвоенной пока области деятельности. Задача решается вслух всей учебной группой: один читает задачу, другой (по схеме) - алгоритм действий, все вместе приходят к выводу. В ходе коллективного решения все действия согласовываются с оперативной схемой выполнения действий.
3. Преподаватель предлагает обучаемым последовательно решать задачи, опираясь на схемы ООД, фиксируя (записывая или проговаривая) этапы выполняемого действия, если действие умственное, и промежуточные части получаемого результата, если действие физическое, материальное. Управление действиями (внешнее наблюдение за действиями студентов, консультации по их просьбе и корректировка их действий) ведется по материализованным результатам выполняемого действия. Студент в освоении деятельности движется следующим образом: сначала читает задачу, затем обращается к схеме ООД и, получив нужную ориентировку, действует. Опыт показывает, что решения нескольких десятков задач вполне достаточно, чтобы уверенно совершать все профессиональные действия - мыслительные, физические, или перцептивные (сенсорные).
4. Преподаватель фиксирует результат обучения: деятельность считается полностью освоенной тогда, когда обучаемый действует уверенно, без обращения к ориентирующей схеме и может свободно, своими словами рассказать, что, как, в какой последовательности и почему так, а не иначе нужно делать. По мере запоминания порядка и правил действий (после 10-15 повторений действий в разных вариантах задач) обучаемые добровольно отказываются от использования схем и действуют самостоятельно.

Следует обратить внимание на специфику обучения на клинических кафедрах, в процессе которого возникают следующие проблемы:

- ◆ проблема использования схем ООД - невозможно действовать по схеме в условиях реальной помощи пациенту (по бумажке-шпаргалке);
- ◆ проблема решения всевозможных задач (проблемных ситуаций, которые не имеют однозначно правильного или неправильного решения и предполагают неопределенность, и только специальное продумывание позволяет определить подобную ситуацию как систему задач), продиктованных необходимостью помочь пациенту, а не требованиями процесса обучения;
- ◆ проблема освоения системы профессиональных отношений и ценностей, навыков межличностного общения, которые формируются через организацию взаимодействия между людьми в совместной деятельности (т.е. по иной логике).

В ситуациях обучения, связанных с оказанием реальной помощи пациенту, роль преподавателя заключается в создании условий для рефлексии - обдумывания, анализа студентом своих действий, их обоснования, оценки правильности или ошибочности с точки зрения условий, которые необходимо учитывать в конкретной ситуации (клинической, деонтологической, социальной). Для этого в обучении использовались целевые паузы - там, где необходимо было

(для учебных целей) проанализировать изменившуюся клиническую ситуацию, сравнить свои действия с профессиональной нормой, предупредить осложнение ситуации. В качестве речевого этапа - проговаривания - использовались обсуждения клинических случаев (аналогично докладам на врачебных конференциях), анализы записей в «Историях болезни».

Главной заботой студента становится вдумчивая работа по анализу каждого своего действия, а не стремление «все знать и уметь».

При очевидном различии учебной (модельной) и реальной ситуации их объединяет одно: если студент стремится действовать профессионально, то ему необходимо уметь правильно рассуждать, мыслить в соответствии с логикой норм и способов деятельности.

Практические или моделирующие практику задачи и упражнения, решаемые студентом с использованием ориентирующей схемы, то есть без ошибок, направляют мыслительные действия в нужное русло, приводят к освоению данной деятельности и овладению общим способом мыслительного анализа ее условий.

С другой стороны, недопустимо и игнорирование принципиальных различий: работа с реальной проблемой пациента учит студента принимать и справляться с неопределенностью, критически относиться к своему опыту, применять профессиональные навыки творчески. Работа с проблемой является видом совместной деятельности для студентов и преподавателей, возможностью создать особую, развивающую атмосферу в процессе обучения.

Проектирование целостной профессиональной практики в условиях клиники (умение работать с проблемой пациента в условиях клиники в контакте с другими подразделениями на основе междисциплинарного подхода) может быть осуществлено через рефлексивное проектирование, системное построение учебной ситуации.

4.9. Оценка результатов обучения.

Оценивая результаты обучения, преподаватель должен осознавать сущность процесса обучения и те показатели, которые подлежат выявлению, объективизации, измерению. Перед преподавателем также стоит проблема рефлексии тех задач и способов их решения, с которыми он сталкивается в процессе оценки результатов обучения, т.е. необходимость анализа самой процедуры оценивания.

Рассматривая обучение с позиций деятельности, можно утверждать, что показатели успешности учебной деятельности будут связаны со структурой этой деятельности и критериями ее функционирования и развития. Например, показателем активной деятельности обучаемых выступает опыт их собственной познавательной деятельности: их цели и способы деятельности.

Важнейшим критерием успешности деятельности является ее конечный результат. В учебно-профессиональной деятельности студентов в вузе таким конечным результатом являются основы профессиональной деятельности (готовность и способность решать «нерафинированные» профессиональные задачи), развитие профессионального мышления (умение «усматривать» профессиональную проблему и находить способы ее преобразования).

Конечные результаты обучения формулируются преподавателем в начале обучения в качестве конкретных целей. Измерение эффективности обучения заключается в сравнении конечного результата с целями деятельности преподавателя, установлении соответствия или рассогласования между ними.

Степень соответствия и дает представление об уровне профессиональной деятельности и культуре профессионального мышления обучаемого.

Важным моментом психолого-педагогической диагностики является осознание преподавателем характера своей собственной деятельности, которую он реализует, оценивая результаты обучения. В этом случае преподаватель выступает в качестве эксперта. Поэтому анализу подлежит и сама экспертная система (показатели и критерии), и те задачи, которые эксперт решает в ходе оценивания результатов деятельности каждого студента. Среди этих задач можно выделить следующие:

- соотнесение критериев и эталонов эксперта с конкретными результатами деятельности отдельного студента и группы в целом;
- умение через констатацию результатов обучения давать оценку эффективности своей собственной деятельности и ее коррекции (в том случае, если ни один студент в группе не обладает требуемым уровнем сформированности деятельности и профессионального мышления, преподаватель анализирует собственную тактику и пересматривает содержание своей деятельности, формулирует свои ошибки и проектирует возможные их исправления);
- на основе понимания достоинств и недостатков различных процедур оценки результатов обучения умение нивелировать отрицательные факторы и усиливать положительные (в частности, применение тестов исключает субъективное влияние на оценку, но вместе с тем приводит к усреднению общего результата).

Работа по выделению и анализу характеристик и процедуры оценки результатов обучения, их осознанию должна проводиться каждым преподавателем, которому небезразличны эффективность его собственной деятельности-удовлетворенность профессией, положительная мотивация в деятельности и общении. При оценке результатов обучения преподаватель должен стремиться к сознательному свободному выбору наиболее адекватной стратегии контроля и наиболее эффективных инструментов контроля: задач, тестов, анкет и др. Здесь требуется знание основных тенденций разработки контролируемых процедур, владение уже имеющимися средствами контроля, готовность и умение создавать новые, в соответствии с изменяющимися условиями.

Основную проблему при оценке эффективности обучения можно обозначить как стремление к формализации критериев оценки и их объективизации при условии, что очень многое в обучении (как и в деятельности специалиста) плохо или вообще не поддается формализации. Следовательно, при выборе стратегии и средств контроля необходимо руководствоваться разнообразными возможностями, предоставляемыми разными методами.

В настоящее время параллельно развиваются различные стратегии контроля, отражающие различные взгляды на саму организацию обучения.

Понимая невозможность моментального скачка от традиционного к нетрадиционному творческому обучению и адекватным способам контроля, мы предлагаем использовать различные методики тестирования, в которых задачи представлены в виде своеобразных тестов.

Нами учитываются тенденции развития взглядов на способы контроля в мировой педагогике. Известно, что тестирование широко внедрялось в развитых странах еще с 60-х годов и привело к тому, что по всем направлениям подготовки специалиста на медицинских факультетах накоплены пакеты тестов. Они используются для педагогического контроля преподавателями, для самоконтроля студентов. Более того, в связи с компьютеризацией обучения сделаны удачные попытки передать функции контроля компьютерам, работающим в диалоговом режиме, а не в режиме «верно-неверно», «да-нет», что является свидетельством отхода от установки на «посредственность».

В зарубежной педагогике практически кончился тестовый бум, он сменился попыткой перехода от нормативно-ориентированных тестов (традиционные стандартизированные тесты) к альтернативным педагогически-ориентированным способам контроля.

На ФПКП МГМСУ в течение уже более 20 лет преподавателям в качестве диагностической методики успешности обучения предлагается разработка не просто набора тестов, а системы задач, которые фактически являются педагогически-ориентированными тестами.

В последние годы, хотя и с некоторым запозданием, у ряда стоматологических кафедр появился интерес к тестовым методикам контроля. Учитывая «издержки» этого процесса, которые уже оценила зарубежная высшая школа, приведем показавшееся нам удачным и убедительным сравнение стандартизированного теста в качестве диагностического инструмента с термометром.

«Термометр показывает 37°C. Тем не менее пациент чувствует себя ужасно, выглядит плохо, и врач на основании своего многолетнего клинического опыта может утверждать, что с больным что-то не в порядке и что нужно собрать еще много сведений для того, чтобы поставить правильный диагноз и назначить адекватное лечение. У пациента может быть все - от рака до обыкновенной простуды, а термометр может регистрировать нормальную температуру. В другой палате другого больного лихорадит, но он чувствует себя не настолько плохо, как первый. На самом деле термометр показывает 38,3°C, и врач во время обследования пациента отмечает наличие некоторых основных симптомов болезни. Аспирин для снятия симптомов, антибиотики в течение 1-2 недель, и пациент будет в полном здравии. Ясно, что показания термометра сами по себе не свидетельствуют о наличии или отсутствия болезни, на их основе еще нельзя определить диагноз, тяжесть заболевания, сделать прогноз. Если бы термометр был единственным инструментом врача, то современная медицина не продвинулась бы дальше приемов цирюльников прошлых эпох.

На наш взгляд, высокие и низкие баллы стандартизированного теста столь же приблизительно выявляют здоровье вуза, как и термометр определяет здоровье человека. Однако термометр хотя и поверхностный, но доброкачественный индикатор. Баллы стандартизированного теста таковыми не являются. В то же время их основа в ее современном виде по сути своей карательна. Статистические выводы по нормальной кривой, сделанные на базе тестирования, только деморализуют профессиональных педагогов, ведут к коварным и ошибочным данным относительно способностей исследуемых к обучению. Мы с сочувствием относимся к возникшему недавно интересу к нормам в образовании, но все же уверены, что этот интерес должен идти значительно дальше нынешней фиксации стандартизированных тестовых баллов».

Дальнейшая разработка тестовых методик должна сопровождаться введением таких методик, которые имели бы преимущества по сравнению с теми, в которых требуются ответы типа «верно—неверно» или выбор из множества альтернатив. Считаем, что следует отдать предпочтение тем методикам, которые позволяют:

—> исследовать характерные ошибки в тестах с множественным (комплексным) выбором для того, чтобы знать, что придется корректировать;

—> использовать оценки в качестве формирующего (а не результирующего) инструмента и включать те методы оценивания, которые недавно утвердились в диагностическом тестировании (критериальные задачи и т.п.);

—> расширять сферу педагогической диагностики и включать в нее отношения, установки, впечатления, мотивы и т.д. (например, анкета отношения к предмету, форме или способу обучения, профессии и т.д.);

—> расширять форматы, типологию вариантов ответов за пределы законченных, например, включать незаконченные ответы, краткие ответы или ответы-провокации;

—> вести систематическую запись и анализ образцов решения задач, что позволит вычлнить различные способы решения.

Повышение требований к качеству медицинской помощи и, соответственно, высокие требования к уровню профессиональной подготовки врачей предусматривают не только использование готовых, но и разработку новых научно обоснованных, объективных и демократичных методов и форм контроля знаний студентов. Это может быть достигнуто при наличии единой системы контроля знаний студентов и абитуриентов на всех этапах обучения - начиная с отдельных практических занятий и заканчивая государственными экзаменами. Предпочтение мы отдаем тем методам контроля, которые позволят определить готовность студентов к профессиональной деятельности: необходимо разработать контрольные задания, отражающие задачи здравоохранения и цели обучения в вузе, в соответствии с моделью специалиста-медика. Контрольные задания по всем темам должны моделировать фрагменты деятельности врача, моменты его интеллектуальных действий в аспекте преподаваемой дисциплины.

Система проведения контроля в вузе должна иметь четкую структуру и организационные методы, учитывающие интересы самих студентов. Методы, процесс и результаты контролирующих процедур должны обсуждаться в студенческих группах, быть открытыми для экспертной оценки специалистов-преподавателей и самих студентов.

Особым направлением развития форм и методов контроля является самоконтроль, как текущий, так и рубежный. Такой подход к контролю за ходом и результатами обучения в вузе позволяет сделать образование не только универсальным, но и сопоставимым с уровнем образования в различных странах и регионах.

Результаты оценки знаний и действий студентов должны быть объектом их студенческих интересов, показателем успешности в движении к избранной профессии.

Базой реализации современной прогрессивной системы контроля является оснащение вуза, прежде всего всестороннее использование компьютеров, технических аудиовизуальных систем.

Большое значение имеют и современные формы контроля, отражающие условия профессиональной деятельности врача, а именно имитационные деловые игры, которые также могут с успехом внедряться на базе современной компьютерной техники, которая должна быть доступна каждому студенту. Компьютер не может заменить преподавателя, но он поднимает уровень, степень объективности преподавательских оценок и заключений, делает вузовские знания доступными для овладения каждым студентом с учетом его личностных особенностей, индивидуального стиля деятельности.

Таким образом, мы приходим к выводу, что оценка результатов обучения является одним из самых сложных психолого-педагогических диагностических умений преподавателя, влияющим на создание положительной мотивации, благоприятного психологического климата в студенческой группе. Понятие психолого-педагогической диагностики (или критериальных систем оценки) в деятельности преподавателя включает умение оценивать эффективность (неэффективность) обучающей тактики, приводящей к определенным результатам обучения в соответствии с поставленными целями (уровень сформированности профессиональной деятельности; уровень мотивации к дисциплине и профессии в целом; уровень интеллектуального, психологического, нравственного развития студентов с учетом индивидуальных особенностей и характера межличностных отношений).

Вопросы к главе

1. В чем, по Вашему мнению, заключается проектирование образовательного пространства?
2. Приведите примеры учебных программ, в разработке которых Вы приняли участие.
3. Использовали ли Вы при этом основные понятия теории деятельности? Приведите примеры.
4. Каковы особенности обучения действиям на теоретической и клинической кафедрах?
5. Какие формы учебных взаимодействий преподавателя со студентами оптимальны для начального, а какие - для заключительного этапа обучения:
 - на клинической кафедре;
 - на теоретической кафедре?
6. Конкретизируйте цели обучения по Вашей дисциплине (предмету, курсу). Как представить их через систему действий, которые должны быть освоены студентом?
7. Каковы Ваши предложения по улучшению оценки результатов обучения в медицинском вузе?

ГЛАВА 5.

ФОРМЫ ОРГАНИЗАЦИИ

ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

В медицинских вузах России существуют следующие наиболее распространенные формы обучения: лекция, практическое занятие, семинары, лабораторные работы и практикумы, самостоятельная работа студентов под контролем преподавателя, производственная практика.

5.1. Вузовская лекция: традиции и новации.

Лекция в медицинском вузе остается одной из ведущих форм обучения в век новейших информационных технологий. Секрет ее «долголетия» в том, что заменить живое общение лектора со студентами не удастся даже ставшему столь популярным среди молодежи Интернету. Выражение древних «*viva vox docet*» («живой голос учит») остается верным в тех случаях, когда лектор использует живой язык, а не академический язык диссертаций, теоретизированный и не затрагивающий внутренний мир студентов.

Поэтому долголетние споры о том, эффективна ли лекция или нет (а аргументов для критики предостаточно, например конформизм, некритичность, несамостоятельность мышления студентов как результат слепого доверия лектору, невозможность точно записать основные мысли лектора и затем воспроизвести, потеря большого количества информации и т.д.) свидетельствуют о том, что в дискуссиях об эффективности лекций мы обычно не связываем лекцию с той или иной моделью обучения, в которую она вписывается, или судим о лекции вообще на основе негативных отзывов студентов о конкретном лекторе.

Особое место в медицинском вузе занимает клиническая лекция, которая всегда использовалась лекторами-клиницистами как особая форма развития клинического мышления, соучастия студентов в постановке диагноза, установления атмосферы доверия, партнерских отношений, соблюдения" принципов этики и деонтологии. В истории медицины навсегда останутся памятные имена лучших лекторов: Н.И. Пирогов, Н.В. Склифосовский, В.А. Оппель, С.П. Боткин, В.И. Воячек, В.Ф. Войно-Ясеницкий, М.Д. Мудров, Н.Н. Еланский, И. Давыдовский, А.В. Вишневский, В.П. Покровский и др.

Несколько слов о предыстории вопроса.

Впервые лекции появились в Древней Греции, они получили развитие в Древнем Риме и уже широко использовались как основная форма обучения в Средние века, что продолжалось вплоть до середины XX столетия. Слово «лекция» происходит от латинского корня«lection» («чтение»), что и отражало первоначальную методику ее проведения как чтения текстов первоисточников, иногда с небольшими комментариями.

В России благодаря М.В. Ломоносову лекции в XXVIII веке начали читать на русском языке (а не на латыни). Постепенно лекция стала использоваться для систематического изложения научных знаний и влияния на студенческую аудиторию с целью формирования мировоззрения, отражая нравственную позицию автора. Назовем имена наиболее выдающихся лекторов отечественной школы: М.В. Остроградский, В.О. Ключевский, Т.Н. Грановский, Н.И. Пирогов.

В настоящее время в медицинском вузе складывается ряд ситуаций, когда нельзя отказаться от лекций, например:

- > при появлении новых направлений в науке, которые не успели войти в учебники;
- > когда требуется известная коррекция уже описанного в учебниках материала;
- > при наличии разноречивых подходов, в которых студентам трудно разобраться самостоятельно.

Лекция всегда считалась наиболее действенной формой эмоционального воздействия, способствующего формированию профессионального самосознания и профессиональной позиции, деон-

скому воспитанию, появлению осмысленного отношения к профессиональной подготовке.

Подчеркнем следующие преимущества лекции: творческое непосредственное общение лектора с аудиторией, сотворчество, эмоциональное взаимодействие, экономный способ приобщения студенческой аудитории к новым достижениям науки, способ мощнейшей мотивации к последующей самостоятельной работе.

При оценке и самооценке лектором качества лекции возникает вопрос о критериях так называемой «хорошей лекции». Мы бы следующим образом отразили их применительно к высшему медицинскому образованию:

- >наличие в содержании гуманитарных целей и ценностей, нравственный потенциал;
- >научность, информативность, доказательность, аргументированность содержания; наличие ярких, убедительных примеров, фактов;

- > преимущественное использование проблемной формы чтения лекций;
- > четкая структура и логика раскрытия материала;
- > методическая грамотность: постановка цели и актуализация проблемы, выделение главного и второстепенного, подведение к выводам, использование обратной связи, разъяснение, запись новых терминов, использование средств наглядности;
- > эмоциональность формы чтения лекции, создание условий для активизации мышления, использование парадоксальной формы, эффекта новизны, занимательности, элементов спора, постановка вопросов исследовательского характера и вовлечение студентов в лабораторию клинического мышления.

5.2. Лекция в инновационном обучении.

Приоритет гуманитарных ценностей развития личности, внимание к тем психолого-педагогическим условиям, которые необходимы для саморазвития, самоактуализации личности, подталкивают преподавательский состав медицинских вузов к поиску новых лекционных форм.

К ним мы относим проблемную лекцию, лекцию вдвоем, лекцию-визуализацию, лекцию с заранее запланированными ошибками и лекцию-конференцию, или консилиум.

5.2.1. Проблемная лекция.

Наверняка, читая эти страницы, врачи-педагоги могут возразить утверждению, что проблемная лекция является новой формой. Действительно, проблемная лекция, связанная в целом с проблемным обучением и умением преподавателя создать проблемную ситуацию, является весьма древней формой обучения. Обучение через преодоление и разрешение - противоречий дали миру так называемые сократические, эвристические методы обучения, связанные с именем древнегреческого философа Сократа. Для проблемной лекции характерно создание проблемной ситуации, актуализация ее (силами лектора или с помощью студентов), представление нового материала в виде проблемной задачи, поиск средств для ее решения (размышление лектора вслух, привлечение студентов), следование шаг за шагом к искомой цели как к своеобразному открытию.

Процесс познания студентов в ходе такой лекции приближается к поисковой, исследовательской деятельности. Лектором создаются условия для перехода в дальнейшем от учебно-познавательной к учебно-профессиональной деятельности на практическом занятии. По мере привлеченности студентов к решению той или иной задачи повышается уровень проблемности лекции: студенты могут увидеть и объяснить, в чем же состоит противоречие, принять активное участие в поиске способа решения. А это уже есть устойчивая обратная связь, отсутствие которой является основным недостатком информационной лекции. Поэтому можно говорить о проблемной лекции как о соответствующей требованиям диалогового (интерактивного) обучения.

Однако нельзя думать, что такая лекция возникает как некая импровизация (хотя это тоже возможно). Преподавателю для реализации принципа проблемности и диалогичности необходимо выделить проблемную ситуацию, подобрать аргументы и контраргументы, выделить ориентиры поиска, спроектировать «приманки», «ловушки» (возможные врачебные ошибки) и уметь использовать диалоговое общение. В этом, как ни странно, таится самая большая трудность для эрудированных лекторов - как доверить студенту самостоятельный поиск пути «открытия».

5.2.2. Лекция-визуализация.

В медицинском вузе лекция-визуализация наиболее распространена на доклиническом этапе обучения, где очень эффективно реализуется принцип наглядности на кафедрах биологии, патоана-томии, гистологии, физиологии и ряде других.

Визуализированная лекция представляет собой систематизированную, методически обработанную устную информацию, преобразованную в визуальную форму, которая служит опорой для формирования умственных действий и понятий, понимания студентами этапности их отработки.

Чтение такой лекции сводится к комментированию подготовленных визуальных (или аудиовизуальных) фрагментов.

В задачи преподавателя входит создание условий для систематизации имеющихся материалов, усвоения новой информации, понимания причинно-следственных связей и зависимостей, создание и решение проблемных ситуаций, демонстрация разных способов визуализации (натуральные объекты, рисунки, схемы, таблицы). Лекция-визуализация возможна при соблюдении ряда эргономических требований: схема расположения объектов в соответствии с закономерностями зрительного ряда (слева направо и сверху вниз), плотность расположения информации в кадрах и т.д.

5.2.3. Лекция вдвоем.

Лекция вдвоем возникла и утвердилась в медицинском вузе как попытка интеграции большого научного материала различных кафедр при рассмотрении наиболее важных проблем. Например, в МГМСУ есть положительный опыт чтения лекций вдвоем профессорами кафедр нормальной физиологии и биохимии. Лекция вдвоем моделирует реальную ситуацию обсуждения теоретических и практических вопросов двумя специалистами в форме диалога.

Если темой лекции является дискуссионный материал, например выявляются точки зрения представителей разных научных школ, то необходимо соблюдать ряд условий, свойственных ведению дискуссий (диалог преподавателей должен демонстрировать культуру дискуссий, возможно привлечение студентов и проявление их отношения к происходящему).

Лучше всего удастся лекция вдвоем в том случае, если у лекторов есть интеллектуальная и личностная совместимость, они владеют развитыми коммуникативными умениями, способны к быстрой реакции в ходе обсуждения и импровизации.

Лекция вдвоем также соответствует инновационным подходам, так как создает условия для актуализации имеющихся у студентов знаний, необходимых для диалога, что позволяет более глубоко и всесторонне понять изучаемые проблемы, их связь с практикой. Лекция вдвоем создает преграды догматизму и конформизму, опасность которых есть при преобладании информационных лекций. Лекция вдвоем представляет пространство развития для самих лекторов, которые имеют возможность продемонстрировать высокий профессионализм и получить удовлетворение, уйдя от рутинных методов.

5.2.4. Лекция с заранее запланированными ошибками.

Лекция с заранее запланированными ошибками одновременно выполняет мотивационную, диагностическую и контрольную функции в обучении. В медицинском вузе для подобной лекции материалом могут служить врачебные ошибки (диагностические, поведенческие, этические и т.д.).

Преподаватель при подготовке к лекции в содержание закладывает определенное количество ошибок, а их перечень после лекции предлагает студентам для совместного обсуждения.

Перед чтением лекции лектор не скрывает свой замысел и просит студентов фиксировать замечаемые ошибки. В конце лекции оставляется время на короткое совместное обсуждение. Такая форма лекции мотивирует студентов к внимательному слушанию и позволяет лектору оценить степень понимания материала студентами.

5.2.5. Лекция-консилиум, или конференция.

Такая форма лекции возможна в случае необходимости привлечения различных специалистов для раскрытия темы.

В таком случае лектор, назвав тему, просит студентов в письменной форме задать вопросы, в течение 3-5 минут сортирует вопросы по содержанию и начинает лекцию. Лекция не протекает в виде прямых ответов на вопросы, она имеет форму сообщения, заключения консилиума, в ходе которого студенты получают ответы на поставленные в начале занятия вопросы.

Такую лекцию можно проводить в начале цикла занятий для выявления потребностей, интересов, возможностей, установок студентов (слушателей ФПКП и ФУВ); в конце цикла - для систематизации, подведения итогов и определения дальнейших перспектив работы; в середине цикла-для мотивации, создания атмосферы соучастия, внимания к экзистенциальным проблемам обучающихся.

5.2.6. Ораторское мастерство лектора.

Сразу оговоримся: нельзя требовать от каждого врача-педагога ораторского мастерства, так необходимого в публичных, политических выступлениях. Тем более, этому невозможно научить каждого преподавателя. Поэтому изложенный далее материал, заимствованный из современной литературы о методике публичных выступлений, возможно, поможет тем врачам-педагогам, которые захотят самостоятельно развить в себе ораторские способности.

Напомним, что в основе успеха любого публичного выступления лежит понимание аудиторией содержания выступления. В учебной аудитории обычно нетрудно установить так называемый «исходный уровень знаний». Однако при подготовке к лекции необходимо проанализировать объективную трудность материала, а уже по ходу чтения учитывать, по возможности, субъективный уровень трудности. Для этого необходимо использовать обратную связь: вопросы, совместное решение проблем, размышление вслух, небольшие письменные задания, например при разделении аудитории на две-три группы, подведение итогов в конце лекции.

Перечислим приемы привлечения внимания аудитории: новизна, взаимодействие интересов (лектор показывает, как интересы слушателей соотносятся с содержанием лекции), персонификация (лектор опирается на способность сопереживания), соучастие (лектор делает слушателей действующими лицами содержания лекции, говоря: «Вы находитесь на приеме у врача в поликлинике», «Ваш город/район попал в зону бедствия» и т.п.), юмор и т.д.

Однако иногда по некоторым причинам (неудачное замечание, некорректная фраза лектора) возникают психологические барьеры, мешающие эмоциональному взаимодействию лектора и аудитории. В специальной литературе обращают внимание на следующие барьеры:

- > фонетические (плохая дикция лектора, неразборчивость речи, неприятный тембр голоса);
- > стилистические (несовпадение понятийного языка, медицинской и психолого-педагогической терминологии, например в системе ФПКП);
- > семантические (слишком сложный смысл излагаемого).

Как лектору преодолеть эти барьеры, если он почувствовал непонимание и отстраненность аудитории? Точных рецептов дать нельзя. Все зависит от эмпатийности, эрудированности самого лектора, умения дать разъяснение, привести пример, «разобрать» живую ситуацию, опираться на личный опыт студентов.

Необходимо учитывать индивидуальные особенности личности врача-педагога, его тяготение к рационально-логическому или эмоционально-художественному стилю и, по необходимости, умение использовать сильные стороны обоих стилей.

В технике публичных выступлений, при подготовке политических деятелей большое значение придается темпу и культуре речи, эмоциональной выразительности (интонации, громкость, паузы), жестам, мимике, одежде, позе и ряду других факторов. Однако, как показывает практика, только комплексное использование всех перечисленных факторов приносит успех, чувство удовлетворения у студентов и лекторов. А это, в свою очередь, подтверждает мысль о том, что человеческая коммуникация, реализуемая лектором, способна обеспечить лекции достойное место в вузе в XXI веке.

Перестройка лекционных курсов в указанных направлениях, соответствие определенным требованиям к целям и содержанию позволят усилить воспитательную функцию обучения в вузе, повысить его мировоззренческий уровень, установить взаимосвязи лекции, практического занятия и самостоятельной работы студента в инновационном обучении.

5.3. Психолого-педагогические основы

планирования и методики проведения

практического занятия со студентами

на клинической кафедре¹.

5.3.1. Составление методических указаний для студентов

к практическим занятиям.

Практическое занятие - это та форма обучения в медицинском вузе, при которой студенты имеют наибольший контакт с преподавателем и сталкиваются с реальной врачебной деятельностью. Именно на практических занятиях преподаватель может и должен обеспечивать управляемое формирование действий и понятий, создавать обстановку события.

В вузовской педагогике подготовка преподавателя к занятиям традиционно заключалась в составлении планов, аннотаций и контрольных вопросов, что определяло содержание методических указаний для преподавателей. Перед нами встала проблема: создать интегративное средство обучения, не требующее при своем применении изменений в структуре и основных формах обучения в медицинском вузе и позволяющее управлять процессом усвоения. Единственной возможностью объединить современное понимание средств обучения и их применение в рамках уже существующего процесса являются методические указания для студентов к практическим занятиям. Составление методических указаний такого рода является сложной задачей, поскольку методически правильное представление материала предполагает глубокое знание как предмета, так и теории обучения в медицинских вузах.

Прежде всего, формируются цели занятия в терминах деятельности, отбирается содержание с использованием схемы ООД и логико-дидактической структуры. Затем составляются учебные и контрольные задачи, планируется подбор пациентов. В методических указаниях для студентов

материал располагается в соответствии с этапами занятия: цель, план занятия, задачи для контроля исходных знаний, схема ООД, ЛДС, учебные задачи, задачи для контроля результатов усвоения, литература по теме.

В настоящее время почти все компоненты методических указаний широко используются преподавателями вузов, только не всегда они представляют единую систему, кроме того, конкретное понимание целевого назначения задач, схем часто не соответствует их психолого-педагогическому содержанию и значению.

Задача преподавателя заключается в создании медицински грамотной и адекватной вузовскому обучению интерпретации основных психолого-педагогических средств обучения. В данной работе дается описание содержания и способов построения каждого компонента методических указаний применительно к клиническим занятиям.

5.3.2. Определение цели занятия.

Цель клинического занятия формулируется в терминах деятельности. Это обусловлено тем, что сам процесс усвоения состоит в формировании действий у субъекта, поэтому очевидно, что его результатом должно быть определенное действие. Кроме того, клинические кафедры являются ведущими в профессиональной подготовке врача, а модель стоматолога предполагает формирование врачебных видов деятельности.

Наиболее значимыми для клинических кафедр являются следующие виды действий: диагностика заболеваний; составление комплексного плана лечения; составление плана лечения с проведением определенных его этапов; составление плана профилактики и ее выполнение; проведение медицинской, социальной и профессиональной реабилитации больного. Преподаватель должен научиться определять формируемые на каждом занятии профессионально значимые действия. Специально следует обратить внимание на степень обобщения намеченного действия — число заболеваний и клинических форм, подлежащих диагностике и лечению определенным способом, перечень лечебных мероприятий, подлежащих отработке на занятии.

Влияние гуманистической психологии выразилось в актуализации целей, связанных с умением устанавливать эмоционально-психологический контакт с пациентом и его родственниками:

- создавать обстановку психологической безопасности;
- отказаться от отрицательных оценок;
- использовать стиль общения на равных (партнерские отношения);
- проводить психологическую экспресс-диагностику;
- видеть и понимать психологические проблемы пациентов и, в случае необходимости, формулировать задачу медицинскому психологу.

Для стоматологических кафедр, работающих на лечебных, педиатрических и санитарно-гигиенических факультетах, также следует определить те виды действий, которые врачи общего профиля должны усвоить на данном занятии. Например: диагностика острых состояний и оказание неотложной стоматологической помощи, проведение операций удаления зуба при острых воспалительных одонтогенных заболеваниях челюстно-лицевой области и т.д.

Традиционное определение цели с помощью слов «ознакомить», «изучить», «дать представление» неправильно, так как ни преподаватель, ни студент не могут четко сформулировать смысл этих

понятий. Для любой темы можно выделить в качестве конечной цели определенное действие. Четкое определение вида формируемой деятельности заставляет иногда объединять некоторые занятия между собой или заменять их лекцией. Определение цели является принципиальным моментом в организации обучения в целом. Если не определить цель занятия, то нельзя точно становить объем учебного материала, форму и этапы его представления студентам. Рекомендуется указывать общую цель занятия и ее составляющие: конкретные цели по формированию мануальных навыков, деонтологическую и воспитательную цели занятия. Этому разделу методических указаний придается большое значение еще и потому, что от определения цели зависит формирование у студентов правильного, делового отношения к занятию. Если это делается на всех занятиях курса, цикла, то тогда создаются реальные условия для систематизации всех разделов темы в контексте подготовки будущих врачей.

5.3.3. Составление логико-дидактической структуры (АДС).

Цель занятия позволяет избирательно подойти к отбору содержания занятия и выделить главные его моменты. В традиционных методических указаниях материал обычно излагается в виде конспекта-аннотации темы. Несомненно, такой способ может использоваться, однако представление материала темы в виде схемы обладает значительным преимуществом, позволяя быстро применять необходимые данные при решении задач и курации больных. Более того, схематизация предполагает обязательное выделение существующих в материале компонентов и установление связей между ними, что помогает усвоению данного материала в более короткое время.

В медицинских вузах широко используются графологические схемы, построенные по принципу «дерева решения», предложенные В.П. Беспалько (1970). Мы рекомендуем несколько отличные от этих схем логико-дидактические структуры. Данное название объясняется не видом, а функцией, а именно: «логико» - означает логическое представление темы, «дидактические» - означает предназначение для учебных целей.¹

Они строятся следующим образом: с левой стороны выписываются основные вопросы темы в соответствии с последовательностью их анализа, а с правой - раскрывается их содержание, линиями указывается соподчинение понятий. Такие схемы позволяют в наглядной форме представить основные вопросы и понятия темы, выделить внутренние логические связи предмета. Содержание этих вопросов должно соответствовать программе и степени подготовки студентов к изучению конкретной темы. При определении их последовательности целесообразно начинать с более общих вопросов и постепенно раскрывать их содержание (см. приложение).

ЛДС служат для организации подготовки студентов к занятию при изучении сложных и новых тем, неполно изложенных в учебниках. Они нашли широкое применение на лекциях, а также на теоретических и вводных занятиях, замещающих лекцию. Преподаватели быстро овладевают методом построения таких схем и могут широко использовать их в методической работе кафедры.

5.3.4. Составление схемы ориентировочной основы действий.

Определение цели занятия в терминах деятельности требует, чтобы и содержание обучения раскрывало суть соответствующей деятельности. Применение логико-дидактических структур не дает возможности решить основную задачу обучения - управление усвоением, поскольку они представляют лишь содержание темы. Центральное место в системе организации планомерного формирования знаний и умений занимает схема ориентировочной основы действия (ООД). Такие схемы отражают содержание формируемого действия; по форме они могут быть разнообразными: в виде таблиц или кратких текстов. Их построение состоит в преобразовании текстов учебников, монографий, статей по клинической медицине и медико-биологическим наукам и др. в операционную схему для практического действия студента, встречающегося с данной проблемой впервые. Несколько упрощенным, но ярким примером такой схемы является хороший кулинарный

рецепт. Использование такого рода схем является обязательным условием систематического и управляемого формирования необходимых способов профессиональной деятельности. Каждый студент в дальнейшей своей работе уже имеющийся у него способ деятельности может совершенствовать и изменять. При создании схемы ООД необходимо не только учитывать представления о врачебной деятельности, которые чаще всего выливаются в алгоритмы поиска решения, в перечень операций действия, но и обязательно использовать четкие научные положения о структуре деятельности субъекта и о содержании таких схем.

В настоящее время в теории планомерного формирования действий и понятий накопился большой опыт построения такого рода схем для различных видов действий. Создание схем ООД врача является самостоятельной научно-методической задачей.

Опыт составления схем ООД по различным медицинским дисциплинам, анализ литературы по вопросам клинической диагностики, врачебного мышления и т.д. позволили разработать методику построения схем ООД для врачебных действий.

Схема ООД представляет собой подробное описание самого действия, его операций, объектов и используемого материала. Вместе с тем она включает систему указаний на то, как нужно выполнять данное действие, чтобы не возникало ошибок. В работах по планомерному формированию действий и понятий используется единое представление о компонентах схемы ООД, хотя варьируется последовательность представления и интерпретации их содержания.

Построение каждой конкретной схемы ООД требует трансформации компонентов в структуре ООД на материале определенного врачебного действия. Вся совокупность врачебных действий может быть разделена на два больших класса: диагностические и лечебные. Нами предлагается следующее обобщенное определение каждого компонента схемы в соответствии с содержанием этих действий.

1. Выполнение всякого нового действия требует знания четкой характеристики его конечной цели - т.н. продукта действия, который может быть представлен в виде его образца или через описание его параметров. Для диагностики - это прежде всего определение диагноза с указанием его структуры в соответствии с принятой классификацией, для лечения - это описание компонентов плана лечения, прогноза заболевания, возможных исходов.
2. Для обеспечения полной ориентировки студента необходимо в схеме ООД представить определение действия в целом, что предполагает указание на основной смысл и содержание действия. Если описание хода диагностики и лечения обычно не вызывает затруднений, то в отношении их смыслового определения существует несколько мнений. Анализ литературы позволил нам дать следующую характеристику процесса диагностики: выявление симптомокомплекса и соотнесение его с описаниями заболеваний в медицине. В отношении действий лечения возможно следующее определение: построение и реализация системы комплексного воздействия на организм человека с целью достижения намеченного прогноза - выздоровления, стабилизации процесса и т.д.
3. Даже при выполнении простых действий редко возможно одномоментное получение сразу всего продукта. Описание **продукта действия по частям** позволяет более полно раскрыть само действие. Так, в диагностике некоторых заболеваний выявляются анатомический или патологический диагноз, клинический диагноз, рентгенологический диагноз, морфологический диагноз; традиционно выделяют предварительный дифференцированный и окончательный диагноз. Для действия лечения - это стадии выздоровления либо реабилитации; иногда органы, области или ткани в последовательности послеоперационного заживления.
4. Экспериментальное обучение показывает необходимость специального описания материала действия, выделения определенных его сторон, что дает возможность учащемуся производить

дифференцировку существенных и несущественных условий. В медицине материалом диагностики и лечения является больной со всеми особенностями его организма. Для каждого конкретного действия выделяются те аспекты состояния больного, которые значимы и необходимы для правильного выполнения диагностических и лечебных действий.

5. Новое действие одновременно и в полном объеме выполнить невозможно, поэтому его необходимо разбить на **отдельные операции**, которые зависят от исходных возможностей обучаемого и сложности действия в целом. Последовательность этапов диагностики, общепринятая в медицине, входит в схему ООД. Поскольку сама диагностическая тактика является предметом изучения на кафедре пропедевтики внутренних болезней, то на клинических кафедрах в схемах ООД следует указывать только основные этапы диагностики и лечения.

При составлении схем ООД по лечению единые операции - этапы действия - выделить сложно, так как универсальной тактики не существует. Вместе с тем необходимо, чтобы в действиях врача предусматривалось оказание неотложной помощи, проведение этиотропной и патогенетической терапии, назначение симптоматического лечения, проведение профилактических мероприятий и т.д.

6. Следующий компонент схемы ООД - **средства и орудия** действия. Под орудием понимаются конкретные предметы, с помощью которых выполняется действие, например стоматологический инструментарий, медикаменты и прочее. Очень важно выделить психологические средства - обобщенные схемы, эталоны, которые являются «орудиями» мыслительного действия (таблица элементов Менделеева; общепринятые положения медицины типа клинических показателей нормы и патологии: СОЭ, лейкоцитоз, формула крови, показатель ЭОД; описание характерных симптомокомплексов болезней; классические методики оперативного вмешательства; схемы приема лекарственных препаратов).

7. Правильное выполнение действий возможно только при наличии **критериев самоконтроля** - объективно заданных показателей для оценки правильности осуществления действия. Их содержание определяется целью действия, его материалом. Сюда следует отнести справочные данные, показатели завершенности действия, параметры конечного продукта действия и др. В медицине существуют методы, позволяющие врачу контролировать свои действия (рентгенография, лабораторные исследования и т.д.), которые следует использовать в схемах ООД. В схемах диагностики и лечения в качестве критериев могут выступать указания на конкретные анатомические границы, типичные признаки или даже один признак заболевания.

Все компоненты схемы ООД объединяются в единую систему и представляются как единое описание работы студента в виде кратких схем, таблиц, которые могут быть дополнены рисунками.

После того как дана клиническая интерпретация компонентов схемы ООД, необходимо перейти к конкретным схемам, которые предлагаются студентам.

В нашей практике используются схемы, составленные следующим образом. После названия формулируется основная задача студента, а именно определение действия в целом и его конечного продукта (первые два компонента).

Например: выявите симптомокомплекс, соотнесите его с описанием... заболеваний в учебниках и поставьте диагноз, укажите:

а) нозологическую форму,

б) течение,

в) локализацию и т.д.

Далее предлагается таблица, состоящая из трех граф.

Этапы диагностики (лечения)	Средства диагностики (лечения)	Критерии самоконтроля
--------------------------------	-----------------------------------	-----------------------

По ходу описания этапов действия, средств, критериев самоконтроля представляется и материал действия. Степень детализации схемы определяется объемом материала, который планируется преподавателем.

В этой таблице по мере выполнения студентами определенных операций дается описание промежуточных «продуктов» диагностики и лечения. Например: «поставьте предварительный диагноз»; «выберите заболевание для дифференциальной диагностики, сходные по клинической картине с данными»; «оцените правильность восстановления анатомической целостности зуба» и т.д.

Данная форма в наибольшей степени отвечает требованиям практического применения такого рода схем и при решении задач, и во время приема больных.

Для схем, включающих всю группу заболеваний, которые изучаются студентами 4-5 курсов, в графе «средства» даются нормативы или краткие описания типичных симптомов и элементов поражения. Конкретное содержание каждой графы зависит от изучаемого предмета, курса, темы или цели занятия, а в графе «критерии» указываются признаки для дифференцировки диагностируемых заболеваний.

При составлении схем ООД по ортопедической стоматологии или по темам фантомных курсов содержание граф несколько меняется. Здесь основное внимание уделяется описанию каждой операции действий студента, их средствам (приборам, инструментам) и точным показателям правильности каждой операции.

На преподавательских кафедрах схемы часто составляются для одного заболевания. В этих случаях этапы диагностики описываются детально, в графе «средства» можно указывать типичные симптомы данного заболевания, элементы схемы патогенеза, а в графе «критерии самоконтроля» целесообразно давать краткие объяснения происхождения симптомов, их связи с той или иной формой заболевания.

Часто тема одного занятия включает несколько заболеваний или несколько занятий посвящаются одному или сходным заболеваниям одной группы (например, диагностика болезней пародонта). В этих случаях целесообразно составлять единые схемы ООД, поскольку, несмотря на увеличение объема, такие схемы дают обобщенное представление о деятельности врача. Они позволяют исключить повтор идентичных диагностических и лечебных мероприятий. Работа с ними приближает студента к врачебной практике. Составление схем, охватывающих ряд заболеваний, показало, что это рационально преимущественно для диагностики. Включение обобщенных схем ООД в учебный процесс позволяет формировать у студентов поисковую деятельность.

Схема не должна быть громоздкой, при использовании большого материала, возможно, включать рисунки, небольшие схемы.

Накопленный нами опыт применения схем ООД позволяет заключить, что первоначально студенты должны знакомиться с ними при самоподготовке; на занятиях они включаются в работу

при решении наиболее важных и сложных клинических задач и, по возможности, при курации больных. Таким образом, обеспечивается усвоение представленных в схеме действий.

5.3.5. Составление учебных задач.

Управление процессом обучения на занятиях предполагает как планирование содержания, так и организацию работы студентов по его усвоению. Хотя на занятиях по клиническим дисциплинам центральное место занимает курация больных, клинические задачи имеют очень важную функцию, особенно в тех случаях, когда учебная работа с тематическими больными затруднена: тяжелые, инфекционные и редкие заболевания, сложные методы диагностики и лечения, связанные со специальной аппаратурой.

В отношении структуры задач и их характеристик известно много специальных исследований, различных классификаций (Гурова, Фейгенберг и др.). Большое внимание задачам уделяется в школе проблемного обучения.

Анализ существующих классификаций показывает, что все они связаны с основными характеристиками задач и каждым автором интерпретируются различно. Основными характеристиками задачи являются содержание, логика построения и психологическая характеристика, которые отражают представления о трех типах материала: социально-предметном, общелогическом и психологическом (Гальперин, 1966). Мы предлагаем преподавателям методику построения задач с учетом этих характеристик.

Содержание задач должно отражать содержание занятия и включать основные моменты схем ООД и ЛДС.

В соответствии с целью занятия задачи строятся в виде моделей клинических ситуаций, а вопросы задач обычно соответствуют вопросам, возникающим во врачебной практике: поставьте диагноз, поставьте предварительный диагноз, составьте план дополнительных исследований, составьте план лечения или неопределенный вопрос - «Ваша тактика».

В начале подбираются задачи, отличающиеся по предметному содержанию, к ним относятся описания ситуаций, включающие все необходимые варианты диагностики или лечения изучаемого заболевания, предусмотренные программой для данного занятия. При этом количество задач ограничено известным количеством форм заболевания, изучаемых стадий, вариантов течения или видов лечения. Так, на занятии, посвященном гингивиту у детей, студентам следует предложить задачи на диагностику серозного, атрофического, гипертрофического, хронического и обострившегося, локализованного и генерализованного гингивита. Кроме того, можно включать задачи и на дифференциальную диагностику сходных заболеваний.

Использование только так называемых «типовых» задач, совпадающих с классическим описанием заболеваний, приводит к формированию неадекватных способов мышления, поскольку заболевание «в чистом виде», т.е. без сопутствующих процессов, без особенностей, зависящих от индивидуальности организма, практически не встречаются. Эти методы не всегда существенны для правильного решения, ведь так называемая сложная задача часто отличается от простой, «типовой» включением ряда именно несущественных моментов, отвлекающих решающего. Все условия делятся на существенные и несущественные и составляют логическую характеристику задачи. Соотношение их дает четыре варианта:

- 1) все существенные - нет несущественных;
- 2) все существенные - есть несущественные;

3) не все существенные - нет несущественных;

4) не все существенные - есть несущественные.

Варьирование этих моментов в задачах, различных по содержанию, создает условия для отражения реальных клинических ситуаций, решение которых необходимо при обучении студентов в вузе. Профессиональные задачи врача преимущественно относятся к двум последним вариантам. Обучение дифференцировке существенных и несущественных условий является необходимым фактором формирования клинического мышления.

При составлении задач следует учитывать и психологические особенности, которые зависят от психологических «стандартов», «штампов», принятых в определенном обществе и часто мешающих человеку при решении необычной задачи. В таких случаях существенно значимые условия подаются завуалированно в контексте несущественных данных.

5.3.6. Составление контрольных задач.

Эффективность практического занятия зависит не только от совершенства методики его проведения, но и от исходных знаний студентов, от степени их готовности к данному занятию. Это приводит к необходимости в начале занятия проводить контроль на основании заранее составленных задач и учитывать его результаты в ходе проведения занятия.

Анализ современных методических разработок показывает, что все они включают прежде всего (а иногда исключительно) **задачи и вопросы для контроля знаний студентов**. Это положение объясняется, во-первых, необходимостью постоянно контролировать работу студентов, а во-вторых - большим вниманием специалистов к данному вопросу.

Оценка эффективности самого занятия осуществляется при проведении *итогового контроля результатов усвоения*. Данные этого контроля показывают достоинства и недостатки методики обучения и должны использоваться преподавателем в методической работе, а студентами - для построения адекватной оценки результатов своей учебной деятельности. Последнее обстоятельство особенно важно, так как самооценка личности является важнейшим условием формирования познавательных мотивов и, соответственно, определяет продуктивность работы студентов не только в присутствии преподавателя, но и во время самоподготовки. Кроме того, оба вида контроля дисциплинируют студентов.

Функциональные различия рассмотренных выше видов контроля требуют и различных по содержанию и форме заданий.

5.3.7. Задачи для контроля исходных знаний.

Задачи для контроля исходных знаний служат также для самоподготовки и самоконтроля студентов. На занятии возможно использовать задачи из методических указаний и аналогичные варианты. Задачи такого рода должны постоянно обновляться преподавателями.

Определить содержание заданий для всех видов занятий (вводных, заключительных, пропедевтических, госпитальных) очень сложно. Это зависит от цели, которая ставится перед студентами при самоподготовке, от содержания всей темы и цели занятия.

В начале занятия целесообразно выяснить знание общетеоретических вопросов, основных определений, названий классификации, а также умение выполнять различные диагностические и лечебные действия из ранее изученных тем. При подборе содержания задач для контроля

исходных знаний следует учитывать материал схемы ООД и ЛДС, особенно те вопросы, которые там лишь обозначены, но подробно не изложены.

Форма задач может быть различной, но должна удовлетворять следующим условиям: быть четкой, с однозначными ответами и краткими решениями. В медицинских вузах широкое распространение получили контрольные тесты, где студентам из нескольких ответов на вопрос предлагается выбрать правильный. Однако корректно оценить знания студента по таким тестам сложно, так как ответ может быть случайным (наугад и т.п.).

Для повышения достоверности такого контроля рекомендуется использовать в одном задании несколько тестов. Более компактными являются схематизированные задачи-таблицы, где студент должен одновременно указывать взаимосвязь ряда явлений, соподчиненные и причинно-следственные связи. Эти задачи строятся по следующей схеме: предлагается вопрос и таблица, внутри которой студент должен расставить ответы - «плюсы» и «минусы».

Приведем пример:

при какой форме заболевания _____

наблюдаются следующие симптомы?

—

Формы заболевания

—

Симптомы

-

—

Такие задания студенты выполняют быстро, но не «механически». Для удобства работы с ними на занятии не следует делать громоздких таблиц, преподаватель должен всегда иметь эталон их решения, что позволит быстро проверить знания студентов.

Для контроля точности запоминания студентами некоторых положений медицинской науки возможно использование вопросов. Например: «укажите анатомические нарушения при скрытых расщелинах неба», «дайте определение понятия пародонтит». При подготовке заданий для контроля исходных знаний целесообразно использование клинического материала: контрольно-диагностических моделей, слепков, рентгенограмм, рисунков, слайдов.

Для контроля исходных знаний и одновременно для самоподготовки следует планировать несколько клинических ситуационных задач, иногда целесообразно включение задач из пройденных тем. Количество исходных знаний для контроля должно соответствовать количеству основных вопросов темы, иногда включая предшествующий материал, необходимый студентам на занятии.

Степень сложности заданий в значительной степени определяется средствами, предлагаемыми студентам для самоподготовки, поэтому совершенствование методик самоподготовки позволит повысить требования к исходным знаниям студентов.

Помимо задач для контроля исходных знаний, возможно включить вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения данной темы. Эти вопросы составляются по темам, разделам, параграфам, знание которых необходимо студентам для усвоения конкретного практического занятия. Их целесообразно формулировать со ссылкой на соответствующую литературу.

5.3.8. Задачи для контроля результатов усвоения.

Традиционно на занятиях анализ результатов усвоения проводится по записям истории болезни и по результатам проведенного лечения. Однако нам представляется, что для корректности контроля усвоения на занятии целесообразно планировать специальные задачи.

Функции этих задач позволяют более точно указать их содержание, оно определяется содержанием целевых действий и соответствует условиям профессиональной деятельности. Контрольные задачи представляются в виде клинических ситуаций, а не вопросов. Клинические ситуации могут строиться с использованием клинических или модельных материалов. Принцип их построения описан в разделе «Учебные задачи». Контрольные и учебные задачи составляют один класс (задачи, моделирующие клинические ситуации), но для контроля целесообразно подбирать более объемные задачи.

Во время контроля результатов усвоения каждый студент решает одну или две задачи самостоятельно - без опоры на схему и таблицы. При отсутствии на занятии времени для контроля, для письменного или устного ответа - задачи могут предлагаться студентам на итоговом или зачетном занятии.

5.3.9. Психологические задачи.

Для высшего медицинского образования представляет определенный интерес классификация задач, предложенная известным психологом Н.Н. Нечаевым. Используя ее, мы приводим примеры из стоматологической и терапевтической практики.

Классификация учебных задач (по Нечаеву).

I. Типы задач по их условию (формально-логическая характеристика):

- 1) задачи, в условии которых есть все необходимое и достаточное для решения;
- 2) задачи с недостающими сведениями в условии (задачи с неопределенностью условия по И.М. Фейгенбергу, 1982);
- 3) задачи с избыточными и (или) частично неверными сведениями в условии;
- 4) задачи, в которых наряду с недостающими сведениями имеются избыточные и (или) частично неверные сведения.

II. Психологические типы задач:

- 1) полное соответствие данных условия задачи ее решению (условное обозначение $\approx / =$ - «похоже и то»);

2) данные условия задачи не соответствуют ее решению (условное обозначение $\approx I \neq$ - «похоже, но не то»);

3) решение (ответ) задачи не согласуется с данными условия (условное обозначение $\neq I =$ - «непохоже, но то»);

4) полное несоответствие данных условия и решения (условное обозначение $\neq I \neq$ — «непохоже и не то»).

Каждый из формально-логических типов задач может существовать в одном из 4 психологических типов. Следовательно, полная классификация охватывает 16 различных типов задач.

Для разработки различных вариантов проблемно-ситуационного метода целесообразно использовать 2-4 типа задач по их формально-логической характеристике, гибко варьируя их различные

психологические типы. Эти типы задач наиболее полно способны имитировать реальную профессиональную деятельность.

Рассмотрим пример клинической задачи 2-го формально-логического типа (с недостающими сведениями в условии), представленной в различных психологических типах.

Условие задачи(общее для всех психологических типов).

Больной 50 лет внезапно вечером после работы почувствовал резкую боль в груди. Жена вызвала скорую помощь. Вы - врач скорой помощи. Ваша задача - как можно скорее диагностировать заболевание и оказать больному соответствующую помощь. Действуйте!

Ход решения, получаемые студентами недостающие сведения, а следовательно, диагноз и необходимые лечебные мероприятия для различных психологических типов задач будут отличаться.

1.Первый психологический тип ($\approx / =$).

В банке данных по задаче (содержащихся в методической разработке, на отдельных карточках или в компьютерной программе) все сведения соответствуют определенному диагнозу, например острому инфаркту миокарда. Если студент запросит необходимые сведения (например: боль локализуется в нижней трети грудины, не купируется нитратами, длится более получаса, в прошлом были приступы кратковременных болей при физической нагрузке и т.д.), он получает возможность установить диагноз инфаркта миокарда.

2.Второй психологический тип (\approx / \neq).

Резкую боль в груди могут дать самые разнообразные заболевания разных органов и систем, например аортальные пороки сердца. Если составитель задачи хочет смоделировать аортальный порок сердца, то в условии задачи можно предусмотреть ряд симптомов, которые наблюдаются и при инфаркте миокарда, и при аортальных пороках. Если студент не запросит данных, позволяющих установить аортальный порок (анамнестические данные, результаты аускультации сердца, данные АД и т.д.), диагноз будет установлен неверно.

3.Третий психологический тип ($\neq I =$).

Инфаркт миокарда может протекать под маской других заболеваний, не связанных с патологией сердца, например, различной патологии желудочно-кишечного тракта (острый панкреатит и др.). Для обучения решению задач подобного типа в условии можно предусмотреть сведения, наталкивающие студента на эту патологию (например, возникновения болей после погрешностей в диете, употребление алкоголя, напряженный живот и т.д.). Однако если студент правильно соберет необходимую клиническую информацию, диагноз может быть установлен правильно.

4. Четвертый психологический тип (\neq =).

Используя сведения, приведенные в третьем психологическом типе, и исключив симптоматику, характерную для инфаркта миокарда, можно показать студентам, как наличие или отсутствие 1-2 решающих симптомов влияет на установление совершенно различных диагнозов.

Задание. Попытайтесь смоделировать различные психологические типы задач по своей специальности: 1) для задач с недостающими сведениями в условии; 2) для задач с избыточными сведениями; 3) для задач с частично неверными сведениями и т.д.

5.3.10. Последовательность расположения материала в методических указаниях.

Разобрав содержание и значение всех компонентов методических указаний, следует остановиться на последовательности их изложения для студентов. Эта последовательность определяется не логикой написания методички преподавателем, а педагогическими требованиями к подготовке и проведению практического занятия.

1. Название темы занятия.
2. Определение цели.
3. Задачи для контроля исходных знаний с учетом вопросов, изученных ранее и необходимых для данного занятия.
4. Схематическое представление учебного материала: схема ориентировочной основы действия, логико-дидактическая структура темы.
5. Учебные задачи.
6. Задачи для контроля результатов усвоения.
7. Литература.

Данный перечень является основой, которую можно дополнять и сокращать в процессе конкретизации. Так, для одного занятия может быть построена и логико-дидактическая структура по клиническим вопросам, и схема ООД для проведения лечебных мероприятий, причем обе они войдут в методические указания. Контрольные задания могут составлять отдельный задачник, а в методических указаниях даются только соответствующие номера (то же относится и к учебным задачам). Задание на дом может представляться только перечнем заданий, а литература (обязательная и дополнительная) выносится на кафедральный стенд. Кроме указанных, возможно включение и дополнительных компонентов - рисунков, схем, рентгенограмм и пр. в зависимости от тематики.

После подготовки методических указаний для студентов перед преподавателями возникает следующая проблема - определение тактики ведения практического занятия.

5.3.11. Методика проведения практического занятия на клинической кафедре.

Методика проведения практического занятия - наиболее сложный этап деятельности преподавателя, от которого в конечном итоге зависит качество подготовки будущего врача, уровень сформированности профессиональных действий и сознания, жизненных установок. В ходе практического занятия осуществляется целостное воздействие на личность студента, вырабатываются формы общения на основе деонтологических принципов и врачебной этики.

Профессиональный уровень преподавателя проявляется в умении скорректировать заранее спланированный ход ведения занятия в зависимости от ряда обстоятельств, внести особую атмосферу заинтересованности, дать возможность проявить себя «сильным» и «слабым» студентам, чутко реагировать на возникающие трудности.

Педагогическое мастерство преподавателя зависит от умения анализировать свою деятельность с позиций современной психолого-педагогической науки. В этом случае знания, полученные на ФПКП, выступают в качестве регулятора деятельности, позволяют постоянно вносить коррективы, экспериментировать.

Эффективная методика ведения практического занятия является результатом успешного решения преподавателем ряда теоретических и практических вопросов, таких, как:

—> применение оптимальных для данной педагогической ситуации методов (способов), приемов, средств обучения, сочетание групповой и индивидуальной работы студентов;

—> использование различной тактики ведения практического занятия;

—> работа над совершенствованием индивидуального стиля педагогической деятельности;

—> оценка эффективности ведения практического занятия;

—> разработка методических указаний для преподавателя и студентов к практическому занятию. Выбор тактики проведения практического занятия в медицинском вузе является темой специального научно-методического исследования. Тактика проведения занятия зависит от типа занятия (клиническое или фантомное), темы, степени адаптации студентов и преподавателей кафедры к данному методу, успеваемости группы и т.д. Мы предлагаем несколько вариантов организации практического занятия, которые уже были апробированы.

Как показал опыт, обязательным условием успешности занятия является самостоятельная работа студентов с методическими указаниями. Это объясняется тем, что в них содержатся задачи для самоподготовки и схемы, которые ориентируют студентов в материале и обеспечивают их четкую работу на самом занятии.

После организационных моментов преподаватель, как обычно, переходит к проверке исходных знаний (второй этап). Традиционный опрос является одной из возможных, но малоэффективных форм проведения этого этапа. Студентам предлагается выборочно решить несколько задач из методических указаний либо новых аналогичных заданий, составленных заранее преподавателем. Студенты могут отвечать как устно, так и письменно при условии, что время данного этапа не должно превышать намеченное. Конкретная тематика определяется преподавателем в зависимости от сложности темы и уровня знаний группы. Задачи могут проверяться сразу же с помощью эталонов ответов, которые имеются только у преподавателя. Использование четких вопросов и задач-таблиц позволяет ограничить оценку знаний несколькими минутами. В том случае, когда преподаватель считает группу готовой к занятию, он переходит к следующему этапу (если в группе не готовы 1-2 человека, занятие продолжается по плану). Если не готова практически вся

группа, при традиционном обучении преподаватель начинает объяснение. Нам представляется, что в таких ситуациях следует начинать работу со схемами ООД, с ЛДС, с задачами.

Третий этап (теоретическая часть) представляет собой решение ситуационных задач. Традиционно эта часть занятия посвящается разбору преподавателем теоретических вопросов (микролекция), что оправдывается необходимостью подготовить студентов к работе с больными или фантомами. Такое положение несовместимо с представлением о развитии деятельности студентов, которая должна обеспечиваться схематизированными средствами обучения. Мы предлагаем проводить этот этап путем решения клинических задач с использованием схемы ООД или ЛДС. Здесь возможно несколько вариантов.

Если тема сложная и группа недостаточно ознакомилась с материалом дома, то предлагается начать с анализа схемы ООД, который проводится преподавателем вместе со студентами. Преподаватель дает разъяснения, задает студентам вопросы и предлагает небольшие задачи, после чего студенты с помощью схемы самостоятельно решают учебные задачи. При необходимости преподаватель предлагает обсудить одну из наиболее интересных задач всей группе.

Второй вариант состоит в том, что преподаватель предлагает всей группе решить одну наиболее полную и интересную задачу с использованием схемы. Один студент начинает решение, а остальные контролируют его по схеме и вместе с преподавателем направляют ход решения. Групповые обсуждения задач являются наиболее интересной и, вместе с тем, сложной формой работы на занятии, так как требуют от преподавателя пристального внимания и постоянной готовности к действию. В медицинском вузе эта форма работы особенно важна, поскольку врач обязательно должен правильно формулировать свои мысли, четко обосновывать принятые решения, чему учит коллективное решение и обсуждение клинических задач. Важно подчеркнуть, что, в отличие от традиционного занятия, при данной форме студенты получают возможность себя проверить, принимать решение с учетом основных положений о диагностике и лечении, формулировать ответ с помощью схем. После обсуждения можно переходить к самостоятельному решению задач.

Третий вариант предполагает, что студенты хорошо поработали до занятия и уже неоднократно занимались с методическими указаниями. Поэтому на занятии студенты самостоятельно с опорой на схему ООД и ЛДС решают 1-2 задачи, сообщают ответы преподавателю, а затем, при необходимости, кто-то дает устное объяснение своему решению, а остальные проверяют его по схеме. Важно отметить, что работа со схемой может и должна сопровождаться решением различных задач с использованием слайдов, рентгенограмм и т.д.

Опыт экспериментального обучения позволяет рекомендовать и четвертый вариант. Студентам предлагается решать задачи в игровой ситуации, где один из студентов играет роль пациента, а остальные - роли врачей. При этом содержание игровой ситуации совпадает с содержанием клинических ситуационных задач. Преподаватель предлагает одному из студентов играть роль больного с определенным заболеванием и анамнезом. Остальные студенты должны путем опроса и, по возможности, осмотра поставить «больному» диагноз. Такая игра может проводиться и попарно: один студент «больной», другой - «врач».

Важно подчеркнуть, что в таких игровых ситуациях необходимым условием является использование схем ООД, что позволяет каждому правильно выполнять свои роли и помогает усваивать намеченные в целях занятия действия. Использование такой игровой формы приближает практическое занятие к реальным ситуациям работы врача и позволяет провести занятие живо и занимательно, что резко повышает интерес студентов как к данному занятию, так и к предмету вообще. Следует отметить, что игровые ситуации требуют много времени, поэтому использовать их рекомендуется при отсутствии тематических больных.

Третий этап в таком виде, как он описан выше, осуществляется на клинических занятиях. Для фантомных курсов рекомендуется работа на фантомах с обязательным использованием схем. При этом решение клинических ситуационных задач не исключается.

Четвертый этап предполагает самостоятельную работу студентов с больными. Данному этапу отводится основное время. В некоторых случаях для тем по хирургии внутри этапа «курация больных» возможно выделить компоненты: работа в палате, участие в перевязках, присутствие на операциях. И хотя курация больных является классической формой обучения студентов-медиков, представляется возможным ее совершенствование. Прежде всего при первичном приеме тематических больных мы рекомендуем студентам обращаться к материалам схем, если это не нарушает взаимоотношения врач-больной. Важно, чтобы студенты принимали больных самостоятельно и могли ознакомиться с различными видами заболеваний. Заполнение истории болезни завершает этот этап занятия. Известно, что даже при правильной постановке диагноза студенты часто неполно и с ошибками заполняют этот важнейший медицинский документ. Поскольку история болезни и схема ООД имеют одинаковую последовательность записей, при составлении первой необходимо использование схемы, на что преподаватель должен направлять внимание студентов. Использование схем целесообразно и для выписывания рецептов. Обсуждение хода курации больных проводится ассистентами либо с каждым студентом индивидуально, либо со всей группой. Такая форма работы студентов, являясь вариантом клинической конференции, обеспечивает формирование у них грамотной профессиональной речи врача, что непосредственно связано с формированием клинического мышления.

Пятый этап - контроль результатов усвоения - может проводиться для всей группы одновременно или индивидуально по мере завершения студентами программы занятия. Здесь используются клинические задачи. Этот этап обычно заключается в оценке результатов курации больных и записей в истории болезни и фактически сливается с четвертым этапом. Второй вариант контроля результатов усвоения состоит в решении клинических задач. Предлагаются задачи, где ответом является сам ход рассуждения студентов, поэтому данный этап может проводиться в письменной форме для сокращения времени. Оценки сообщаются студентам как на данном, так и на последующих занятиях. В тех случаях, когда у преподавателя не остается времени, возможно проведение контроля результатов усвоения после изучения всей темы. Для проведения этого этапа целесообразно частое обновление задач.

Использование методических указаний для студентов на практических занятиях создаст возможность для «выравнивания» преподавания и оказания существенной помощи начинающим и менее опытным преподавателям, что обеспечивает повышение успеваемости студентов.

Вопросы к главе

1. Какие виды лекций Вы используете и какие результаты надеетесь получить?
2. Как изменилась методика проведения практических занятий на Вашей кафедре за последние 10 лет? Приведите примеры.

ГЛАВА 6.

МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ В

ПОДГОТОВКЕ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ

Проблема методов обучения всегда привлекала внимание педагогов как центральная проблема достижения успешности педагогического процесса, становления личности будущего врача. Именно поэтому врачи-педагоги часто спрашивают о том, какие методы современны, а какие устарели? «Любая метода хороша», - заметил Лев Толстой в середине XIX столетия, когда отстаивал новации в обучении и противостоял догматическим методам. Однако, как человек, проникший в глубины человеческой сущности и любивший педагогическую деятельность, он понимал, что, казалось бы, самый обычный и знакомый метод (например, объяснение, беседа) в руках мастера все равно несет огромный творческий потенциал и не может в этом случае рассматриваться как «устаревший». Мы приводим этот пример для того, чтобы поддержать тех врачей-педагогов, которые на практическом занятии используют на первый взгляд достаточно традиционные методы: инструктаж преподавателя, беседы, решение задач.

Действительно, даже такие привычные методы в контексте личностно-ориентированной педагогики приобретают иную окраску, с их помощью реализуются гуманитарные цели и ценности, они способствуют осмысленности обучения; с помощью этих методов меняются роли участников педагогического процесса, преподаватель становится помощником студентов. Его цель не только «вооружение» знаниями, методиками, развитие познавательной сферы, но и развитие личностной зрелости будущих врачей.

Обратим внимание на следующее: в педагогической литературе о методах обучения в советское время особенно подчеркивался момент организации с их помощью познавательной деятельности студентов. Это было проявлением достаточно наивного понимания того, что изменения в познавательной сфере могут привести к качественным преобразованиям развивающейся личности. Стереотип марксистской педагогики и психологии о том, что развитие познавательных процессов подразумевает изменение в личности (а это главная цель профессионального обучения), оказался столь живуч, что переключивается из одного учебника в другой в классификациях методов обучения, которые стали достоянием отечественной педагогики и психологии в советский период (см. Лернер, Скаткин, Харламов, Ильина, Самыгин и др.).

На переосмысление проблемы методов обучения в высшем медицинском образовании (как и более широкого аспекта - методов педагогических исследований) влияют различные гуманитарные концепции: герменевтическая, феноменологическая, экзистенциальная и др., принимающие за отправную точку непосредственное взаимодействие и общение с «объектом» гуманитарного исследования, которое «становится спрашиванием и беседой, т.е. диалогом» (Бахтин, 1979).

Для врачей-педагогов это весьма существенно. В учебной ситуации диалог осуществляется в триаде «врач-педагог, пациент, студент-будущий врач», где врач-педагог выступает в качестве эксперта, приглашающего студента к проведению экспертизы, показывающего студенту, что подлинное глубинное понимание включает не только выявление симптомов, анамнеза жизни и заболевания и адекватную трактовку объективных данных осмотра, опроса, обследования, но и постижение их ценностно-смысловых оснований. При этом врач-педагог сталкивается с особенностью гуманитарного подхода - признанием сложности, противоречивости, постоянной изменчивости, процессуальности человеческого в человеке.

Врачи-педагоги в большей степени, чем выпускники педагогических вузов, смогли избежать той простоты понимания познавательного акта и методов его организации (какими бы они ни были: информационными, репродуктивными, творческими), которые свойственны естественнонаучной парадигме и когнитивно-центрированному подходу в педагогике. В рамках этих подходов транслировался натурализм, провозглашалась «когнитивная простота» представлений о том, что человек и мир рациональны, детерминированы и конечны и при правильности анализа полностью познаваемы рациональным путем (это относилось и к обучению, и к врачебной деятельности).

В рамках гуманитарной методологии для понимания метода подготовки будущих врачей следует обратить внимание на расширенное толкование, которое позволяет выявлять и поддерживать «человеческое в человеке», включать в процесс обучения такие гуманитарные ценности, как духовность и нравственность.

В нашем понимании метод обучения - это способ совместной деятельности врача-педагога и студента, направленный на реализацию целей и ценностей становления личности будущего врача и овладение им основами профессиональной деятельности.

В личностно-ориентированной педагогике актуализированы **методы интерактивного обучения**, которые обращены к способам управления усвоением знаний и опыта посредством организации человеческих взаимодействий и отношений. Таким образом, был сделан наиболее решительный шаг к тому, чтобы поставить в центр управления обучением самого обучаемого в его реальных взаимодействиях с другими участниками учебного процесса, к признанию, что обучение - это процесс социальный, коллективный, а не индивидуальный.

Дальнейшее развитие высшего медицинского образования связано с пониманием преподавателями функций, возможностей и ограничений, а также с владением методикой *оптимального выбора определенного метода (приема) обучения* для каждого этапа обучения.

Методы обучения являются одним из компонентов педагогического процесса наряду с целями и задачами, содержанием, организационными формами и результатами. Осмысление преподавателем понятия «метод обучения» может определяться характером той задачи, которая является ведущей при его использовании. Так, метод обучения может:

—> являться определенным способом обмена информацией между преподавателем и студентом (словесным, наглядным, практическим);

—> быть способом управления познавательной деятельностью студентов (непосредственного, опосредованного, самоуправления);

—> включать различные способы общения преподавателей и студентов (фронтальное, групповое, индивидуальное); являться способом стимулирования и мотивации учения и де-онтологического воспитания;

—> выступать способом контроля за эффективностью учебной деятельности.

Вначале метод обучения существует как проектируемая преподавателем модель деятельности, а затем реализуется на практике как совокупность конкретных приемов, действий, операций. Например, метод решения задачи состоит из:

—> приемов формирования учебных гипотез (предположение о диагнозе);

—> приемов доказательства учебных гипотез (обоснование диагноза, способов лечения, профилактики); —> приемов выделения существенных и несущественных симптомов заболевания;

—> приемов формулировки выводов, обобщений и ряда других.

При подготовке к практическому занятию наряду с определением целей и отбором содержания обучения преподаватель определяет методы и приемы обучения, которые целесообразно применить. Эта предварительная стратегия по определению метода обучения приобретает характер так называемого оптимального выбора при соблюдении ряда условий.

При проектировании методов работы преподаватель ориентируется на:

- > развивающий эффект метода, возможность максимально «включить» студента в учебно-профессиональную деятельность;
- > реализацию гуманитарных целей и ценностей;
- > общие закономерности процесса усвоения и принципы обучения;
- > содержание и методы данной науки и данного учебного предмета, темы;
- > познавательные возможности учащихся (физические, психические возможности, уровень подготовки, особенности студенческой группы);
- > оснащенность средствами обучения;
- > время проведения занятия и его организационную форму;
- > собственные возможности в овладении тем или иным методом работы, предшествующий опыт и личностные качества и т.д.;
- > возможности, преимущества и ограничения того или иного метода работы.

В практике медицинского образования прочно закрепился термин «активные методы обучения». В свое время это явилось отражением общей тенденции отхода педагогики от традиционных догматических методов обучения, в которых преподаватель выступал транслятором знаний, информации, а используемые им методы должны были облегчить прием этой информации студентами. Происхождение термина «активные методы обучения» связано с педагогическими течениями начала XX века за демократизацию образования в Западной Европе и Америке. В этот период данный термин относился к начальной и средней школе. И только в ходе реформ высшего образования в 60-е годы XX столетия в США, Франции, Великобритании и ряде других стран он стал использоваться применительно к высшему образованию в противовес «пассивным методам обучения».

В медицинских вузах к активным методам обучения относятся неимитационные и имитационные методы обучения (см. таблицу).

Активные методы подготовки специалиста-медика

Неимитационные

- ◆ Беседа
- ◆ Инструктаж преподавателя
- ◆ Рефлексивный полилог (работа в микрогруппах, обсуждение, пленум)
- ◆ Мозговой штурм» (Осборн)

- ◆ Синектика (Гордон)
- ◆ Тренинг
- ◆ Групповое фокусированное интервью (метод фокус-группы)

Имитационны

- ◆ Решение задач
- ◆ Анализ конкретных ситуаций
- ◆ Анализ последовательных ситуаций (например, этапы диагностики или лечения, реабилитации и т.д.)
- ◆ Дидактические (учебные) игры:
 - с жестким сценарием;
 - ролевые.
- ◆ Организационно - деятельностная игра

Большинство указанных методов обучения носит проблемный характер. В медицинском вузе эти методы наиболее адекватны логике врачебного (профессионального, клинического) сознания и мышления, поэтому они предпочтительны в период всего обучения студентов в вузе. Степень самостоятельности студентов должна возрастать по мере обучения, т.е. в самом начале быть частично поисковой, а затем приобретать не только поисковый, но и, в ряде случаев, исследовательский характер. Функция проблемного обучения состоит в том, чтобы сформировать способности к творческой профессиональной деятельности и потребность в ней, развить базовые мыслительные способности, рефлексивность и целеполагание. Использование проблемно-поисковых и исследовательских методов обучения во внеаудиторное время определяет систему НИРС вуза. Дадим краткую характеристику отдельных методов обучения.

6.1. Беседа.

Беседа может использоваться как метод или средство, в основе которого лежит непосредственный межличностный контакт: диалог, глубинное общение, диагностическая беседа, нестандартизированные интервью, опросники. Для реализации этих методов, кроме понимания преподавателем логики последовательности задаваемых вопросов (диагностическая беседа), необходимы коммуникативные умения для сбора необходимой информации.

Для педагогически грамотного ведения беседы, в том числе эмпатической, необходимы уже упоминаемые пять искусств (понимания, уважения, помощи и поддержки, толерантности и искусства быть собой), которые обеспечивают создание обстановки психологической безопасности. Как подчеркивают психологи, главный методический козырь - умение слушать, внимание к собеседнику, синтонность и эмпатия. В силу кажущейся простоты использования беседы возникает иллюзия простоты и доступности этого метода, а отсюда недооценка, отношение к беседе как к второстепенному, вспомогательному средству на клиническом практическом занятии по сравнению, например, с результатами объективных исследований пациентов. Существует опасность, что врачи могут утратить этот тонкий психологический инструмент (средство), не акцентируя внимание на нем как на методе обучения будущих врачей. Высший

уровень беседы - межличностный диалог, в котором пациент раскрывается врачу, чувствуя атмосферу доверия, уважения, понимания, - а именно этому особенно важно учить студентов.

В связи с вышеизложенным мы используем некоторые рекомендации экзистенциально-гуманистического подхода Джеймса Бюдженталя, который является одним из лидеров современной психологии и психотерапии. Взгляды и концепция Д. Бюдженталя получили мировую известность в рамках движения гуманистической психологии. Они оказывают большое влияние на мировоззрение врачей, акцентируют их внимание на возможности так называемого глубинного общения в процессе индивидуального консультирования.

Для подготовки нового поколения российских врачей экзистенциально-гуманистический подход предлагает целую программу обучения врача как фасилитатора, создающего условия для возникновения атмосферы доверия, взаимопонимания в системе межличностных отношений.

Мы можем рекомендовать так называемую программу «расширения субъективных возможностей» врача-педагога, например в ходе беседы, носящей экзистенциально-гуманистический характер.

Д. Бюдженталем выделяются семь основных уровней глубинного общения, четыре из которых могут использоваться врачом-педагогом в работе:

- 1) формальные отношения;
- 2) поддержание контакта;
- 3) стандартная беседа;
- 4) критическая ситуация.

При этом в качестве различительных признаков уровня общения используются такие аспекты вовлеченности человека в общение, как доступность и выразительность. Доступность характеризуется как степень открытости влиянию другого человека и ослабления защиты от чужого негативного воздействия, а выразительность - как уровень готовности человека быть самим собой, выражать свою субъективность.

Врачи-педагоги вступают во взаимодействие со студентами и пациентами разными способами и, соответственно, создают различные условия для доступности и выразительности своих партнеров. Врачам-педагогам надо знать, что не на всяком уровне общения возникают столь необходимые как в педагогике, так и в медицине «жизнеизменяющие процессы». Глубинное общение возникает на уровне «критических ситуаций». Однако не следует эти рекомендации воспринимать как догму и навязывать пациенту или студенту, необходимо лишь использовать данный материал для развития способности глубинного общения и понимания его возможностей для успешной деятельности.

Успех глубинного общения как возможности понять субъективный мир партнера по общению обеспечивается и такими критериями (или экзистенциальными аспектами), как ценность и смыслы, свобода и ответственность, вера в себя, способность к творчеству (креативность), отношение «Я и другие».

6.2. Групповые методы обучения.

Переход к личностно-ориентированной модели обучения повышает интерес к групповым методам обучения. К ним мы относим групповое решение задач, групповую дискуссию, метод фокус-групп и различные виды деловых игр.

6.2.1. Групповое решение задач.

Интерес к данному способу (методу) обучения возник как результат внимания преподавателей к повышению мотивации студентов, более полному использованию их интеллектуальных и эмоциональных возможностей.

В МГМСУ на кафедре хирургической стоматологии проф. И.Ф. Ромачева стала использовать этот метод на этапе подготовки студентов к курации пациентов, пожертвовав традиционным фронтальным опросом. И преподавателями, и студентами были отмечены возросший интерес к занятиям, меньшая скованность при переходе к работе с пациентами. Это позволило более активно внедрять метод группового решения задач.

Известно, что совместное коллективное решение задач использовалось ранее в традиционных формах обучения - на семинарских, лабораторных и практических занятиях, нередко подвергаясь критике из-за «ущемления» интересов либо «сильных», либо «слабых» учащихся и создания неблагоприятного психологического климата соперничества, когда товарищи по группе рассматривались как помеха индивидуальному продвижению более сильных студентов. Такое положение объясняет интерес высшей медицинской школы в 60-70-е гг. к программированному обучению, к созданию гомогенных (однородных) по уровню знаний групп. Совместная деятельность студентов в рамках традиционного обучения понималась как сумма параллельно развивающихся индивидуальных деятельностей и не создавала необходимых условий для выявления познавательных и эмоциональных возможностей студентов. Российские педагоги и психологи обратили внимание на большой коллективообразующий эффект групповых способов обучения. При этом они рекомендовали опираться на теорию коллектива, разработанную А.С. Макаренко и его последователями.

В ходе группового решения задач содержание учебной деятельности выступает как средство общения, при этом преодолевается фронтально-индивидуальный характер традиционного обучения, создаются благоприятные условия для актуализации межличностных отношений, развивается ценностно-ориентированное единство, происходит формирование коллектива. Взаимодействие учащихся стимулирует развитие самооценки и саморегуляции, способствует формированию активной жизненной позиции.

Внимание к групповым методам решения задач связано с поисками наиболее благоприятных условий выявления творческого потенциала учащихся, формирования профессионального сознания и мышления студентов. При групповом решении задач интегрируется опыт участников учебной деятельности, создается творческий потенциал, не идентичный механической сумме ответов отдельных студентов (например, «Мозговой штурм», «Синектика»). Происходит активизация потенциальных возможностей каждого студента, создаются особые доверительные отношения между студентами и преподавателем.

Групповые методы обучения студентов влияют на улучшение качества усвоения (примерно на 20-30% увеличивают «прочность» сформированности действий), формируют положительную мотивацию к учебному предмету и профессии, навыки сотрудничества, взаимопомощи. Групповое решение задач является основным методом в ходе практических занятий на клинических кафедрах до курации пациентов. Преподавателю при данном методе работы следует обратить внимание на следующие моменты.

1. Выбор и постановка целей и задач деятельности (не слишком трудная или легкая, профессионально и личностно значимая для студента).
2. Наблюдение и регуляция учебной деятельности студентов.

3. Контроль и оценка результатов.

Каждый преподаватель знает, что научить студентов решать грамотно и рациональными способами профессиональные задачи одновременно невозможно. Согласно современным представлениям о закономерностях процесса усвоения, для формирования грамотных профессиональных действий необходимо развернуть решение ситуационных задач студентами на основе ориентировочной основы действия, максимально использовать комментирование студентами своих действий, умение отстаивать свою точку зрения.

Групповое решение задач наиболее целесообразно на этапе подготовки студентов к курации пациентов (в случае отсутствия пациентов по данной теме решение задач «замещает» курацию, для моделирования ситуации преподавателем используются цветные слайды, видеозапись) и на семинарах субординаторов.

Преподаватель может использовать:

- 1) групповую форму проблемного обучения - анализ ситуации и принятия решения;
- 2) решение задач по типу «мозгового штурма», синектики как форму группового творческого мышления;
- 3) игровое решение задачи как коллективно-ролевую форму работы (в наиболее полном виде реализуется в деловой или организационно-деятельностной игре, о чем мы расскажем ниже).

6.2.2. Групповая дискуссия.

Существует много форм групповой дискуссии, которая представляет собой определенным образом организованное обсуждение тех или иных вопросов в учебной группе под руководством ведущего.

Особенность данного метода состоит в возможности выявить мнения, идеи, переживания сразу нескольких студентов и сопоставить их в непосредственном общении, понять целый комплекс личностных и социально-психологических особенностей участников обсуждения.

Перефразируя известное высказывание К. Левина, можно сказать, что легче познать индивидов, собранных в группу, чем познать каждого из них в отдельности.

Приведем следующие правила ведения дискуссии.

1. Помни, что дискуссия направлена на разрешение проблемы, а не на создание конфликта.
2. Не говори долго. Соблюдай регламент.
3. Выступай только по теме.
4. Правильно понимай позицию оппонента. Не искажай ее.
5. Умей выслушать до конца.
6. Не давай выход полемическому задору. Помни, что «противник» в дискуссии - не противник в жизни.

7. Если не согласен с оппонентом, не только скажи, что считаешь неправильным, но предложи другое решение.

Целесообразно перед началом дискуссии эти правила выдать всем участникам или написать их на доске.¹

В чем заключается подготовка дискуссии?

1. Определение **цели** дискуссии: каков должен быть результат обсуждения.
2. Выбор **метода** обсуждения: направляемая или свободная дискуссия либо их комбинация.
3. **Планирование** обсуждения: выбор вступления, подготовка главных вопросов, необходимого справочного материала.
4. **Подбор** участников дискуссии: желательно 7+2 человека.
5. **Выбор времени и места обсуждения:** желательно участникам сидеть лицом друг к другу (круглый стол).

Как организуется дискуссия?

1. **Вводные замечания:** указание цели занятия (до 5 минут).
2. **Разъяснение** цели занятия: как двигаться к цели (5-10 минут).
3. **Ведение** обсуждения, придерживаясь основного направления, ведущего к цели (40-60 минут).
4. **Подведение итогов** обсуждения (5-10 минут).
5. **Оценка результатов:** критический самоанализ ведущего. Каков порядок проведения дискуссии?

1. Начало обсуждения.

1.1. Вводные замечания - сделайте так, чтобы группа почувствовала себя свободно (это может быть шутка, выражение удовлетворения от того, что все собрались вовремя и т.д.).

1.2. Укажите тему или проблему, которая будет обсуждаться (напишите ее на доске).

1.3. Укажите цель занятия (что и за какое время должно быть достигнуто).

2. Разъяснение темы. Можно рекомендовать один из следующих способов:

=>указать **узловые моменты** обсуждаемой темы;

=>поставить контрольные **задачи**, которые должны быть решены;

=> изложить чье-либо мнение по предложенной теме, описать предшествующие попытки ее решения;

=> выслушать мнение о степени готовности к дискуссии и другие предложения участников.

Главная цель этого этапа - добиться, чтобы все участники уяснили тему в ее окончательной формулировке.

3. Ведение обсуждения. От начала и до конца необходимо придерживаться основного направления, ведущего к цели. Гибко варьируйте метод обсуждения (свободная или направленная дискуссия) в зависимости от его хода:

=> побуждайте участников к переформированию оценочных суждений («хорошо»-«плохо») в конкретные предложения;

=> контролируйте обсуждение: избегайте проявления излишних эмоций, которые ведут к конфронтации участников, к спору;

=> не допускайте, чтобы кто-то монополизировал обсуждение, предлагайте высказываться конкретно;

=> мы применяем методику «нейтрализации» лидера дискуссии. Он назначается экспертом, который высказывает свое мнение после завершения обсуждения, но до заключительного слова ведущего;

=> часто давайте поэтапные обобщения, анализируя ход дискуссии;

=> фиксируйте полученную информацию в пригодной для дальнейшего исследования форме (ведение протокола дискуссии, запись на магнитофон).

4. Подведение итогов обсуждения в группе:

=> проанализируйте основные этапы дискуссии и сделанные выводы;

=> обобщите индивидуальные впечатления участников о проделанной работе и обсудите ее значимость для решения будущих проблем;

=> отметьте то новое, что прозвучало в дискуссии (факты, их интерпретация и взаимосвязи и т.д.);

=> поблагодарите членов группы за их участие в сотрудничестве, отметьте достигнутые успехи.

5. Оценка результатов обсуждения. Самоанализ преподавателя после окончания дискуссии предполагает ответы на следующие вопросы.

=> Было ли обсуждение правильно спланировано и проведено?

=> Все ли необходимое сказано? Как бы могли повлиять на результаты дополнительные сведения?

=> Кто помогал разъяснять вопросы? Кто не понял обсуждаемых вопросов? Кто выдвигал полезные идеи? Чья позиция была конструктивной?

=> Чувствовался ли у участников энтузиазм как результат успешной работы после окончания обсуждения? И т.д. Если по количественному составу учебная группа превышает 10-12 человек, то целесообразно вести обсуждение поставленных проблем в микрогруппах с последующим обсуждением полученных результатов на общегрупповом заседании.

Интересными формами общегрупповой дискуссии являются методы «мозгового штурма» и синектики. Эти методы достаточно широко используются при решении конкретных

профессиональных проблем. Однако элементы этих методов могут быть применены и в учебном процессе.

Метод «мозгового штурма» разработан А. Осборном в 30-е годы как способ эффективного коллективного продуцирования новых идей и решений широкого спектра экологических, научно-технических, социально-психологических ситуаций. Он способствует расшатыванию стереотипов мышления, развитию его динамичности, формирует способность абстрагироваться от существующих ограничений и т.д. Как правило, «мозговой штурм» длится не более 1,0-1,5 часов и состоит из следующих этапов.

1. Организационный этап. Уяснение проблемы. Ознакомление с правилами проведения «мозгового штурма». Формирование рабочих групп (около 5 человек в каждой) и группы экспертов, цель которой - оценка и отбор наилучших идей. Длительность - до 10 минут.

2. Разминка. Основная задача этого этапа - установление атмосферы доверия в группе, преодоление психологических барьеров, препятствующих эффективному обсуждению (скованность, замкнутость, стеснительность и т.д.). Для проведения этого этапа можно рекомендовать некоторые упражнения, предложенные Д. Станфортом и А. Рорком (1977):

=> взаимознакомление участников с тем, чтобы каждый участник понимал, что можно ждать от других (короткий рассказ о себе, физическое взаимодействие в парах, упражнение «зеркало» и т.д.);

=> выполнение совместных групповых упражнений в едином ритме;

=> обсуждение некоторых психологических проблем (почему люди неохотно выступают первыми, как вести себя в группе, чтобы добиться уважения и т.д.). При обсуждении этих проблем участники могут пробовать себя в разных ролях (эксперта, критика, генератора идей и пр.).

Длительность этапа 15-20 минут.

3. Мозговой штурм. Генерация идей идет одновременно во всех рабочих группах. Группа экспертов фиксирует все выдвинутые идеи (10-15 минут).

4. Отбор наилучших идей группой экспертов (10-15 минут). Участники штурма в это время отдыхают.

5. Подведение итогов. Публичная защита группой лучших идей.

Правила проведения «мозгового штурма» (по Осборну).

1. Никаких замечаний и критических высказываний - они мешают формулировке новых идей.
2. Приветствуется «парение мыслей». Чем необычнее идея, тем лучше.
3. Чем больше предложений, тем выше вероятность появления новых идей.
4. Желательна комбинация идей, а также их развитие.
5. Высказываться кратко, избегать развернутой аргументации.

6. Одни генерируют идеи, другие обрабатывают их.

Метод синектики, предложенный У. Гордоном, имеет общие элементы с «мозговым штурмом». Кроме того, используются четыре приема, основанные на аналогии:

- 1) прямая аналогия (как решаются проблемы, похожие на данную);
- 2) личная аналогия (войти в образ рассматриваемого в задаче объекта и рассуждать с его точки зрения);
- 3) символическая аналогия (дать в нескольких словах образное определение сути проблемы);
- 4) фантастическая аналогия (как бы эту проблему решали сказочные персонажи). Как уже отмечалось, метод групповой дискуссии (или отдельные его элементы) может найти достаточно широкое применение при различных организационных формах проведения занятий. На семинарских занятиях групповая дискуссия может занимать основное время активной работы, на практических занятиях - во многом заменить традиционные опросы, на лабораторных занятиях - предшествовать выполнению лабораторной работы (или, напротив, проходить после ее завершения). -Вполне допустимо использование элементов дискуссии и на лекциях.

Метод фокус-группы, или групповое фокусированное интервью, - это еще один метод, адекватный специфике высшего медицинского образования. Этот метод напоминает форму консилиума, заключения по поводу врачебной ошибки, жалобы (обоснованной или необоснованной) пациента. Для обсуждения одной проблемы сталкиваются интересы от 10 до 12 человек.

В настоящее время метод фокусированного интервью используется как в учебных, так и в исследовательских целях.

Отличительные особенности фокусированного интервью заключаются в следующем:

- > интервьюируемые лица являются участниками учебной или реальной жизненной ситуации;
- > ситуация изучается педагогом заранее для выявления наиболее значимых вопросов и предварительных гипотез;
- > на основе предварительного анализа педагог разрабатывает план проведения интервью;
- > интервью направлено на получение от респондентов (в нашем случае - студентов) их видения и определения исследуемой ситуации и фокусируется на их субъективных переживаниях.

Предварительные ответы помогают не только проверить гипотезы, но и выявить иногда совершенно непредвиденные реакции, дают импульс для формулирования новых гипотез.

Специалисты подметили, что фокусированное интервью в силу нестандартизированного характера занимает промежуточное положение между «направленным» и «ненаправленным» интервью, позволяя фокусировать обсуждение на конкретной проблеме («направленное интервью») и использовать свободу формы высказываний обучающихся согласно «ненаправленному интервью».

Этот метод групповой дискуссии чрезвычайно интересен при обучении интернов, ординаторов, врачей.

Получение субъективной информации при «столкновении» разных точек зрения позволяет увидеть обсуждаемые проблемы более глубоко и разносторонне, выявить целый комплекс личностных и социально-психологических проблем. Этапность проведения определяется в соответствии с правилами ведения дискуссии, а успех во многом зависит от руководителя.

6.3. Ситуационно-ролевые, или деловые, игры в высшем медицинском образовании.

В последние годы широкое распространение в высшем медицинском образовании получил метод **ситуационно-ролевой, или деловой, игры**. Теоретическим базисом этого метода является положение о решающей роли активной, специально организованной деятельности студентов в процессе усвоения. Целесообразность использования именно активных методов согласуется и с данными экспериментальной психологии, согласно которым усваивается 10% материала, принятого на слух, 50% материала увиденного, и 90% из того, что обучающиеся сделали сами.

Суть метода ситуационно-ролевой игры состоит в импровизированном разыгрывании ситуации, моделирующей типичную для данной группы деятельность и проблемы, которые возникают в ходе этой деятельности. В игре участвуют несколько человек, которые по ходу игры используют роли отдельных персонажей ситуации. Одна и та же ситуация может проигрываться несколько раз, чтобы дать возможность участникам игры побывать в разных ролях. Существуют многочисленные модификации ситуационных игр с использованием различных методик. Их выбор определяется конкретными педагогическими задачами. Однако обязательным условием является проигрывание нескольких игр по нарастающей сложности, так как участие в одной игре обычно не дает желаемого эффекта. Моделируемая в игре ситуация должна максимально приближаться к реальной действительности.

Важнейшим моментом игры является характер задаваемой в ней ситуации. Ситуация включает в себя: сюжет игры, поставленную проблему, характер заданных отношений и исполняемых ролей. При выборе ситуации очень важно учесть следующее:

- 1) содержание ситуации должно быть адекватно реальной деятельности, должно моделировать ее;
- 2) проблемы, возникающие в игре, должны быть значимы для участников игры.

Специалисты в области разработки деловых игр выделяют игры с достаточно жестким сценарием и ролевые игры без жесткого сценария.

Сценарий игры с достаточно жестким сценарием содержит эталоны действий на каждом ее этапе, возможные варианты состояния объекта имитации (в случае клинических игр - пациента или родственников пациента) в зависимости от различных действий (правильных или ошибочных) играющих. Для каждого из этих вариантов состояний больного также имеются соответствующие эталоны действий и новые состояния в зависимости от принятых решений и т.д.

Таким образом, в период подготовки игры составитель должен заранее предусмотреть все возможные разветвления исходной ситуации, постоянно должен быть готов предоставить играющим информацию об изменениях в состоянии больного, обусловленных реальными действиями студентов. Поэтому подготовка методического обеспечения игры представляет весьма сложную и трудоемкую задачу. В период подготовки игры трудно предусмотреть все возможные действия студентов, все их запросы.

Поэтому наиболее предпочтителен карточный способ проведения игры или использование компьютера. Все изменения производятся путем создания новых карт с описанием состояний объекта имитации, новых эталонов действий или путем соответствующих изменений в

компьютерной программе игры. Методика создания и проведения карточного варианта учебных игр детально описана в монографии Б. Наумова.

Наиболее целесообразно осуществлять перевод клинических «ручных» игр в компьютерные. При этом преподаватель получает возможность всецело сосредоточиться на методической стороне дела.

Мы сошлемся на примеры сценариев таких игр, разработанных в МГМСУ (см. Ситуационно-ролевые игры в высшем стоматологическом образовании. - М.: МЗ РФ, 1990).

Для проведения ситуационно-ролевой игры необходима следующая методическая документация.

1. Инструкция для ведущего игры.

1.1. Название игры.

1.2. Область применения (на какой контингент обучаемых рассчитана).

1.3. Цели использования игры в учебном процессе.

1.4. Методика проведения игры.

1.5. Общая блок-схема игры и необходимые пояснения.

1.6. Перечень всех карт, их кодировка и название.

1.7. Эталоны действий студентов для всех игровых ситуаций с указанием, какие карты состояний пациента выдавать при соблюдении эталона и при различных ошибочных действиях.

1.8. Указания по разбору игры после ее окончания.

2. Инструкция для участников игры.

2.1. Название игры.

2.2. Цели и задачи.

2.3. Методика проведения.

3. Набор соответствующих карт.

4. Необходимая медицинская документация: данные ЭКГ, ФКГ, рентгенограммы, данные лабораторных исследований и т.д.

На практических занятиях используются *игры типа «врач-пациент»*.

1. Метод телевикторины «Что? Где? Когда?».

Получив определенную порцию информации, студенты активно обсуждают между собой, что необходимо предпринять в данной ситуации, нужны ли дополнительные сведения, консультации специалистов, проведение лабораторных и инструментальных исследований и т.д.

Приняв согласованное решение, они сообщают его ведущему или вводят компьютер. После этого, пользуясь эталоном решения, ведущий выдает требуемые сведения или соответствующую решению информацию об изменениях в состоянии больного.

2. Методика последовательной или разорванной цепочки. На каждом этапе игры последовательно или в произвольном порядке роль врача возлагается на разных студентов. 3. Проигрывание ситуации в микрогруппах с последующим обсуждением. Ведущими в микрогруппах могут быть наиболее подготовленные студенты.

Игра типа «консилиум». Распределение ролей между студентами производится в зависимости от числа участников консилиума. Роль каждого участника могут играть несколько студентов.

Комплексные игры типа «отделение больницы», «поликлиника», «стационар», «СЭС» и т.д. Подобные игры можно использовать в субординатуре, на кафедрах социальной гигиены и организации здравоохранения, общей гигиены. Они наиболее близки к широко применяемым управленческим играм, сохраняя в то же время свою медицинскую специфику.

Ролевые игры без жесткого сценария не имеют четких эталонов действий и представляют адаптированный к условиям обучения в вузе вариант «психодрамы» Дж. Морено. Эта методика рассчитана не столько на формирование конкретных профессиональных знаний, сколько на приобретение коммуникативных умений и навыков, эмоционального опыта. Участникам игры предоставляется возможность без строгого сценария сыграть роль, взятую из реальной жизни. Пример: разыгрывание различных психологических ситуаций общения врача с больными (Безродная, Новосибирск).

6.4. Технологии рефлексивного обучения

в подготовке специалистов-медиков

(интерактивные методы).

До последнего времени недооценивалось значение технологий рефлексивного обучения в практике работы со студентами. Очевидно, что в подобных условиях необходимо было начать с изменения методов психолого-педагогической подготовки преподавателей, которые затем сами сделали бы шаг к рефлексивным технологиям подготовки студентов-медиков. В МГМСУ накоплен большой опыт подобного обучения в рамках первичной психолого-педагогической подготовки врачей-педагогов. Необычный ракурс проблемы заключается в том, что в динамическом многоуровневом процессе деятельности врача-педагога «присутствуют» две рефлексии - врачебная и педагогическая. Это определило направленность нашей работы, при которой в подготовке нового поколения врачей-педагогов участвует не только кафедра педагогики и психологии, но и клинические кафедры ФПКП. Чтобы понять сущность технологий рефлексивного обучения, надо обратиться к определению «педагогической рефлексии».

6.4.1. Педагогическая рефлексия.

Под педагогической рефлексией мы понимаем процесс переосмысления преподавателем содержания своего опыта и самого себя в проблемно-конфликтной ситуации. Результатом этого процесса является вовлечение творческого потенциала педагога в его профессиональную деятельность, конструктивное перестраивание устаревших стереотипов и норм мышления, общения, взаимодействия с другими людьми. Изучение рефлексии представляется важным, поскольку анализ практики повседневного педагогического общения показывает, что стихийно формируемый уровень рефлексивных процессов оказывается недостаточным для осознания педагогом проблем собственной деятельности, оценки и коррекции ее результатов.

Актуальность разработки способов активизации рефлексивных механизмов и внедрение их во все формы подготовки и переподготовки преподавателей определяется тем особым значением, которое приобретает педагогическая рефлексия в совершенствовании педагогического мастерства. Рефлексивные процессы позволяют организовывать деятельность педагога оптимальным образом, добиваться нужного результата с наименьшими затратами.

По своему опыту многие преподаватели знают, что наступает определенный момент, когда преподаватель «отрывается» от содержания обучения, а проблема организации процесса обучения, взаимодействия со студентами становится предметом собственного анализа и осмысления. Преподаватель оказывается в позиции исследователя по отношению к собственной деятельности, пытается установить зависимость многообразных связей компонентов обучения с его успешностью.

Психологической сущностью рефлексии является осмысление субъектом своих собственных действий, самого себя. Результатом такого процесса является переосмысление человеком отношений к предметному миру и социальным реалиям, обеспечивающее ему успешное осуществление собственной деятельности. В этом смысле рефлексия выступает как универсальный механизм саморегуляции. Исследование человеком самого себя, характерное для рефлексии, становится возможным благодаря особой внешней позиции, которую занимает индивидуум по отношению к себе и собственной деятельности. Рефлексия останавливает, фиксирует процесс деятельности, отчуждает и объективирует его и его результаты, делает неявное знание явным. Благодаря рефлексивным процессам человек осознает наиболее «больные» стороны собственной деятельности: проблемные, конфликтные, затруднительные, неразрешимые ситуации.

Таким образом, именно рефлексивные процессы позволяют педагогу организовывать свою деятельность оптимальным образом, расходовать свои силы более экономно, добиваться нужного результата с наименьшими затратами. Педагогическое мастерство характеризуется меньшим количеством воздействий на обучаемых, которые в то же время оказываются более эффективными.

Особое значение имеет рефлексия при обобщении педагогического опыта. Благодаря рефлексивным процессам происходит абстрагирование личного опыта для его передачи и освоения другими педагогами. В системе повышения квалификации преподавателей, где основной целью является совершенствование педагогического мастерства, освоение новаторского опыта, профессиональный рост оказываются невозможными без достаточного уровня развития рефлексии.

Наиболее важным для социально-психологической компетентности преподавателя является значение рефлексии в педагогическом общении. Рефлексия как отражение педагогом внутренней картины мира другого человека, его чувств, мыслей, мотивов поведения, как способность встать на его точку зрения и посмотреть на себя его глазами позволяет педагогу восполнить недостаток информации и компенсировать ее искажения, которые неизбежно возникают в педагогическом общении. В основе этих деформаций лежит асимметрия, «неравенство» позиций педагога и студента в процессе обучения, что приводит к нарушению обратной связи: наблюдается переизбыток обратной информации в направлении от преподавателя к студентам и недостаток таковой в направлении от обучаемых к педагогу. Рефлексия позволяет преодолеть искажения обратной связи и обеспечить эффективное педагогическое общение. (Столь же важна рефлексия и для руководителя любого уровня, поскольку для системы руководитель-подчиненный также характерны и асимметрия позиций в общении, и аналогичные искажения обратной связи. Умелый руководитель, обладая рефлексивным мышлением, обеспечивает возможность отдельным подчиненным и всему коллективу действовать без непосредственных воздействий и эффективно осуществлять деятельность в условиях дефицита информации).

Наличие рефлексии обеспечивает преподавателю обратную связь со стороны студентов относительно его личностных особенностей и воздействий на учебную группу, препятствуя, таким образом, возникновению профессиональных и личностных деформаций педагога, связанных с особенностями его социальной позиции в общении со студентами. Опасность подобных деформаций возникает у опытных педагогов и, как правило, не грозит их начинающим коллегам. К таким деформациям могут быть отнесены:

- «окоостенение» - возникновение речевых и мыслительных стереотипов как результат многократного повторения одной и той же информации;
- неадекватная завышенная самооценка преподавателя - расплата за уже накопленный педагогический опыт; как ее результат возникает склонность держаться старых методов, нечувствительность к тому, что они уже неадекватны новым целям, новому содержанию и, самое главное, не воспринимаются студентами - другим поколением с новыми социальными потребностями. Именно это является причиной того, что нерефлексивный преподаватель скорее станет героем студенческого эпоса, чем что-либо изменит в себе и своей деятельности;
- деформация отношений между педагогом и обучаемым, которая характеризуется формализмом, глухим безразличием и часто неуважением друг к другу, взаимным непониманием и отсутствием желания понять другого. Данная ситуация является результатом того, что отношения между педагогом и студентом строятся лишь по поводу учебного предмета и не затрагивают других сторон личности и бытия студентов (сложное экономическое положение студента, особенности быта молодых семей, отсутствие благополучия во взаимоотношениях с родителями или друзьями и т.д.).

Наличие рефлексии в преподавательской деятельности помогает изменить тип взаимоотношений «преподаватель-студент» и построить отношения по принципу сотрудничества, сопереживания, взаимопонимания, взаимоуважения. В этом значение рефлексии для решения практических задач педагогической деятельности.

6.4.2. Структура рефлексивных представлений

педагога.

Структура рефлексивных представлений педагога вытекает из состава его деятельности и связана с осознанием каждого ее компонента.

Структура деятельности

Мотивационно-смысловая сфера
(потребности, мотивы, цели деятельности)

Операционально-техническая сфера
(предметное содержание действий, операций, деятельности)

Структура рефлексивных процессов

а) отношение педагога к собственным действиям — интеллектуальная рефлексия (интеллектуально-рефлексивный аспект);

б) отношение к самому себе — личностная рефлексия (личностно-рефлексивный аспект);

а) предметные связи анализируемой проблемной ситуации, содержание

собственного опыта (проблемно-содержательный аспект);

б) способы преобразования проблемной

ситуации или своего опыта

(операционально-содержательный аспект).

Адекватная рефлексия названных выше параметров положительным образом определяет другие элементы индивидуального взаимодействия педагога с обучаемыми (например, отношение деонтологии во взаимодействии педагог - студент - врач - пациент).

Наиболее существенной с точки зрения успешности деятельности педагога является рефлексия таких моментов взаимодействия, как:

—> умение выслушать мнение студента;

—> справедливость;

—> умение организовать работу студентов с полной отдачей;

—> воспитание ответственного отношения к учебной деятельности;

—> умение чувствовать настроение студентов и подбадривать их, если что-то не ладится (боязнь курации, неуверенность, страх).

Чем более адекватно педагог может представить перечисленные особенности взаимоотношений с точки зрения студентов, тем выше удовлетворенность студентов в отношении процесса обучения, тем выше авторитет преподавателя.

Наиболее весомыми параметрами успешности деятельности преподавателя являются рефлексия учета мнений студентов и рефлексия принимаемых решений (например, заключение о прогнозе заболевания, выборе метода или тактики лечения при наличии альтернатив).

Рефлексия - это процесс проявления двойственности сознания, когда индивид по отношению к самому себе выступает как объект рефлексии («я-исполнитель») и как ее субъект («я-контролер»), регулируя собственные действия и поступки.

Следует подчеркнуть, что рефлексивный анализ деятельности связан с освоением преподавателем социальных отношений между людьми. Индивидуальная внутренняя рефлексия основана на процессах взаимоотражения, содержанием которых является не только «мое понимание» внутреннего мира другого, но и постижение того, как этот другой «понимает меня».

Можно предположить, что существует зависимость между эффективностью преподавания и степенью адекватности рефлексивных процессов. Психологические факторы эффективности взаимодействия со студенческой группой и отдельными студентами связаны с уровнем рефлексивных представлений. В ряде случаев рефлексивные оценки педагогов являются

завышенными, коррелируют преимущественно с самооценкой и весьма слабо с реальными оценками учащихся, преподаватели часто не могут встать на позицию своих учащихся.

Педагогам с высокой адекватностью рефлексии свойственны высокий уровень критичности по отношению к себе, большая неудовлетворенность и глубокое переживание неблагополучия в студенческой группе. В то же время было выявлено, что педагогам с более низким уровнем тревожности (по опроснику Кэтелла) свойственна более точная оценка себя с точки зрения студентов.

Положительная зависимость существует между количеством и разнообразием знаний педагога, включаемых в его деятельность, и адекватностью его рефлексии, что еще раз подтверждает необходимость большого блока психологических знаний для преподавателя-врача. Специфика деятельности преподавателя-врача проявляется в специфике его рефлексивных процессов. Например, в процессе практического взаимодействия со студентами и пациентами в ходе курации преподавателю приходится «держать в поле зрения» весь процесс курации, адекватно воспринимать и пациента, и студента создавать условия для возникновения и развития рефлексивных процессов у обучаемых.

При проектировании целей обучения и планировании занятия преподаватель учитывает не только объективную, но и субъективную трудность материала для студентов. Однако все предвидеть преподаватель просто не может. Педагог с развитой рефлексией на практическом занятии использует отдельные ситуации для развития рефлексивных процессов у студентов, что в конечном счете приводит к повышению мотивации к учебной и врачебной деятельности.

Необходимо отметить, что процесс самоанализа и самооценки преподавателя особенно важен в деятельности преподавателя-врача, в формировании и самоформировании ведущего личностного качества — ответственности.

Необходимость рефлексивного отношения преподавателя-врача к собственной деятельности определяется социально-этическим характером этой деятельности, необходимостью постоянного соотношения с достижениями медицинской и педагогической науки, которые обобщают опыт многих поколений врачей и педагогов. При этом преподаватель-врач постоянно соотносит свой опыт с опытом предшественников, учит студентов соотносить их опыт с достижениями медицинской науки. И в первом, и во втором случае умение смотреть на себя и на свои действия с позиций других людей, принимать во внимание разные точки зрения способствует преодолению так называемой эгоцентричности мыслительной позиции, возможности децентрировать свое творческое мышление и преодолеть односторонние установки.

Таким образом, рефлексивные процессы преподавателя-врача проявляются на всех этапах организации учебной деятельности студентов, в ходе организации взаимодействия со студентами и пациентами.

Для преподавателя (слушателя ФПКП) рефлексивные процессы в системе «я и другие» актуализируются в ходе разработки методических указаний, успех которых зависит от «учтенное™» различных точек зрения (например: этапы лечения, критерии самоконтроля). Для слушателей ФПКП приобретают особое значение групповые дискуссии, тренинги, проблемно-аналитические игры, в которых сталкиваются различные логики педагогических действий, личностные позиции, эмоции, чувства, стили деятельности и т.д.

Непосредственное или опосредованное общение с другими людьми (с авторами статей, монографий, лекторами и т.д.) является средством обогащения собственного опыта, утверждения (или изменения) своих позиций, обоснования и расширения категориальных структур, так называемых критериев самоконтроля в ориентировочных схемах, критериев оценки знаний и

профессиональной компетентности студентов, «стандартов» педагогической компетентности и т.д.

Учиться на опыте — значит вести постоянный анализ собственной деятельности, а следовательно, расти как личность. Вместе с тем опыт решения педагогических задач со слушателями ФПКП позволил выявить наличие (или отсутствие) рефлексии у педагогов и степень ее адекватности. Выявилось значительное число преподавателей с недостаточным, неадекватным уровнем рефлексивных представлений, что проявилось при разработке различных схем ориентировки и выборе тактики практического занятия.

6.4.3. Технологии рефлексивного обучения.

Развитие рефлексивных представлений в системе подготовки и переподготовки преподавателей показало недостаточность традиционных подходов и поставило задачу разработки новых методик обучения. Практика организации рефлексивных процессов в обучении основывается на вовлечении творческого потенциала человека во все структуры его деятельности. Следует отметить, что именно активизация рефлексии, а не прямая непосредственная коррекция предметно-операциональной стороны деятельности в виде жесткого указания, подсказки или наводящих задач способствует проявлению феноменов, возникающих в процессе обучения при решении задач. Технологии рефлексивного обучения направлены на организацию процессов переосмысления и конструктивного перестраивания устаревших стереотипов, норм мышления, общения, взаимодействия, препятствующих развитию деятельности. Именно поэтому основной акцент в психолого-педагогических воздействиях важно ставить на разработке способов активизации рефлексивных механизмов, входящих во вспомогательную среду познавательного процесса и определяющих план общения, группового взаимодействия при совместном поиске решения.

Основными принципами, определяющими практику организации рефлексивного обучения, являются:

- «проблемность» - те противоречия, которые специально включаются преподавателем в рассуждения обучаемого, выступают как движущие силы развития диалога;
- «рефлексивность» - постоянное осмысление и переосмысление обучаемыми вскрываемых ими противоречий;
- «личностность» - направленность преподавателя на обеспечение возможности полного проявления обучаемого в его рассуждениях по поводу встречающихся противоречий, а также на развитие способностей к самостоятельному решению творческих, профессиональных задач.

В самом рефлексивном процессе можно выделить следующие этапы:

- > «остановка», фиксация некоторого фрагмента деятельности;
- > анализ проблем, содержащихся в данной ситуации;
- > выработка способов конструктивного перестраивания деятельности и решения проблем.

Существуют также различные способы формирования рефлексивной среды, побуждающей развитие процессов осмысления деятельности. Каждый способ ориентирован на масштаб группы, участвующей в обучении:

1) *микромасштаб* - в рефлексии участвует один или два человека (один как побудитель рефлексии другого), методы: культивирование рефлексивных способностей и рефлекс-интервью;

2) *средний масштаб* - в рефлексивный процесс включены группы от двух до двадцати человек, методы: рефлексивный полилог, социально-психологический тренинг;

3) *макромасштаб* - субъект рефлексии представляет группа более 20 человек, методы: рефлексивный полилог (со специальной процедурой организации смешанных групп), методика коллективной мыследеятельности.

Эти подходы были реализованы нами в системе обучения преподавателей-врачей на ФГЖП МГМСУ.

Уже в течение нескольких лет на ФПКП МГМСУ используются интерактивные методы обучения. Преподаватели-врачи приобретают опыт разработки стратегий обучения, осваивают так называемые активные методы обучения (деловые игры, групповое решение задач, тренинг, педагогические проблемно-аналитические игры). В ходе рефлексивного обучения у слушателей развиваются такие личностные качества, как критичность, способность к самооценке и самоанализу. Преподаватели могут расширить свои представления о возможностях организации обучения, сравнить продуктивность предлагаемых решений. Это создает условия для развития адекватной оценки педагогического мастерства. В ходе рефлексивного обучения предполагалось развенчать ложные стереотипы понимания целей и содержания обучения в медицинском вузе и помочь осознанию наличия деятельностно-смыслового стержня в определении целей обучения не только на выпускающих кафедрах, но и на всех предшествующих - вплоть до общественных. С этой целью был разработан ряд педагогических задач, в постановке вопросов которых имелась провокация (психологический тип), толкавшая на заведомо неверное решение. Начинались дискуссии, в ходе которых постоянно выявлялось, что нет отличий в подходе к определению целей на клинических и доклинических, теоретических и медико-биологических кафедрах, а особенность состоит в том, чтобы на основе различного предметного содержания найти нужные целевые формулировки.

Как показала практика обучения слушателей на ФПКП, только рефлексивные способы обучения позволили полностью отработать проблему целей, их иерархии, способов выражения, взаимосвязи адекватного подбора содержания, способов и приемов обучения и его результатов. Для этого мы использовали проблемно-аналитические игры «Рецензирование методической литературы», «Разработка «сквозной программы» по стоматологии» (фрагмент по выбору), групповое решение задач, дискуссии.

В ходе рефлексивного обучения и сравнения различных педагогических решений какого-либо одного вопроса нам удалось подтвердить теоретические положения о необходимости многомерного анализа любой, казалось бы незначительной, ситуации практического занятия.

Специфика медицинского вуза определяла двойственность критериев оптимального решения, значимость их для развития личности студента, корректность и результативность по отношению к пациенту.

В любых решениях (постановка целей обучения для студентов III курса, субординаторов, врачей ФУВа, выбор индивидуальных или групповых способов обучения, формирование положительного психологического климата в группе и т.д.) важно проследить, в какой мере они способствуют формированию грамотных профессиональных действий и деонтологического поведения студентов, повышению мотивационной обстановки в группе. Причем во всех этих процессах очень важно учесть значение личностного опыта и личностного отношения преподавателя к тем

или иным предлагаемым решениям и стратегиям обучения, о чем мы расскажем в главе о построении так называемого «идеального» образа врача-педагога.

6.4.4. Педагогические задачи как средство развития

педагогического мышления.

Переход к обучению с использованием педагогических задач является попыткой приблизить его к реальным профессиональным педагогическим ситуациям и, по нашему мнению, будет способствовать формированию педагогического мышления как мышления творческого.

Педагогическое мышление - вид практического мышления по решению профессионально значимых задач, заключающийся в способности непрерывной психолого-педагогической диагностики состояния всех компонентов учебно-воспитательного процесса, самооценки и оценки возможностей как отдельных студентов, так и группы в целом, способности рефлексивного управления, моделирования, предвидения результатов деятельности, способности немедленного реагирования, принятия решений, организации коммуникации между всеми участниками учебной деятельности, что в совокупности позволяет добиваться высоких результатов обучения и воспитания, формирования профессионально грамотных действий, активной жизненной позиции будущего врача.

Сложность, неоднозначность, противоречивость педагогических ситуаций как структурных единиц педагогического процесса и необходимость немедленного принятия решений, постоянной коррекции, предвидения дальнейшего развития этих ситуаций преподавателем - все это привело к тому, что подвергается сомнению сама возможность формирования педагогического мышления как мышления творческого.

Под педагогической задачей мы понимаем те практические задачи, которые решает преподаватель в ходе организации и управления педагогическим процессом. Эти задачи являются комплексными и многосторонними. Это могут быть задачи на выяснение общих закономерностей организации педагогического процесса или на решение конкретных ситуаций практического занятия. Задачи могут отражать различные способы взаимодействия и самые разнообразные ситуации - обычные или конфликтные, эпизодические пролонгированные, штатные или нештатные, прогнозируемые непрогнозируемые.

При определении способов моделирования педагогических задач мы исходили из наиболее адекватных по содержанию педагогической деятельности, в основе которых лежит идея оценки и анализа педагогических ситуаций, конструирования (проектирования) нового цикла педагогического процесса, развитие групповых и межличностных отношений, так называемые конфликты и выходы из них и т.д.

Обучение слушателей показало, что педагогическая задача наиболее полно осознается преподавателем на стадии неблагополучия — показателя неэффективности его действий. Например, при отказе или боязни студента проводить курацию пациента после так называемой «теоретической» части практического занятия, слабом владении методами дифференциальной диагностики, ошибках в постановке диагноза, неспособности студента сделать предположение о прогнозе заболевания, неумении общаться с пациентом на основе врачебной этики и деонтологии. Эти «конфликтные» ситуации возникают по целому ряду причин, условий, обстоятельств.

Задача обучения на ФПКП и состоит в том, чтобы научить преподавателя видеть педагогические ситуации, лежащие в основе педагогической задачи, распознавать их «доконфликтный» этап, вооружить преподавателя конкретными способами анализа и разрешения. Моделирование педагогической задачи предполагает формулирование условий и вопроса.

При определении психолого-педагогических требований к педагогической задаче мы исходим из положения о типах материала в теории планомерного формирования познавательной деятельности: социально-предметном, общелогическом и психологическом (Гальперин, 1966), а также из современного понимания в теории обучения «существенных» условий для педагогической задачи.

Полнота условий педагогической задачи определяется представлением в ней всех компонентов учебного процесса: характеристики деятельности студента, преподавателя, особенностей учебного материала, целей, условий, средств, способов и результатов педагогической деятельности. Форма условия - предпочтительно краткая. Для педагогического моделирования очень важна композиция, которая отражает соотношение всех компонентов педагогического процесса. Педагогическая ситуация, лежащая в основе педагогической задачи, носит конкретный, событийный, предметный характер, она должна быть значимой для преподавателя, затрагивать эмоционально, способствовать возникновению дискуссии. При моделировании условий педагогической задачи необходимо помнить, что условия будут полными, если будут содержать информацию о всех компонентах педагогической ситуации. Преподаватель должен оценить степень полноты условий и после этого выявить все причины данного явления, продолжить корректировку деятельности студентов, своей собственной деятельности, учебного материала, всей инфраструктуры.

Кроме предметного содержания, всякая задача может быть рассмотрена и с точки зрения логического построения ее условий. Все условия задачи делятся на существенные и несущественные, причем существенность понимается нами в отношении к конкретной теме соответственно действию, формируемому на данном занятии. Соотношение представленности этих условий дает четыре варианта. Логические типы педагогических задач даны в соответствии с общим подходом к построению системы задач.

Вопрос педагогической задачи должен быть ориентирован на поиск вариантов оптимального решения, а не на поиск одного универсального пути. Для педагогической задачи это чрезвычайно важно в силу того, что в реальном процессе не существует некоего «абстракта», усредненного варианта. Эта установка не должна лишать преподавателя желания найти обобщенные способы решения, обоснование методологии выбора общих правил решения педагогической задачи.

Преподаватель должен продемонстрировать умение преобразовывать учебный материал, моделировать задачи различной трудности, исходя из понимания закономерностей процесса усвоения и возможностей управления процессом обучения. Вопрос к задаче должен способствовать вычленению мотивов, целей, условий, средств и результатов педагогической деятельности.

Вопрос к задаче может быть:

—> на поиск обобщенного решения;

—> на проектирование нового цикла обучения;

—> на конкретные действия преподавателя в данной ситуации, и т.д.

Как уже было сказано, решение педагогических задач является средством формирования педагогического мышления, диагностики уровня и характера педагогической деятельности, степени развития такого профессионально значимого качества личности преподавателя, как рефлексия.

Способ организации учебной деятельности в процессе решения задач задается способом моделирования (анализ, проектирование, педагогические игры). Творческий характер педагогической деятельности создает большие возможности для ролевых и игровых способов. Возможно использование самых разнообразных способов решения задач: индивидуальные, групповые, парная работа, анализ ситуации, проектирование, педагогические игры.

Педагогические наблюдения позволяют сделать вывод о том, что наряду с так называемой «реальной» педагогической практикой решение педагогических задач слушателями ФПКП формирует и развивает педагогическое мышление, является условием и залогом формирования педагогического мастерства. Эффективность решения педагогических задач в значительной степени обусловлена личностными особенностями, профессиональным мастерством и степенью развития рефлексивных представлений врача-педагога.

6.5. Организационно-деятельностная игра.

Организационно-деятельностная игра (ОДИ) - это один из методов решения сложных экономических, социальных, организационных, педагогических и других проблем.

Разработал и описал ОДИ выдающийся отечественный методолог Г.П. Щедровицкий. Ряд игр он провел по актуальным проблемам образования. Его ученики широко используют ОДИ для развития образования в стране, в том числе и высшего образования.

Суть ОДИ раскрывается в ее названии. Игра называется организационной, так как она специально организуется, проектируется и программируется. С этой целью создается организационный комитет. У каждой игры есть свой персональный руководитель или два руководителя, которые осуществляют процесс организации и управления игрой, следя за ее ходом и регламентом.

Игра называется деятельностной, так как ее участники выступают активными субъектами игры, деятелями. В ОДИ нет деления на учащихся и обучающихся, на ведущих и ведомых, на начальников и подчиненных. Но, как и в детской игре, в ОДИ могут быть как более активные (лидеры, заводилы), так и менее активные (инертные, ведомые) участники. Такое деление в ОДИ зависит от меры включенности в игру каждого участника, от его стремления внести максимальный вклад в продвижение обсуждаемой проблемы, от точности в следовании правилам игры.

Несколько слов о сущности игры. Дети играют не потому, что получают какой-то материальный результат, их привлекает сам процесс игры. Результат детской игры - в развитии сознания и личности детей, в понимании ими жизненного смысла ролей, которые они разыгрывают, в приобретении умения слушать друг друга, общаться и взаимодействовать между собой.

Так и в ОДИ: она не преследует задачу научить вас чему-то, сообщить вам какие-либо сведения. Цель ОДИ в другом - всем вместе коллективно обсудить вынесенную тему или проблему, выработать мыслительные средства анализа и понимания проблемы, определить возможные подходы и пути решения. Главные приобретения в игре - это развитие самих участников, внутреннее их продвижение в собственной деятельности.

В игру каждый участник включается добровольно, роли в игре не назначаются, а выбираются самими играющими, определяются в процессе игры. В игре всегда присутствуют правила, следование которым поддерживает и сохраняет ее. Вне правил игра бессмысленна.

И в то же время каждая игра - это творчество. Удалась она или не удалась - всецело зависит от фантазии и мышления играющих, от их установки на кооперацию и понимание другого, умение принять или предложить новое правило и способ его выполнения. Какова организация ОДИ?

Разделение на команды. ОДИ может иметь самое разное количество участников (от 20-30 до 200 и более). Количество участников игры определяется сложностью и глобальностью темы игры. Все участники ОДИ добровольно разделяются на группы и команды. Основой для разделения участников на команды является оргпроект. Оргпроект фиксирует проблемы, включенные в тему игры (комплексную проблему).

Каждая команда решает общую проблему с точки зрения своей проблемы, под своим углом зрения. Обсуждение комплексной проблемы с позиций конкретных проблем позволяет увидеть ее в полном объеме, целостно, во взаимосвязях и взаимоотношениях. Разделение игроков на команды в ОДИ обеспечивает общий плацдарм (пространство) игры, на котором каждая из команд должна предложить свой подход к общей теме.

Организация работы по дням. В основе организации ОДИ лежит тематическое планирование. Единицей тематического планирования определен день, т.е. каждый день игры посвящен определенной теме. Распределение последовательности тем связано с последовательным продвижением в реализации общей темы. Тема каждого следующего дня строится с учетом полученных результатов предыдущего дня.

Программа, регламент, организаторы игры. ОДИ строится по программе и по регламенту, которые получает каждый участник. Руководят игрой организаторы ОДИ: руководители ОДИ и руководители (игротехники) групп (команд).

Как проходит ОДИ?

ОДИ проходит строго в соответствии с разработанными программой и сценарием игры. Игра начинается с *установочного доклада* руководителя, в котором определяется актуальность темы ОДИ.

Далее осуществляется *самоопределение* участников по группам и формирование групп. В дальнейшем работа строится согласно тематике дня.

Каждый день игры строится по единому принципу. Сначала идет *групповая работа*. В группе происходит обсуждение темы дня с точки зрения проблемы группы. В отведенное регламентом время группа должна подготовить доклад или сообщение на 10-15 минут. С докладом выступает один из членов группы.

Затем идет общее заседание (общий плацдарм игры). Представители групп выступают с подготовленными докладами. На плацдарме реализуется групповой подход к общей теме, происходит столкновение позиций, вырабатываются подходы к осмыслению проблемы дня.

После общего заседания может быть организована лекция кем-либо из участников или организаторов игры по конкретным проблемам темы ОДИ.

Очередной день начинается с *рефлексии*, т.е. с обсуждения того, как и в чем продвинулась группа в избранном ею подходе за прошедший день игры, как этот подход соотносится с подходами других групп, какие аспекты собственной работы следует в связи с этим перестроить или уточнить. После этого начинается групповая работа по теме дня.

Организаторы игры в конце каждого дня проводят *оргрефлексию*. На ней обсуждается, насколько был достигнут запланированный на данный день результат, как продвинулись группы в ходе игры, какие трудности встретились, намечаются коррективы для продолжения игры на следующий день.

Каковы итоги ОДИ?

Итоги ОДИ различны для каждого ее участника. Они зависят от его ценностных ориентации и интересов, степени включенности в игру, уровня активности и т.п. Главный итог игры - осознание играющим ценностей и смыслов в деятельности и в жизни, своих рефлексивных возможностей, самоопределение в профессии, приобретение каждым участником умений и средств коллективной мыследеятельности. Такие приобретения составляют важную основу успешного освоения профессии и ее дальнейшего развития.

Естественно, что авторы не смогли осветить более подробно проблемы отдельных методов обучения. Интересующиеся этим вопросом могут ознакомиться со специальной литературой, указания на которую приведены в библиографии.

Вопросы к главе

1. Какие методы обучения используете Вы, чтобы сделать педагогический процесс более «живым», творческим, развивающим личность студента?
2. С помощью каких критериев Вы выбираете тот или иной метод обучения?
3. Какие методы подготовки специалиста наиболее адекватны, по Вашему мнению, современной ситуации развития высшего медицинского образования?
4. Какие методы (приемы) обучения являются наиболее сложными для Вас?
5. Какими методами обучения Вы хотели бы овладеть?
6. Каким методом обучения Вы смогли бы научить пользоваться начинающих педагогов?

ГЛАВА 7.

ПСИХОДИАГНОСТИКА В ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ И МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Психодиагностика - область психологии, в рамках которой создаются и используются в практической деятельности методы выявления и измерения индивидуально-психологических особенностей человека. Она сформировалась как самостоятельное направление психологии лишь к началу XX столетия. В ее развитие внесли большой вклад такие известные ученые, как А. Бине, Ф. Гальтон, Дж. Кеттелл, Э. Крепелин, Г. Эббингауз, которые по праву могут считаться ее основоположниками. В арсенале медицинского психолога на сегодняшний день имеется широкий набор методов диагностики состояния психики и поведения человека.

Самым распространенным психологическим методом является **наблюдение**. Несколько условно можно говорить об общем и целенаправленном наблюдении. Все специалисты, для которых объектом профессиональной деятельности является другой человек, используют оба вида наблюдения. Общее наблюдение позволяет выявлять закономерности поведения пациента, по которым складывается общее впечатление о нем. К невербальному (неречевому) поведению относят:

- 1) позу;
- 2) мимику;
- 3) направление взгляда;

4) жестикуляцию;

5) особенности движений.

Пионером в изучении внешних проявлений эмоций стал Ч. Дарвин, которому принадлежит классическое исследование сигнального значения пантомимики. В современной психологии существует раздел - социальная перцепция, который изучает невербальное поведение человека.

Поза. Поза, осанка могут много сказать о самооценке, эмоциональности, жизненной позиции, состоянии здоровья человека. Так, контролирующей ситуацию, уверенный в своих силах человек держится прямо, высоко подняв голову. Человек, который хочет быть предельно точно понятым, как правило, невольно подается всем телом вперед, перенося центр тяжести тела на пальцы ног. Аналогичная поза характерна и для людей в состоянии большой заинтересованности, особой сосредоточенности на предмете беседы.

В противоположность состоянию сосредоточенного внимания, когда мы вынуждены обороняться или испытываем страх, центр тяжести тела переносится на пятки. В таких случаях говорят, что человек «отпрянул назад», а про сидящего человека могут сказать, что он «врос в спинку кресла».

Несколько наклоненным вперед туловищем, позой, схожей с легким поклоном, передается особое уважение человека к собеседнику. Такая поза встречается у людей, говорящих с лицами, которые, как им кажется, явно их в чем-то превосходят, например, при разговоре с высоким начальством. Рукопожатие или иной телесный контакт при сохранении такой позы осуществляется на значительном расстоянии и указывает на существование психологического барьера между общающимися людьми.

«Вжатая в туловище» голова, возникшая при этом сутулость, указывают на стеснительность человека, его неуверенность в своих силах, желание быть незаметным. Свободная походка «от бедра» у женщины может быть интерпретирована как кокетство, а у мужчины - как чувство неуверенности, смущения. Выпяченная вперед грудь мужчины, так называемая «грудь колесом», указывает на желание подчеркнуть свою значимость или на существование психологических проблем, связанных с низким ростом.

Приподнятые плечи и разведенные в стороны руки указывают на чувство удивления, недоумения, некоторую растерянность из-за отсутствия возможности предпринять эффективные действия. Приподнятые плечи и руки, засунутые в карманы, воспринимаются как состояние недоумения, смешанное с чувством превосходства.

Руки, скрещенные на груди, являются признаком оборонительной позиции собеседника. Руки, сжатые в кулаки, указывают на нарастающее у человека раздражение, решимость действовать, на его

авторитарность. Пальцы, сложенные в замок - признак внутренней закрытости для общения.

Экспрессия лица. Важным коммуникативным каналом является экспрессия лица. Однако всегда следует помнить о существовании значительных половых и культуральных отличий в экспрессии человеческого лица. В целом у женщин более выразительная мимика. У представителей «западных» культур более богатая мимика, чем у представителей «восточных» культур. У многих народов востока не принято внешне бурно проявлять свои эмоции. У жителей южных регионов более выразительные экспрессия лица и жестикуляция, чем у северян.

Например, у японца (не следующего «западным» нормам поведения) улыбка может быть проявлением состояния крайнего психологического дискомфорта. У россиян тоже могут

возникать сходные мимические реакции. Например, ребенок, застигнутый взрослыми в момент явного нарушения каких-либо правил поведения, не знающий как выйти из затруднительного положения, может от неудобства начать улыбаться. У россиян внешние проявления такого психического состояния называют «жалкой улыбкой».

Следует отметить, что последние двадцать лет, в связи с развитием средств телекоммуникации, у представителей различных народов невербальные проявления психических состояний, в том числе экспрессия лица, стали различаться меньше.

Для россиян, находившихся длительное время под влиянием как «западной», так и «восточной» цивилизации, характерна сдержанность в проявлении эмоций. Для нас не типично демонстративное проявление эмоций (особенно положительных), что, например, является нормативной формой невербального поведения североамериканцев. Если проявлением доброжелательности у североамериканцев считается широкая открытая улыбка, то у россиян знаком позитивного расположения к собеседнику являются экспрессивные признаки внимания. Улыбка в этом случае допустима, но очень сдержанная и непродолжительная. Очень широкая улыбка, особенно в сочетании с поднятыми бровями, у россиянина скорее всего вызовет ощущение притворства, неискренности, возможно, оставит неприятное впечатление.

Приподнятые брови, широко раскрытые глаза, сдержанная улыбка интерпретируются как удивление, простодушная радость. Асимметричная улыбка, когда один угол рта приподнят, а другой опущен, особенно в сочетании с приподнятой одной бровью, воспринимается как надменность или скептическое отношение к словам собеседника, граничащее с неуважением к его мнению. Высоко поднятая голова, поднятые брови, широко раскрытые глаза и рот опознаются как проявления удивления. Приподнятый подбородок, поднятые брови, пристальный взгляд могут означать раздражение из-за необходимости повторять одно и то же множество раз.

Человек не рождается с широкой палитрой эмоциональных реакций и экспрессивных выражений лица, характерных для взрослых людей. У грудного ребенка (конечно, в случае отсутствия повреждений иннервации мышц лица) нельзя наблюдать экспрессивные проявления таких эмоций, как, например, ирония или надменность. Раньше других на лице ребенка можно наблюдать проявления отрицательных, слабо дифференцированных по модальности эмоций, сопровождающих плач. Несколько позже появляется улыбка. Все богатство экспрессивных проявлений формируется постепенно, в процессе социализации ребенка. Индивидуальные различия могут варьировать в очень широком диапазоне.

Взгляд. Другой важной составляющей невербального поведения человека является выражение глаз, направление взгляда. Существуют значительные культуральные различия в интерпретации прямого визуального контакта. У ряда народов востока пристальный взгляд является проявлением агрессивности. В свою очередь, россиянин может почувствовать себя дискомфортно во время публичного выступления перед группой японцев, так как большинство присутствующих будет слушать докладчика потупив взгляд. Для россиянина отсутствие визуального контакта со слушателем является признаком невнимательности, несогласия, скрытого сопротивления, неодобрения. Взгляд в сторону интерпретируется нами как внешнее проявление сомнения.

Напротив, прямой визуальный контакт с собеседником способствует взаимопониманию, создает впечатление открытости собеседника, добавляет убедительности произносимым им словам. В русском языке есть выражения: «глаза - зеркало души»; «правдивый взгляд»; «честные глаза»; «пронизывающий взгляд». В случае явного обмана говорят: «бесстыжие глаза»; «врет, глядя в глаза» и т.д. Однако слишком длительный визуальный контакт может разрушить коммуникативный акт, вызвать негативную эмоциональную реакцию или даже раздражение. Продолжительный по времени взгляд может интерпретироваться как признак недоверия, попытки уличить в нечестности, желание обнаружить недостатки, признак интеллектуальной

ограниченности. В этих случаях говорят: «разглядывает», «пялится», «таращится»; «установился как удав на кролика»; «тупо установился» и т.д. Особенно чувствительными к длительному визуальному контакту бывают лица с высокой тревожностью, которых длительным взглядом можно вывести из состояния эмоционального равновесия. В целом, откровенное разглядывание партнера по беседе считается невежливым поведением. (Конечно, речь не идет об исследовании симптомов заболевания).

Жестикуляция. Моторика в целом и жестикуляция человека в частности существенно дополняют картину индивидуальных особенностей пациента. По локомоциям можно судить о культуральной идентификации собеседника, полученном им воспитании, функциональном, психическом состоянии, иногда даже о характере профессиональной деятельности. Во время беседы двигательные реакции партнеров выполняют функцию обратной связи. Интерпретация психического состояния по двигательным реакциям возможна даже в случаях, когда собеседник старается тщательно скрыть свои мысли и эмоции. Именно в таких случаях наблюдатель обращает особое внимание на невербальные реакции. Язык тела опознается нами как сознательно, так и бессознательно.

Так, рукопожатие теплой сухой рукой, развернутой ладонью вверх, производит впечатление желания достичь позитивного взаимоприемлемого соглашения, открытости. Движения руками с раскрытыми ладонями подкрепляют эффект доброжелательного отношения к собеседнику. Прищуривание глаз, потирание подбородка, пощипывание переносицы с закрытыми глазами служат признаком поиска решения проблемы, припоминания. Несколько наклоненная набок голова указывает на интерес к словам говорящего человека. Неподвижная поза в сочетании с поворотом головы в сторону собеседника и прямым визуальным контактом являются признаками внимания к получаемой информации. Неподвижная поза, иногда в сочетании с манипуляциями мелким предметом и его внимательным разглядыванием, указывает на желание скрыть свой интерес к обсуждаемой проблеме. Манипуляции с очками (их снятие, тщательное протирание, медленное одевание), с сигаретой (медленное извлечение пачки из кармана, извлечение сигареты и сосредоточенное ее разминание, поиск зажигалки, раскуривание сигареты) и т.д. - признаки дефицита времени, его растягивание для принятия важного решения. Теревание платка или одежды является признаком волнения и неуверенности. Стряхивание пылинок с одежды, поглядывание на часы означает желание как можно быстрее прекратить беседу. Подпирание подбородка указывает на сомнение, критическое отношение к словам говорящего, скуку.

Некоторые типичные поведенческие реакции. Как и у животных, в человеческом сообществе имеет большое значение дистанция и расположение относительно друг друга партнеров по общению. Различают расстояние интимного общения (до 50 см); дистанцию неформального общения хорошо знакомых людей (от 50 см до 1 м 20 см); расстояние формальных контактов (от 1 м 20 см до 4 м); дистанцию публичного выступления (свыше 4 м). Указанные значения носят относительный характер и могут изменяться в зависимости от места проживания разговаривающих людей. У лиц, проживающих в мегаполисах и привыкших к перемещению на общественном транспорте в часы «пик», значения дистанций всех указанных форм контактов могут быть меньше. У лиц, проживающих в местах с меньшей плотностью населения, эти показатели гораздо больше.

Когда человек заводит разговор на личную тему или пытается наладить дружеские отношения, он неосознанно сокращает дистанцию между собой и собеседником. В случае если человек старается сохранить отношения формальными или официальными, он увеличивает эту дистанцию. Такие особенности поведения получили свое отражение в выражениях «быть на коротке с кем-либо»; «соблюдать дистанцию» и т.д.

Нарушение дистанции между людьми, вступающими в социальные контакты, может приводить к нежелательным, иногда серьезным конфликтам. Так, внедрение визитера в зону интимного пространства служащего, например при подаче документов на подпись, может быть истолковано как явная бесцеремонность. При разговоре с сидящим собеседником не рекомендуется подходить к нему очень близко. Это может вызвать у него ощущение униженности, психологического давления. Не следует подходить к собеседнику сзади и (или) стоять у него за спиной. Это может его раздражать.

Во время официального разговора собеседникам лучше размещаться за столом друг против друга. Во время сложного разговора лучше садиться за смежные стороны стола. Расположение друг к другу в пол-оборота позволяет реже смотреть друг другу в глаза. Неформальные беседы лучше проводить, сидя с одной стороны стола.

Информативными являются особенности перемещения людей по комнате. Так, быстрая ходьба «туда—сюда» указывает на явное волнение человека. Медленное хождение по помещению с «застыванием на месте» означает, что человек обдумывает какой-либо вопрос, находится в состоянии принятия решения. И в том, и в другом случае его не стоит прерывать. Следует подождать, когда он сам начнет говорить.

Студентам следует помнить о некоторых особенностях психологии преподавателя. Учащиеся, сидящие за первой партой, перед преподавателем, воспринимаются как очень старательные. Учащиеся, занимающие места в задних рядах или у двери, воспринимаются как плохие студенты. В действительности человек, занимающий место за первой партой, может искусно имитировать заинтересованность предметом, а предпочтение места в последнем ряду и у двери часто является признаком повышенной тревожности человека, неуверенности в себе.

Речевое (вербальное) поведение. Не меньшее значение имеют особенности и содержание вербального поведения (речи) человека. Наиболее информативными его характеристиками являются:

- 1) громкость и темп, плавность речи;
- 2) особенности использования глагольных форм, личных местоимений, существительных, прилагательных и наречий;
- 3) словарный запас, паузы, повторения, заикание, оговорки;
- 4) четкость изложения мысли, уверенность в ответе;
- 5) стереотипность мыслей, шаблонность (оригинальность) суждений;
- 6) предпочитаемые темы беседы: успех, крушение надежд, агрессивность, тревога, конфликт, наказание, оказание и принятие помощи, эскейпизм (избегание), сенсорное удовольствие, пассивность, чувство неполноценности и т.д.

Доминирование в речи долженствований (я обязан..., мне необходимо..., мне нужно...) обычно означает неосознанную защиту от психической травмы, желание следовать принятым нормам и приказам. Частое использование сравнительной степени («чаще-реже», «больше-меньше») указывает на затрудненное, недостаточно дифференцированное восприятие проблемной ситуации. Использование широких обобщений («все», «многие») является признаком защиты патопсихологического симптома. Паузы в речи человека или задержки с ответом обычно вызваны припоминанием, продумыванием ответа и формулировки, проявлением сопротивления, негативизма, желанием скрыть или обмануть, попыткой угадать «правильный» ответ на вопрос.

Семантические неточности в речи, как правило, вызваны алекситимией (неспособностью высказать свою мысль) или желанием что-либо скрыть. Паузы часто являются признаком сильных душевных переживаний. Уточнить причину паузы и затруднений в ответе можно по изменившейся экспрессии лица, пантомимике, направлению взгляда, ритму и глубине дыхания, моторике и т.д.

Педагогов, врачей, а также медицинских психологов могут особо интересовать некоторые детали психического состояния пациента, сохранность краткосрочной и долговременной памяти, адекватность интеллектуального развития и т.д. Уточнение указанных особенностей поведения называется целенаправленным наблюдением.

Другим важным методом исследования является интервью. Его можно определить как процесс получения информации при устном опросе, который проводится с целью уточнения значимых проблем, личностных черт, особенностей протекания заболевания, приемов социальной адаптации пациента. Такая информация может существенно повлиять на выбор методов лечения.

Интервью может проводиться в свободной или стандартизированной форме. *Свободное интервью* является хорошим способом достижения релаксации, которая возникает в результате откровенного разговора с врачом. Недостатком свободного интервью является его продолжительность и частая противоречивость высказываний пациента. Свободное интервью, как правило, занимает много времени и нередко имеет низкую информативность из-за перегруженности эмоциональными переживаниями. Однако это эффективный способ снятия стресса, достижения чувства удовлетворенности визитом к врачу.

Напротив, *стандартизированное интервью* по времени может быть очень кратким, но информативным. Его недостатками являются: частое нарушение эмоционального контакта с пациентом, включение у пациента механизмов психологической защиты, осложняющих доверительное общение с врачом, чувство неудовлетворенности после визита к врачу.

Проведение интервью требует навыков составления планов встречи, постановки и тщательного подбора выражений и формулировок, модуляций голоса, пауз, широкой палитры ответных поведенческих реакций врача.

При этом должны учитываться: образовательный уровень и профессиональная принадлежность, знание возрастных, половых, культуральных, социальных особенностей людей, с которыми пациент себя идентифицирует. Помимо получения информации, интервью может проводиться с целью уточнения и проверки гипотезы, с целью информирования пациента.

При постановке вопросов следует избегать оценочных суждений.

Важно подмечать, легко ли пациент говорит, легко ли переходит от предложения к предложению, от мысли к мысли, от одной темы к другой, следить за характером возникающих ассоциаций.

Пациенту может быть оказана психологическая помощь в виде вопроса, уточняющего причины затруднений. Ему может быть предоставлено дополнительное время для обдумывания ответа. Очень важно создать ситуацию безопасности для пациента.

Если вербальный контакт установить не получается, можно попытаться установить письменный, жестовый или тактильный контакт (например, положить руку на плечо пациента).

При проведении интервью решаются следующие задачи:

- 1) уточняются симптомы заболевания;

- 2) уточняется круг значимых психологических проблем;
- 3) анализируется жизненная ситуация и жизненный путь;
- 4) анализируются ожидания пациента;
- 5) проводится контент-анализ речи;
- 6) исследуются невербальные формы поведения;
- 7) формируется и проверяется гипотеза о психическом состоянии пациента;
- 8) совместно с пациентом обсуждаются пути социальной адаптации;
- 9) проводится психотерапевтическое воздействие.

При проведении беседы возможны нарушения контакта с пациентом. Причинами этого могут быть фиксация беседующих на личных отношениях, а не на обсуждаемом вопросе; несовпадение репрезентативных систем врача и пациента; оценочная позиция врача, осознанная или бессознательная попытка навязать собственную систему ценностей; пессимистический прогноз исхода заболевания; демонстрация превосходства; формальное участие, объектный подход к пациенту (отношение к человеку как к объекту профессионального воздействия, а не как к личности); нарушение коммуникативных норм и дистанции в общении с пациентом; наличие у врача «синдрома эмоционального выгорания». Все эти причины могут приводить к конфликтам с пациентом.

Нарушения межличностных контактов могут быть ликвидированы психологическими методами. Начинать надо с анализа ошибок собственного поведения, уточнения причин, вызвавших потребность в самоутверждении и манифестаций собственных моральных ценностей. Восстановить профессиональные взаимоотношения с пациентом иногда можно, сменив способ взаимодействия с пациентом, используя более удобные для него формы коммуникации.

Существуют и другие психологические методы исследования.

Анкетирование - составление письменного самоотчета по предложенной врачом программе.

Исследование продуктов психической деятельности человека и его разновидность - **психобиографический метод**. Указанный метод позволяет воссоздать некоторые психические характеристики индивида, судя по результатам его деятельности. Например, воссоздать личностный портрет человека можно по его письмам, книгам, картинам, изделиям и т.д. Данный метод широко применяется в профессиографии, психологической и психофизиологической экспертизе. Для более точного понимания внутренней картины болезни пациента, его представлений об окружающем мире и самом себе психиатры часто организуют выставки живописи своих пациентов.

Эксперимент - способ сбора фактов в специально организованных условиях. Различают лабораторный и естественный эксперимент.

Тест является методом, который сформировался в рамках психологии. Слово «тест» имеет английское происхождения(test) и переводится как задача, задание. Обычно тест - это система нескольких заданий, позволяющих измерять уровень развития определенного психического качества, состояния, процесса или свойства.

Полиграфия - одновременная регистрация вербальных (словесных) ответов и безусловно рефлекторных физиологических реакций, сопровождающих эти ответы.

Компьютерная диагностика - методы прогнозирования функционирования и развития психических процессов, состояний и свойств.

Поговорим подробнее о психологических тестах. Важной особенностью профессионального теста является его валидность, а также существование хорошо проверенных норм.

Валидность отражает степень информативности теста в отношении исследуемого психического свойства. Другими словами, валидность указывает, в какой степени результаты теста отражают состояние изучаемой психической функции.

Тестовые нормы - это статистически обоснованные количественные границы качественных различий исследуемого психического образования. Они являются основаниями для содержательной характеристики количественных результатов тестирования, критериями, позволяющими отнести полученный результат к той или иной описательной категории. Например, признать психическое развитие ребенка соответствующим его возрасту или нет.

Нормы проверяются на больших группах людей с применением статистических методов обработки значительных массивов данных. В профессиональной психологической практике могут применяться лишь тесты, прошедшие тщательную проверку и признанные надежными.

Существуют различные типы тестов. Их уже так много, что возникла необходимость создания специального справочника [13]. Тесты могут быть классифицированы по нескольким принципам, например: по принципу построения теста *{вопросники, тесты-задания, проективные тесты}*; по способу сбора информации *{индивидуальные и групповые}*; по времени, которое необходимо для сбора информации *{экспресс-тесты и тесты для стационаров}*; по степени информированности испытуемого *{для неосведомленных и осведомленных испытуемых}*; по количеству возможных применений *{применимы один или несколько раз}* и т.д.

Тесты, применяемые в медицинской психологии, можно распределить по нескольким группам.

Критериально-ориентированные тесты - испытания соответствия человека или группы людей определенному условию, например выявление годности или негодности состояния здоровья призывника для прохождения службы в армии.

Тесты достижений позволяют определять степень выраженности того или иного симптома или синдрома. Строго говоря, данный тип тестов может рассматриваться как развитие, уточнение испытаний первого типа. В этих тестах не только констатируется факт наличия того или иного синдрома или личностной черты, но и устанавливается степень его (ее) выраженности.

Тесты измерения интеллекта (в зависимости от того, что мы понимаем под интеллектом) позволяют определять умственное развитие, уровень осведомленности пациента, компетентности в социальных контактах (социальный интеллект), умение устанавливать причинно-следственные связи и т.д.

Данный тип тестов широко применяется для оценки степени соответствия умственного развития возрастным нормам, уточнения степени опережения (акселерации) или задержки психического развития, характера имеющихся отклонений от нормы, например в результате черепно-мозговых травм и т.д.

Процедуру измерения интеллекта целесообразно повторять многократно. Особое значение это имеет в дошкольный и школьный периоды, при определении готовности ребенка к школе. Подобная процедура в старческом возрасте проводится для оценки динамики возрастных изменений в психике человека, степени его социальной компетентности, способности позаботиться о себе.

Указанные измерения в зрелом возрасте могут иметь значение при профотборе, при проведении судебной экспертизы и ряде других случаев.

Данный тип тестов не вскрывает причин достижения того или иного уровня умственного развития. Для их уточнения проводятся дополнительные исследования.

Личностные тесты предназначены для изучения устойчивых особенностей индивида, сформированных в результате взаимодействия анатомо-физиологических особенностей человека и устойчивых свойств, сложившихся под воздействием социальной среды. Так как в современной психологии отсутствует общепринятая теория личности, можно встретить тесты, которые позволяют измерять самые разные психические образования. Однако независимо от того, какие характеристики измеряются, они могут быть представлены в виде личностного профиля (факторный подход) или устойчивого синдрома (синдромальный подход).

Личностный профиль - это график, на котором представлены значения по всем измеренным переменным (рис. 1). На одном графике могут быть представлены личностные профили нескольких человек. Такие личностные профили позволяют достаточно точно описать индивидуальность пациента.

Определенное прогностическое значение имеют показатели по каждому личностному фактору в отдельности, однако наиболее информативно соотношение значений по нескольким или даже по всем измеренным переменным. Например, в тесте Кеттелла 16PF - это значения по шестнадцати первичным шкалам и четырем вторичным факторам, а в тесте ММРІ - это значения по трем-восемью оценочным шкалам, а также по десяти-тринадцати (и более) клиническим характеристикам.

Некоторые личностные тесты применяются в психологической и клинической практике особенно часто. К ним относятся тест Кеттелла 16PF, тест ММРІ, тест Айзенка, ПДО Личко и ряд других методик.

Результаты, которые получены при помощи разных тестов, могут быть сопоставлены, т.к. данные в них представлены в значениях, пригодных для статистической обработки (баллах, стенах и т.д.).

Проективные тесты - методы изучения индивидуальных особенностей пациента, основанные на анализе продуктов деятельности испытуемого при интерпретации многозначных по содержанию сенсорных стимулов. Свободные ассоциации возникают по определенным законам и отражают личный опыт человека, состояние его психического и соматического здоровья. Эти свободные ассоциации анализируются по определенной схеме: учитывается лексический состав, объем и темп речевой продукции пациента. По этой информации делается вывод о его личностных особенностях и особенностях имеющегося у него заболевания. Наиболее известными методиками, относящимися к данной группе, являются: Пятна Роршаха [6]; Тематический апперцептивный тест (ТАТ), ассоциативный эксперимент, рисуночный тест «Несуществующее животное» [7] и др.

Возникает вопрос о том, какая метрика пригодна для измерения психических свойств, и как сопоставлять результаты, полученные при помощи различных тестов. Так как измеряемые психические характеристики не являются наименованными, наиболее распространенной единицей измерений, принятой в психологии, является балл. В тестах также иногда применяются производные баллов - стены.

Естественно, что если при измерениях применяются оценки в каких-то условных единицах (по отдельным тестам можно набрать 10, 100 баллов), то должна существовать определенная шкала (или система шкал), на которой откладываются эти баллы при количественном описании психического качества или симптома.

Существует несколько классификаций психометрических шкал.

1. Шкалы можно разделить на монополярные и биполярные. На *монополярных* (однополюсных) шкалах измеряется только одна психическая переменная, чаще всего от нуля до какой-то условной величины, как это делается при измерении интеллекта. В психологии значительно чаще применяются *биполярные шкалы* (двухполюсные). С их помощью одновременно измеряется два психических образования. В этом случае один полюс соответствует максимальной выраженности одного качества, а второй, противоположный ему, полюс соответствует максимальной выраженности какого-то иного качества. Так, в тесте Айзенка личность пациента, наряду с прочими характеристиками, описывается по биполярной шкале «Эмоциональная стабильность - нейротизм».

2. Шкалы можно разделить на ортогональные и сопряженные. По характеру связи между собой шкалы могут быть рядоположенными, не связанными между собой. В этом случае принято их называть *ортогональными шкалами*. Так, шкала оценки эстетической привлекательности зубного ряда не имеет значимой корреляционной связи со шкалой выраженности гипоманиакального синдрома. Однако бывают случаи, когда шкалы связаны некоторой корреляционной зависимостью, т.е. изменение значения измеряемого свойства по одной шкале означает изменение другого психического свойства и, соответственно, проявляется в виде сдвигов значения по другой шкале. В этом случае шкалы называются *сопряженными*. Так, образовательный уровень пациента связан отрицательной корреляционной связью с его вербальной внушаемостью [40].

3. Психометрические шкалы могут быть разделены на нольмерные, одномерные и многомерные. *Нольмерным* шкалированием называется процедура определения самого факта присутствия того или иного симптома или значимой личностной черты (например, имеют место дефекты речи в результате перенесенного инсульта или нет). При *одномерном* шкалировании измеряется только одна отдельно взятая характеристика (например, степень экстравертированности-интровертированности больного). *Многомерное* шкалирование предполагает описание индивидуальных особенностей пациента одновременно по нескольким шкалам, как это делается, например, в тесте ММРІ.

4. Известный психофизик С.С. Стивенс предложил свою классификацию, включающую четыре типа психометрических шкал: наименования, порядка, интервалов, пропорциональности.

4.1. Если данные удовлетворяют шкале *наименования* (*номинальные данные*), то это означает, что их можно распределить по нескольким качественно отличным группам. Обычно такие шкалы применяются в критериально-ориентированных тестах. Например, у одной группы пациентов наблюдаются определенные синдромы (симптомы), а у другой - нет.

4.2. Если полученная информация удовлетворяет требованиям шкалы *порядка* (*ординальные данные*), то выраженность отмеченных синдромов (симптомов) может быть описана не только качественно, но и количественно. Например, у одного пациента симптом выражен в большей степени, а у другого - в меньшей.

4.3. Соответствие данных требованиям шкалы *интервалов* (*интервальные данные*) предъявляет к ним еще более строгие требования: на шкале вводится некоторая метрика. Например, интервал между 36,6 и 36,7°C равен интервалу между 37,2 и 37,3°C.

4.4. Данные, соответствующие свойствам шкалы *отношений (пропорциональности)*, связаны системой более или менее сложных взаимосвязей, которые и определяют характер качественных и количественных изменений свойств исследуемых объектов.

Наиболее известным методом измерения личностных черт является тест **ММРІ: Миннесотский многокритериальный личностный опросник** (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) [98]. ММРІ продолжительное время остается одним из основных инструментов исследования личности в норме и патологии. В настоящее время развиваются и детально проверяются его новые версии: ММРІ-2 и ММРІ-А (подростковый вариант). Русскоязычный вариант теста получил название СМІЛ (Стандартизированное многокритериальное исследование личности). Имеется несколько русскоязычных вариантов этого теста. Наиболее полная версия состоит из 550 утверждений. Широкое распространение получила и более короткая версия, состоящая из 384 утверждений [7]. Более краткие варианты теста, например Mini-Mult, содержат только 71 утверждение и могут использоваться для решения ограниченного ряда прикладных задач. **Структура теста ММРІ.** ММРІ начали использовать в 40-х - начале 50-х годов. В среде медиков в то время нарастала неудовлетворенность субъективизмом описания пациентами внутренней картины заболевания. И тогда у специалистов Миннесотского университета возникла идея формализовать и максимально стандартизировать описание пациентом своего состояния и, вместе с тем, обеспечить максимально подробное описание личностных особенностей и нюансов психического состояния.

Для создания теста был применен принцип алфавита. Суть его состоит в том, чтобы использовать очень ограниченный набор исходных единиц. Полнота и богатство описания синдрома достигаются за счет составления комбинаций из ограниченного числа исходных элементов. Аналоги использования этого принципа можно встретить, например, в европейских языках. Так, в русском алфавите 33 буквы, а в английском - только 26 букв. Однако это не мешает составлять очень точные и подробные описания внутреннего мира человека. Доказательством тому является мировая литература.

Приступая к реализации идеи составления минимального, но исчерпывающего набора симптомов, из которых можно было бы составить любые по сложности синдромы психических состояний в норме и патологии, сотрудники Миннесотского университета обратились к большой группе ведущих врачей и психологов - специалистов в различных областях медицины. Их попросили прислать список наиболее часто встречающихся жалоб, с которыми обращаются к ним пациенты. Причем эти типичные симптомы требовалось указать без использования научной терминологии, в тех выражениях, в которых их описывают сами пациенты. В результате авторами теста была собрана обширная база данных, которые затем подверглись проверке на синонимичность. После тщательного анализа и отбора симптомов для теста было оставлено минимальное, но исчерпывающее их число. От испытуемого требуется указать, имеются ли эти симптомы у него (ответить на каждое утверждение да/нет).

Современные версии теста вполне соответствуют поставленной задаче. Они проверены во многих клинических исследованиях и могут использоваться для диагностики личностных черт и синдромов как в норме, так и в патологии.

Наиболее полные русскоязычные варианты теста состоят из 550 и 377 утверждений - наиболее часто встречающихся высказываний пациентов относительно своего состояния, сведений из авторитетных клинических руководств и ранее использовавшихся диагностических опросников. Индексы рассчитываются по оценочным шкалам, предназначенным, в первую очередь, для проверки достоверности полученных данных, и нескольким клиническим шкалам. Все эти индексы могут быть представлены в виде личностного профиля (рис. 1). Вариант теста из 377 утверждений [7] состоит из трех оценочных шкал (L, F K) и десяти основных диагностических шкал (1-0).

Оценочные шкалы. Эти шкалы используются для установления достоверности собранной информации.

Шкала L. Образована из утверждений, в которых декларируются социально одобряемые, но часто не соблюдаемые этические или иные нормы поведения. Например: «Я всегда говорю только правду». Положительный ответ на такие утверждения расценивается как стремление испытуемого выглядеть в глазах врача максимально благоприятным образом, так как демонстрирует строгое следование принятым в обществе социальным нормам.

Шкала F. Высокие значения по данной шкале встречаются при случайных ответах испытуемого или намеренном искажении результатов. Такие данные обычно признаются недостоверными и выбраковываются.

Шкала К. Данная шкала позволяет отделить скрытных пациентов, старающихся не обнаружить патопсихологические симптомы, от людей демонстративно откровенных, обнажающих свои проблемы. Данные этой шкалы учитываются, т.е. являются поправочными коэффициентами для пяти основных клинических шкал.

Клинические шкалы.

Первая шкала (ипохондрии, Hs) - предназначена для выявления пациентов, склонных проявлять повышенное беспокойство в отношении своего здоровья. Иногда такая мнительность может принимать болезненный характер. Высокие показатели по данной шкале обычно имеют люди с астеноневротическим типом личности.

Вторая шкала (депрессии, D) - позволяет идентифицировать людей с гипотимическим типом личности, для которых характерны депрессивные тенденции.

Третья шкала (конверсионной истерии, Hu) - предназначена для выявления людей, для которых характерно использование симптомов соматического нарушения как способ выхода из сложных социальных ситуаций.

Четвертая шкала (асоциальной психопатии, Pd) - позволяет установить лиц с психопатоподобным поведением. Они могут нарушать принятые нормы поведения. Причем личный негативный опыт не корригирует поведение.

Пятая шкала (шкала мужских и женских черт характера, Mf) - отражает степень соответствия психических и поведенческих реакций биологическому полу, эталонам поведения, принятым в данной социальной среде.

Шестая шкала (шкала паранояльности, Pa) - выявляет людей с паранояльным типом личности, характеризующимся, наряду с различными формами «сверхценных» идей, более или менее выраженной подозрительностью и ригидностью мышления.

Седьмая шкала (шкала психастении, Pi) - выявляет лиц тревожно-мнительного типа, для которых характерны разнообразные страхи и подозрительность.

Восьмая шкала (шкала шизоидности, Sc) - позволяет выявлять лиц шизоидного склада, личностей, для которых характерны аутистические реакции.

Девятая шкала (шкала гипомании, Ma) - позволяет идентифицировать лиц с гипертимным типом личности, для которых характерно отрицание тревоги, существования каких-либо затруднений и импунитивное поведение (признание собственной или чьей-либо вины).

Нулевая шкала (шкала социальной интроверсии, Si) - выявляет две группы лиц. Первая группа объединяет людей, стремящихся к широкому кругу социальных контактов (экстравертов). Вторая включает людей, предпочитающих одиночество, сосредоточенных больше на собственных переживаниях и внутреннем мире (интровертов).

Помимо перечисленного основного набора шкал, в ММРІ предусмотрено большое число дополнительных шкал, предназначенных для самых различных диагностических целей в патопсихологии, психиатрии, профориентации и профотборе.

ММРІ-2 представляет собой дальнейшее развитие базового варианта теста. На данном этапе осуществляется сопоставление диагностических возможностей ММРІ и ММРІ-2. По имеющимся данным (Svanum, McGrew, 1996), прогностическая точность обеих версий данного теста достаточно высока, т.е. обе версии теста являются эффективными методами диагностики личностных особенностей и функциональных состояний.

Диагностика посттравматических стрессовых нарушений (ПТСН) является одной из областей эффективного применения теста. В ММРІ-2 для этого существуют специальные шкалы: шкала ПТСН Шленгера и шкала ПТСН Кина. Первая из них предназначена для дифференциации людей здоровых от людей с синдромом ПТСН, вторая - для дифференциации лиц с ПТСН от людей, страдающих психиатрической патологией.

В последнее время разработан еще один вариант данного теста, получивший название ММРІ-А, предназначенный для подростков [93]. Для данной версии теста разработаны дифференцированные возрастные нормы отдельно для юношей и девушек младшего возраста, а также 14, 15, 16, 17 и 18 лет, имеющих образование не менее шести классов. Помимо базовых шкал, ММРІ-А также включает большое число дополнительных субшкал, пригодных для решения узких диагностических задач.

ММРІ-А обладает как диагностическими возможностями основного варианта (например, показатели валидности и клинические шкалы), так и совершенно новыми специфическими характеристиками, учитывающими особенности современных подростков. Он состоит из 478 утверждений и требует 60 минут для заполнения. Значения по основным оценочным и клиническим шкалам могут быть получены при заполнении первых 350 утверждений.

Данная версия теста предназначена для уточнения диагноза в особо сложных случаях, планирования лечения в условиях стационара, специализированных клиник, школьных консультаций, частной практики, для разработки индивидуальных коррекционных программ на дому.

ММРІ-А учитывает язык и возрастные особенности подростков. Например, новые шкалы позволяют вскрывать такие специфические подростковые проблемы, как отношения в семье, школе, характер химической зависимости. Так, шкала «Потенциальной склонности к наркомании» (Addiction Potential Scale) состоит из 39 утверждений, в которых рассматриваются типичные жизненные ситуации, ассоциирующиеся с употреблением средств, которые приводят к наркотической зависимости.

Существует возможность двусторонней конвертации значений T-показателей ММРІ и ММРІ-2, а также ММРІ и ММРІ-А.

Основы интерпретации. В данном контексте не могут быть подробно рассмотрены все имеющиеся в литературе варианты психологических профилей. Ограничимся указанием на следующие правила, несоблюдение которых приводит к ошибочным выводам.

1. Диагностический профиль следует рассматривать как единое целое. При этом особое внимание следует уделять соотношению показателей по нескольким шкалам, тогда как абсолютные значения по отдельным шкалам играют меньшую роль.

2. Значения по отдельным шкалам следует интерпретировать не столько на основе средних значений, сколько с учетом существующих культуральных, возрастных, половых и профессиональных норм.

3. Психологический профиль не может рассматриваться в качестве основания постановки окончательного диагноза. Он лишь позволяет уточнить личностные особенности и психическое состояние человека.

Сложившееся психическое состояние и синдром личностных качеств не являются неизменными и претерпевают постоянные изменения.

Полученные в экспериментальных условиях индивидуальные профили обладают уникальностью, поэтому описанные в литературе «типичные» психологические профили могут рассматриваться лишь как ориентиры, с которыми в большей или меньшей степени схожи профили конкретных людей.

Приведенные выше принципы содержательной интерпретации личностных профилей можно показать на следующем примере. ММРІ позволяет измерять функциональное состояние и личностные особенности людей с хроническим болевым синдромом [94]. различают следующие четыре типа таких личностных изменений: 1) P; 2) A; 3) I; 4) N; возможны случаи отсутствия таких изменений (тип 0). Тип P является наиболее выраженным. Он проявляется в значительном подъеме значений профиля по всем шкалам. Пациенты, относящиеся к данному типу, обычно имеют минимальный уровень образования, часто являются безработными, имеют низкий уровень доходов, жалуются на тяжелый стресс, который проявляется на физиологическом, психологическом и социальном уровнях.

Для личностного профиля людей типа A по шкалам Hs, D и Hy характерна аркообразная кривая с вершиной на шкале D. У лиц данного типа не отмечаются какие-либо особенности в социальном положении. Для личностного профиля типа I характерно значительное повышение по шкалам Hs, D и Hy («невротическая триада»). Для этой группы людей характерна длительная история хирургического лечения и госпитализации. Личностный профиль типа N характеризуется отсутствием значимых отклонений по клиническим шкалам. В ряде случаев отмечается подъем на шкале достоверности данных K. Для них не характерны настойчивые жалобы на свое состояние. Как правило, у лиц данной группы более высокий уровень образования. Коррекция болевого синдрома поддается лечению, которое дает хороший результат.

В литературе [97] сопоставляются результаты комплексного исследования личности по ММРІ, ММРІ-2 с известным проективным тестом Роршаха [6]. Авторами подчеркивается, что оба теста хорошо дополняют друг друга на концептуальном и эмпирическом уровнях. Их совместное применение позволяет существенно повысить достоверность результатов исследования личностного профиля, поведения, эмоциональных проявлений, межличностных контактов, самооценки, механизмов психологической защиты, картины имеющихся патопсихологических нарушений.

Другим широко используемым в клинической практике тестом является **личностный тест Кеттелла (16PF)**. Данный тест состоит из 16 первичных шкал: 15 биполярных и 1 монополярной шкалы, а также четырех производных вторичных шкал. Каждая шкала имеет название и буквенный индекс. Методика позволяет оценивать следующие личностные характеристики:

(фактор А) «скрытность, обособленность - доброта, беспечность»;

(фактор В) «уровень интеллекта»; (фактор С) «эмоциональная неустойчивость - эмоциональная устойчивость»;

(фактор Е) «конформность - авторитарность»;

(фактор F) «сдержанность, озабоченность — экспрессивность, беззаботность»;

(фактор G) «несогласие с общепринятыми моральными нормами - добросовестность»;

(фактор H) «застенчивость - смелость, тяга к риску»;

(фактор I) «низкая чувствительность - сензитивность»;

(фактор L) «доверчивость - подозрительность»;

(фактор M) «практичность - мечтательность»;

(фактор N) «прямолинейность - дипломатичность»;

(фактор O) «самоуверенность - чувство вины»;

(фактор Q1) «консерватизм - радикализм»;

(фактор Q2) «зависимость от группы - самодостаточность»;

(фактор Q3) «низкое самомнение - высокое самомнение»;

(фактор Q4) «отсутствие побуждений и желаний - неудовлетворенность стремлений»;

(фактор F1) «низкая тревожность — высокая тревожность»;

(фактор F2) «интроверсия - экстраверсия»;

(фактор F3) «сензитивность - реактивная уравновешенность»;

(фактор F4) «конформность - независимость».

В момент проведения исследования пациенту предлагается брошюра с вопросами и тремя вариантами ответа (А, Б, В) на каждый из вопросов. Испытуемому нужно выбрать только один ответ, который в большей степени соответствует его личным особенностям. При обработке результатов тестирования данные из индивидуального бланка ответов сопоставляются с ключом по каждой шкале. За каждый совпавший с ключом ответ испытуемому приписывается один балл. Баллы по каждой из шкал суммируются.

В эти предварительные оценки вносятся поправочный коэффициент (для мужчин и женщин различный). Таким образом, формальный результат теста Кеттелла представляет собой числовые значения по набору личностных факторов, которые могут колебаться в диапазоне от 0 до 10 стенов. В случае необходимости может быть дана вербальная (словесная) характеристика результатов по каждой шкале в отдельности и группам шкал, построен личностный профиль, на котором представлены значения всех личностных характеристик.

За последнее время было проведено достаточно большое число исследований, в которых изучались особенности поведения, особенности клинической картины протекания тех или иных заболеваний у людей с различными психологическими профилями, полученными по тесту Кеттелла. Так, установлена значимая положительная корреляционная связь между выраженностью таких личностных черт, как экстраверсия, беззаботность, открытость к изменениям, и продолжительностью жизни. Имеются указания на связь некоторых особенностей эмоциональности как устойчивой личностной черты с заболеваемостью и смертностью.

Эмоциональная сфера личности в тесте 16PF характеризуется прежде всего факторами С («эмоциональная устойчивость» или «сила Я») и Q4 («напряженность, фрустрированность - расслабленность, отсутствие желаний»). В литературе [47] имеются указания на существование отрицательной корреляционной связи между этими двумя факторами: более низкому баллу по фактору С соответствует более высокий балл по фактору Q4 и наоборот. Другими словами, большей эмоциональной устойчивости соответствует большая расслабленность и наоборот - эмоциональная неустойчивость сопровождается большей напряженностью. По имеющимся данным [51], низкая эмоциональная устойчивость часто сопутствует неврозам, психопатии, алкоголизму.

Значения по фактору G («следование общепринятым нормам») у полюса более высокой сознательности, самоконтроля и аккуратности сопряжены отрицательной корреляционной связью с числом правонарушений, типом поведения, характерным для асоциальных психопатов. В то же время больший балл по данному показателю коррелирует с лучшей академической успеваемостью и направленностью на кооперацию в группе. Указанная тенденция ведет также к снижению вероятности возникновения психосоматических заболеваний и положительно коррелирует с продолжительностью жизни [96].

В связи со значительным влиянием на здоровье и продолжительность жизни личностных черт человека актуальным является проведение мониторинга изменений устойчивых особенностей индивидуальности под влиянием социальной среды.

Фактор F отражает степень ингибации (давления) на человека культурных и семейных норм и указывает на степень обеспокоенности человека своим будущим. Высокий уровень обеспокоенности ведет к большей продолжительности периода холостой жизни, более позднему вступлению в брак, желанию жить вне мегаполисов, стремлению к большей стабильности [51].

Фактор L («подозрительность-доверчивость») раскрывает индивидуальные механизмы психологической защиты в ответ на воздействия стрессора, тип компенсирующего поведения, готовность на большую или меньшую кооперацию с группой, расчет на поддержку группы при решении проблемных ситуаций, готовность к открытой конкуренции в борьбе за лидерство, завистливость. Данный фактор указывает на связь между определенными особенностями поведения и вероятностью психосоматических заболеваний.

Фактор N («проницательность-наивность») указывает на степень рациональности поведения или на излишнюю эмоциональность, что также снижает вероятность возникновения психосоматических заболеваний.

Ускорению процесса старения способствуют социальная изоляция, состояние депрессии, отсутствие социальной поддержки и ориентации на сотрудничество. Установлена отрицательная корреляционная связь между степенью включенности человека в социальную среду (числом социальных контактов) и вероятностью госпитализации как индикатором обострения психосоматических заболеваний [95].

Под влиянием возникшего соматического заболевания личностные черты могут претерпеть существенные изменения. Так, например, установлены значимые изменения по фактору G (склонность игнорировать общепринятые социальные нормы) и по фактору L («подозрительность-доверчивость»). Кроме того, установлены изменения личностного профиля по 16PF при алкоголизме.

Эффективность лечения также находится в прямой зависимости от личностных особенностей больного. Так, эффект психотерапевтического воздействия при аффективных нарушениях оказывается тем меньшим, чем больше выражена такая личностная черта, как самодостаточность (фактор Q2). Объясняется это взаимосвязью личностных особенностей с характером протекания ряда важнейших физиологических процессов [47].

Тест Кеттелла имеет несколько вариантов. Его можно встретить с буквенными индексами A, B, C, D, F. Все они рассчитаны на людей разного возраста и образовательного уровня. Именно поэтому в модифицированных вариантах теста разное количество вопросов и имеются различия в формулировках. Так, например, вариант теста, рассчитанный на взрослых образованных людей, состоит из 187 вопросов, вариант, рассчитанный на детей, состоит из 60 вопросов.

При помощи личностных тестов ММРІ и Кеттелла с успехом выявляются группы людей («группы риска»), у которых особенно часто развиваются определенные психосоматические реакции.

В завершение следует указать на взаимодействие и распределение функций между врачом и медицинским психологом при проведении психодиагностики. Само проведение психологического обследования пациента и обработка результатов являются прямыми обязанностями психолога. Этому его обучают пять лет в университете. Врач должен уметь содержательно интерпретировать личностные профили и эффективно использовать эту информацию при лечении пациента.

7.1. Практические задания.

Исследование ситуативной и личностной тревожности (опросник Спилберга).

Данный тест используется для измерения тревожности как психического состояния (ситуативная тревожность), которое может возникать при определенных условиях и сменяться другими состояниями, и тревожности как устойчивой индивидуальной характеристики (личностной черты). Соответственно этим двум измеряемым переменным в тесте предусмотрены две шкалы.

Инструкция. «Прочитайте утверждение и выберите наиболее подходящий Вам ответ. В таблице указано количество баллов, которое присваивается за выбранный ответ».

Выбираемые ответы

Нет, это верно	Пожалуйста, так	Верно так	Совершенно верно
----------------	-----------------	-----------	------------------

Шкала ситуативной тревожности

1. Я спокоен	1	2	3	4
2. Мне ничто не угрожает	1	2	3	4

3. Я нахожусь в состоянии напряжения	1	2	3	4
4. Я внутренне спокоен	1	2	3	4
5. Я чувствую себя спокойно	1	2	3	4
6. Я расстроен	1	2	3	4
7. Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8. Я чувствую душевный покой	1	2	3	4
9. Я встревожен	1	2	3	4
10. Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11. Я уверен в себе	1	2	3	4
12. Я нервничаю	1	2	3	4
13. Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14. Я взвинчен	1	2	3	4
15. Я не чувствую скованности и напряжения	1	2	3	4
16. Я доволен	1	2	3	4
17. Я озабочен	1	2	3	4
18. Я слишком возбужден и мне не по себе	1	2	3	4
19. Мне радостно	1	2	3	4
20. Мне приятно	1	2	3	4
Шкала личностной тревожности				
21. У меня бывает приподнятое настроение	1	2	3	4
22. Мне ничто не угрожает	1	2	3	4
23. Я легко могу расстроиться	1	2	3	4
24. Я хотел бы быть таким же удачливым, как и другие	1	2	3	4

25. Я сильно переживаю неприятности и долго не могу о них забыть	1	2	3	4
26. Я чувствую прилив сил, желание работать	1	2	3	4
27. Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
28. Меня тревожат возможные трудности	1	2	3	4
29. Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
30. Я бываю вполне счастлив	1	2	3	4
31. Я все принимаю близко к сердцу	1	2	3	4
32. Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
33. Я чувствую себя незащищенным	1	2	3	4
34. Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей	1	2	3	4
35. У меня бывает хандра	1	2	3	4
36. Я бываю доволен	1	2	3	4
37. Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
38. Бывает, что я чувствую себя неудачником	1	2	3	4
39. Я - уравновешенный человек	1	2	3	4
40. Меня охватывает беспокойство, когда я думаю о	1	2	3	4

своих делах и
заботах

Оценка результатов.

По приведенной ниже таблице определяется количество набранных испытуемым баллов по каждой шкале в отдельности, которые делятся на число 20. Полученные два индекса рассматриваются как показатели ситуативной и личностной тревожности соответственно. По Моог (1995) шкала ситуативной тревожности может использоваться для измерения дентофобии.

Ключ для оценки выраженности ситуативной и личностной тревожности (по Немову) приводится ниже.

Номер суждения	Ситуативная тревожность (ответы)	Номер суждения	Личностная тревожность (ответы)
1	4321	21	4321
2	4321	22	1234
3	1234	23	1234
4	1234	24	1234
5	4321	25	1234
6	1234	26	4321
7	1234	27	4321
8	4321	28	1234
9	1234	29	1234
10	4321	30	4321
11	4321	31	1234
12	1234	32	1234
13	1234	33	1234
14	1234	34	1234
15	4321	35	1234
16	4321	36	4321
17	1234	37	1234
18	1234	38	1234
19	4321	39	4321
20	4321	40	1234

Выводы об уровне развития.

3,5-4,0 балла- очень высокая тревожность.

3,0-3,4 балла - высокая тревожность.

2,0-2,9 балла - средняя тревожность.

1,5-1,9 балла - низкая тревожность.

0,0-1,4 балла - очень низкая тревожность.

Вопросы к главе

1. Какие проблемы решает психодиагностика?
2. Какие существуют методы психодиагностики?
3. Какие существуют типы тестов? Дайте им характеристику.
4. Какие требования предъявляются к психологическим тестам?
5. Какие особенности невербального поведения следует учитывать при наблюдении?
6. Укажите основные правила проведения интервью.
7. Укажите основные правила проведения клинической беседы.
8. Какие существуют типы психометрических шкал?
9. Дайте характеристику личностного теста ММРІ.
10. Дайте характеристику личностного теста Кеттелла 16PF.

ГЛАВА 8.

ПРОБЛЕМЫ ДЕОНТОЛОГИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ И НРАВСТВЕННОГО РАЗВИТИЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Духовно-нравственная составляющая врачебной деятельности - одна из основ профессионализма современного врача. Понимание целей, задач, содержания и характера психолого-педагогических условий духовно-нравственного развития студентов-медиков, умение их создавать - это глобальная проблема высшего медицинского образования в области этизации и гуманизации сознания и деятельности будущих российских врачей. Эта проблема одинаково значима для всех кафедр медицинских вузов. Так, на кафедре педагогики и психологии МГМСУ она специально изучается в рамках диссертационного исследования «Введение в духовную культуру врача» (ст. преп. Зорин, научный руководитель - проф. Кудрявая), идет работа над созданием образовательной программы для студентов лечебного факультета, несколько лет проводится экспериментальное обучение.

В наши дни высокая духовно-нравственная культура не мыслима вне осознания человеком смыслов, ценностей, мотивов человеческого существования как такового и, по большому счету, является залогом физического и психического здоровья. «... Понимание человеческих мотиваций, - говорит известный психолог Эрих Фромм, - должно вытекать из понимания общей характеристики смысла человеческого существования, то есть проблемы человеческого существования в целом» [89; с. 52].

Со времен Гиппократов общепризнано и бесспорно, что «нравственная культура врача - это не просто заслуживающее уважение свойство его личности, но и качество, определяющее его профессионализм» [70]. К особенностям медицинского профессионализма относится то, что его совершенствование стимулируется моральными мотивами (милосердием, альтруизмом, заботой о человеке, стремлением спасти и сохранить жизнь и т.д.). В любой другой профессии «нет столь осмысленного нравственного целеполагания профессиональной деятельности» [72].

«Утрата морального смысла медицинской деятельности равносильна потере ее полноты и целостности»[70]. А это чрезвычайно опасно, т.к. превращает медицину в своего рода «полунауку». Деятельность настоящего профессионала обязательно включает в себя «компоненты научной компетентности и добродетели» [70]. Профессионал, выполняющий долг добровольно и осмысленно, в отличие от врача-технаря, исполняющего обязанности механически и бездумно, «осваивает реальность морально-этического знания и отстаивает ценности своей профессии» [69].

Таким образом, *этизация врачебного сознания и деятельности* — одно из коренных условий образования врача-профессионала. *Подлинный профессиональный рост* немыслим вне *личностного роста*. Поэтому требуется особая ценностно-смысловая, нравственно ориентированная, этическая доминанта в высшем медицинском образовании. Она должна сменить прежнюю нормативно-регулятивную доминанту и способствовать воспитанию у врача высоких моральных качеств, без которых профанируется его благородная профессия. Вот почему духовно-нравственная ориентация — не придатак, а необходимая ценность и в мировоззренческом, и в педагогическом, и в профессиональном планах.

Только так может быть решена проблема *гуманизации врачевания*. Под гуманизацией врачевания мы понимаем развитие у врача таких личностных качеств (милосердие, альтруизм, ответственность, совестливость и т.д.), при которых гуманные принципы отношения к человеку фактически воплощались бы в теоретической и практической работе врача. Это и делало бы врача настоящим профессионалом.

Гуманизацию и этизацию высшего образования обеспечивает его *гуманитаризация*, т.е. усиление гуманитарного компонента образования. По нашему мнению, гуманитаризация - основа духовно-нравственного воспитания личности врача.

8.1. Деэтизация и дегуманизация профессионального сознания и деятельности врача.

Низкий уровень духовно-нравственной культуры неизбежно приводит к деэтизации профессионального сознания и деятельности врача. Деформируется не только его клиническое мышление, но и моральные устои. Это выражается в трех планах:

- а) в социальных установках врача по отношению к пациенту;
- б) в моделях отношений врач - пациент;
- в) в медико-деонтологических казусах.

Для наиболее полного соблюдения правил биоэтики и деонтологии, построения продуктивных взаимоотношений с пациентом врачу необходимо отчетливо представлять и учитывать весь комплекс его субъективных переживаний, связанных с болезнью. Совокупность эмоциональных, волевых, интеллектуальных и ценностно-смысловых психических явлений, связанных с осознанием, переживанием и отношением к болезни, называется ***внутренней картиной болезни (ВКБ)***.

Деэтизация и дегуманизация профессионального сознания и деятельности из-за игнорирования ВКБ формирует у врача определенные *социальные установки по отношению к пациенту*. Эти установки отражают общую ориентацию, предрасполагающую врача к определенным (в данном

случае - объектного типа) действиям относительно больного. В свою очередь, деформированная культура профессиональных межличностных контактов искажает смысл врачевания.

Социальные установки составляют стержень моделей отношений врач-пациент. Американский исследователь Роберт Вич описал четыре таких модели: техническую, патерналистскую (сакральную), коллегиальную и контрактную [101]. Впоследствии к ним добавилась пятая (договорная) модель, предложенная Р. Вичем [102] и развитая Уильямом Меем [99].

1) *Техническая модель* целиком построена на отношении врача к пациенту как к объекту. Врач устраняет какую-либо «неполадку» в организме больного подобно тому, как слесарь чинит водопроводную трубу. Это типичный нозоцентрический подход, в основе которого находится не больная, а болезнь. Врач прагматически интересуется только клиническими фактами, игнорируя ценностно-смысловые аспекты болезни (в первую очередь - страдания пациента). Клиническое суждение превалирует над моральным выбором. В процессе принятия решения ключевые, сущностные человеческие факторы, например религиозные воззрения, не учитываются. Предельное воплощение данного подхода - опыты нацистских врачей над заключенными концентрационных лагерей. Ради интересов третьего Рейха врачи-фашисты демонстративно пренебрегали общечеловеческими ценностями, вплоть до крайней «беспристрастности».

2) В *патерналистской (сакральной)* модели врач лечит даже взрослого пациента как ребенка, причем без уважения к автономии его личности. Доктор ведет себя, будто имеет неоспоримое моральное превосходство, и потому широко использует административно-командные методы подчинения пациента. При этом на словах декларируется, что врач обязан соблюдать моральные принципы: приносить пользу, а не вред; защищать личную свободу и достоинство пациента; говорить только правду; держать свои обещания и т.д. Однако исполнение всех означенных положений возложено исключительно на врача. Это требует от него высочайших моральных качеств.

3) В *коллегиальной модели* врач сотрудничает с пациентом как с коллегой, который доверяет ему и помогает решить общую задачу - ликвидировать болезнь и восстановить здоровье. Но этнические, социальные, экономические, ценностные и другие различия препятствуют достижению подлинного взаимопонимания и коллегиальности между врачом и пациентом, затрудняют реализацию принципа общих интересов и взаимного доверия.

4) В *контрактной модели* вне установленного контракта врач не

несет абсолютно никаких обязательств перед пациентом. Все действия врача жестко регламентированы. Он является поставщиком медицинских услуг, а пациент - клиентом, покупающим эти услуги. Однако в понятие контракта не вкладывается чисто юридический смысл. Скорее это - символ: некое соглашение, традиционный обет, который подразумевает соблюдение принципов свободы, достоинства, честности, справедливости и т.д. По мысли Р. Вича, данная модель позволяет избежать отказа от морали со стороны врача (в технической модели), ущемления моральных прав пациента (в патерналистской модели), а также зачастую обманчивого и неконтролируемого равенства (в модели коллегиального типа). Отношения с врачом на основе контракта оставляют за пациентом право на выбор и управление своей жизнью и судьбой. Если такие отношения противоречат требованиям врачебной совести или взаимное доверие утрачивается, врач расторгает контракт либо не заключает его вовсе.

5) *Договорная модель* представляет собой сплав положительных особенностей двух предыдущих моделей. Договор врача и пациента строится на принципах взаимного согласия и доверия, поэтому врач не может расторгнуть его в одностороннем порядке. Такая модель менее формальна и более человечна. Она подразумевает моральную чистоплотность и пациента, и врача.

Совершенно очевидно, что в технической и патерналистской моделях врачебное сознание и деятельность деэтизируются, а морально-нравственные нормы - деформируются. Врач руководствуется *социальными установками объектного типа по отношению к пациенту*. С этим и связаны отрицательные черты данных моделей. В коллегиальной же, контрактной и особенно договорной моделях преобладает *субъективный тип отношения врач-пациент*, что делает их предпочтительными.

В первых двух моделях врач не способен критически анализировать *медико-деонтологические казусы*, т.е. такие ситуации, в которых врачу необходимо принять решение, правильное с точки зрения морали и нравственности. А сделать это очень трудно, поскольку такое решение всегда требует определенного выбора. Алгоритмов же, механических приемов или компьютерных программ, обеспечивающих верные ответы в ситуациях морального сомнения, не существует.

Таким образом, деэтизация и дегуманизация профессионального сознания и деятельности врача деформирует его моральные установки и препятствует нахождению правильных ответов на вопросы морали. Из этого следует, что врачу становится труднее исполнять свои моральные обязательства по отношению к коллегам, пациентам и их родственникам. Суть этих моральных обязательств изложена в *основных принципах биомедицинской этики* [5]:

- 1) принцип уважения автономии личности;
- 2) принцип милосердия;
- 3) принцип «не навреди»;
- 4) принцип справедливости;
- 5) принцип правдивости;
- 6) принцип конфиденциальности. В идеале эти принципы должны являться нравственным стержнем отношений врач - пациент. В противном случае мы говорим о той или иной степени деэтизации и дегуманизации профессионального сознания и деятельности врача, прежде всего - его контактов с пациентами.

Споры в этических дискуссиях, а следовательно, наибольшее число медико-деонтологических казусов преимущественно связаны с вопросом *определения начала и конца человеческой жизни*. Конфликт технических возможностей и этических принципов драматичнее всего разворачивается в сфере воспроизводства человеческой жизни. В России до сих пор официально не определен моральный статус человеческого эмбриона. Внедрение в практику новейших биомедицинских технологий, в частности контрацепции и стерилизации, ведет к падению ценности человеческой жизни. Заготовка «запасных» зигот с последующим уничтожением «ненужных» - условие процедуры искусственного оплодотворения. Превращение зародышей в фармацевтическое «сырье» - основа фетальной терапии. Отрицательный результат пренатальной (дородовой) диагностики, которая отнюдь не застрахована от ошибок, - показание для преднамеренного уничтожения эмбриона. Указанные технологии сопряжены с искусственным прерыванием беременности. Поэтому проблема аборта, особенно медицинских и немедицинских показаний к нему, - одна из самых главных и острых в биомедицинской этике.

Также очень остро медицина сталкивается с вопросами морального отношения к смерти. Имеются в виду формирование нового надежного критерия смерти, эвтаназия, право на «лжесвидетельство» в онкологии, право на донорство в трансплантологии и т.д. Современные реанимационные мероприятия могут не только «возвращать» больных из состояния клинической смерти и предотвращать биологическую смерть, но и обрекать на длительное продление умирания. Активная и

пассивная эвтаназия входит в здравоохранение как особое медицинское «лечение». Это объясняется двумя факторами: во-первых, прогрессом реаниматологии, работающей уже в режиме «управления умиранием», а во-вторых - обесцениванием прежних духовных ценностей и моральных приоритетов и появлением новых, в центре которых стоят права человека (в том числе «право на смерть»).

Помимо вышеназванных медико-деонтологических казусов, существует ряд других. Они связаны с этическими проблемами, возникающими при половом воспитании, технологических вмешательствах в геном человека (клонирование), злоупотреблении психиатрическими методами лечения, экспериментах над людьми и т.д.

Дезтизация и дегуманизация профессионального сознания и деятельности врачей затрудняют разрешение всех перечисленных казусов и, продуцируя объектное отношение к человеку, накладывают серьезные негативные отпечатки на отношения врач -пациент [31; с. 164-165], а именно:

- 1) препятствуют врачу осознать себя и своего пациента духовной уникальной личностью, обедняют внутренний мир и саморефлексию;
- 2) поощряют видеть в больном не личность, а вещь, объект приложения профессиональных знаний, навыков и умений;
- 3) осложняют медработникам и пациентам реализацию своих прав и свобод (прежде всего духовных), закрепленных во Всеобщей декларации прав и свобод человека, декларациях Всемирной медицинской ассоциации, Международных кодексах медицинской этики, в клятве Гиппократата;
- 4) деформируют клиническое мышление доктора;
- 5) инспирируют узколобый фельдшеризм, психологизм, биологизм и прочие ложные ориентации;
- 6) задают обезличенно-формальный, утилитарно-прагматический стиль отношений с пациентом;
- 7) нивелируют психотерапевтическое значение деонтологического фактора;
- 8) не способствуют развитию целостных представлений о природе и сущности человека;
- 9) суживают в сознании врача клиническую картину больного человека до клинической картины болезни;
- 10) создают иллюзию всезнания и достаточности для эффективного врачевания только объективных естественнонаучных данных;
- 11) приводят к отказу от традиционной медицины в пользу оккультных, псевдодуховных, парапсихологических (экстрасенсорных), а подчас откровенно сатанинских учений и методов врачевания;
- 12) препятствуют духовному обогащению лучшими традициями христианской медицины;
- 13) мешают гуманному разрешению медико-деонтологических казусов и задач на смысл (см. Приложение 5).

8.2. Цели, задачи и содержание деонтологического воспитания как формы нравственного развития студентов-медиков.

Цели, задачи и содержание деонтологического воспитания как формы нравственного развития студентов-медиков связаны с этизацией и гуманизацией их профессионального сознания и деятельности. Этот процесс предполагает следующее:

- > освоение основных принципов ценностно-смыслового подхода врача к пациенту;
- > понимание роли ценностно-смысловых и этических факторов в медицинской деятельности;
- > осознание значения этической (духовно-нравственной) культуры врача в формировании концепции «Я - врач» и в профессиональном самоопределении;
- > осмысление взаимосвязей личностного и профессионального роста врача;
- > умение использовать принципы ценностно-смыслового подхода к пациенту в разрешении и предупреждении медико-деонтологических казусов;
- > умение оказывать психотерапевтическое воздействие на пациента с помощью принципов биоэтики и деонтологии;
- > умение психологически и этически грамотно решать медико-деонтологические задачи на смысл.

Моральные требования, адресованные врачу как члену общества, в каждую историческую эпоху обретали свои характерные отличия. Религиозные, культурные, социальные, экономические традиции различных народов формировали понимание нравственных норм и оценок работы врача. Главный же моральный принцип - облегчение страданий больного человека, - как правило, оставался неизменным.

Древнейшие трактаты, в которых излагаются моральные требования и права врача, - это свод законов вавилонского царя Хаммурапи (XVIII в. до н.э.), древнеиндийские медицинская энциклопедия «Аюрведа»(IX—III вв. до н.э.) и постановления Ману(II—I вв. до н.э.), труды древнегреческих врачей-мыслителей Гиппократ, Асклепиада, Галена, римского врача Цельса и т.д.

Уникальный положительный вклад в развитие моральных традиций врачевания внесло христианство. Оно очистило медицинскую науку от всякого рода ложно-мистических, мифологических, языческих и откровенно сатанинских воззрений и техник, обогатило профессию врача своим учением о человеке, его природе и личности, о духовном смысле болезни и врачевания. В Церкви родилась неповторимая, христиански ориентированная этическая и духовная культура врача [71, 23, 24].

На становление моральных принципов медицины повлиял также ислам в лице средневековых арабских мыслителей и врачей Ибн-Сины (Авиценны) (X-XI вв.), Ар Рази(X в.), Ибн-Аль-Талмида(XII в.) и других. Кроме того, упомянем западноевропейские модели врачебной этики Парацельса(XV-XVI вв.) и Канта(XVIII в.).

В 1834 году английский философ и правовед И. Бентам в книге «Деонтология, или наука о морали» впервые употребил термин «деонтология» (от греч. deontos - должное, надлежащее; logos - наука). В дальнейшем совокупность нравственных норм профессионального поведения медицинских работников стала называться медицинской деонтологией. Последняя включает в

себя круг вопросов, входящих в рамки служебных обязанностей медперсонала: соблюдение врачебной тайны, ответственность за жизнь и здоровье больных, характер взаимоотношений с коллегами, пациентами, их близкими и т.д. В отличие от медицинской этики, деонтология имеет черты узкой специализации, например: деонтология терапевта, педиатра, стоматолога.

Основной принцип деонтологии ~ это фактически «золотое правило» христианской этики в приложении к врачеванию: относиться к больному так, как хотелось бы, чтобы в аналогичной ситуации относились к тебе. Данный принцип восходит к Нагорной проповеди Иисуса Христа: «Итак, во всем, как хотите, чтобы с вами поступали люди, так поступайте и вы с ними; ибо в этом закон и пророки» (Евангелие от Матфея, гл. 7, ст. 12).

В 1969 году американский биолог В. Поттер вводит в употребление два новых термина - «биомедицинская этика» и «биоэтика». Первый призван отделять традиционные взгляды на этические проблемы от подходов, привнесенных в биологию и медицину научно-технической революцией; второй - проецировать все эти воззрения непосредственно на медицинскую теорию и практику. Впоследствии одни исследователи отождествляют данные термины, другие - видят в биомедицинской этике часть биоэтики. В последнем случае под биоэтикой понимается систематическое изучение поведения человека, в частности врача, в области наук о жизни и медицине в свете моральных принципов и ценностей.

Зарубежный ученый Р. Мур отмечает, что медицинская этика есть общечеловеческая этика, касающаяся медицинской деятельности, без каких-либо особых принципов, методов или правил. Это - «старая этика, пытающаяся найти свое место в новых, часто трудных обстоятельствах» [100].

Традиционно принято считать, что врач просто обязан выполнять свой служебный долг. Поэтому проблемы биоэтики и деонтологии в медицинских вузах до последнего времени оставались «в тени», как не требующие специальной подготовки студентов. Верная постановка диагноза, выбор методов лечения, адекватность прогнозирования отодвинули моральные аспекты врачевания на второй план, словно некое подспудное приложение к собственно диагностическим и лечебным действиям. Здравоохранение, увы, накопило немало вопиющих примеров игнорирования требований врачебной этики.

Врач действует деонтологически грамотно тогда, когда он самостоятелен (сам ставит цели), свободен (сам выбирает средства их достижения), сознателен (способен осознать то, что делает) и совестлив (выражая себя, не нарушает прав и свобод других людей). Эти параметры фиксируются в качестве целей-ценностей образования на базе культурологической доктрины [1; с. 16].

Подчеркнем: свободное, самостоятельное и сознательное поведение, не ограничивающее прав других людей, - это поведение совестливого человека. Крупный австрийский психолог Виктор Франкл говорит: «Воспитание должно быть направлено на то, чтобы не только передавать знания, но и оттачивать совесть так, чтобы человеку хватило чуткости расслышать требование, содержащееся в каждой отдельной ситуации» [цит. по: 1; с. 11].

Совість -одно из проявлений нравственного самосознания, голос нашего внутреннего «я», помогающий различать добро и зло, чувствовать и осознавать свою ответственность перед Богом за себя и за других. Воспитать совестливость - значит помочь человеку регулировать свои отношения к Богу, окружающему миру и самому себе с позиций высоких нравственных требований.

Морально-нравственная и духовная зрелость является важной составляющей личностной зрелости. Согласно педагогической концепции морального развития Л. Кольберга, уровень морального развития определяется не только полнотой познания «моральных правил» и степенью освоения соответствующего типа поведения, но в первую очередь - мерой личного принятия

моральных норм как ценностей и мотивами этого принятия. Соответственно выделяются 3 уровня морального развития, подразделенные каждый на 2 ступени.

а) Доморальный уровень:

=> ориентация на покорность и избегание наказаний;

=> наивный гедонизм (ориентация на индивидуальные сиюминутные интересы и наслаждения).

б) Уровень конформной морали:

=> ориентация на сохранение хороших взаимоотношений (мораль «хорошего мальчика»);

=> ориентация на поддержание авторитета.

в) Уровень совести и высоких нравственных принципов:

=> ориентация на общественный договор;

=> ориентация на совесть и справедливость.

Совесть, правда и справедливость лежат в основе **чувства сострадания**. В недавнем прошлом словосочетание «врачебное милосердие» официально у нас было «принудительно забыто» и заменено на «помощь людям». Но помогать можно без жалости и понимания, даже ненавидя. Возродить в душе чувство милосердия - означает не только уберечь будущего врача от «духовной анестезии», от «эмоционального выгорания», но и научить его эмпатии, сопереживанию, сочувствию нуждам и внутреннему состоянию пациента, глубокому пониманию внутренней картины болезни.

Совесть и сострадание - проявления духовно-нравственного начала в человеке; их воспитание имеет огромное значение. Особенность этого воспитания заключается в формировании положительных духовно-нравственных ценностей путем воздействия на эмоциональную и мотивационную сферу личности. Здесь крайне важно создать подходящие условия для раскрытия и изменения личности в ответ на определенные переживания.

Исходя из вышеизложенного, мы полагаем, что *самое главное в духовно-нравственном воспитании студентов-медиков -привить им такие ценностные **ориентации и личностные смыслы**, благодаря которым в своей жизни **и** практике **они** руководствовались бы **принципами совести и сострадания***. Именно это позволит будущему врачу видеть в больном человеке неповторимую, духовную и при этом страдающую личность с правом выбора собственной позиции, а не просто бездушный материал для научно-исследовательской или лечебно-диагностической работы.

В этой связи духовно-нравственная культура врача призвана отстаивать право его личности действовать не только по закону или различным критериям биомедицинской этики, но и по совести, чувству сострадания. На наш взгляд, исключительно с позиций совести нужно анализировать биоэтические ситуации, в частности медико-деонтологические казусы и такие понятия, как «право на жизнь», «право на смерть», «право врача», «право пациента», «информированное согласие», «клонирование», «эвтаназия» и т.д. Следовательно, **воспитание врачебной совести является стержнем этики профессионального сознания и деятельности врача, а значит, целью преподавания биоэтики и деонтологии**.

Врачебная совесть позволяет действовать и по букве закона, и в соответствии с духом врачевания. Лишь тогда снимается противоречие между медициной как профессией и медициной как искусством. Устранив это противоречие, врач может правильно ответить на ключевые вопросы о смысле своей жизни и профессии. Поэтому содержание духовно-нравственного воспитания должно выходить на самые существенные, экзистенциальные проблемы человеческого бытия, чтобы компенсировать отсутствие в учебных программах тех мотивов, ценностей и смыслов, которые предельно значимы для личностного и профессионального роста. Усиление духовно-нравственных и культурологических аспектов необходимо для воспитания чистого нравственного облика врача и осмысления избранной им профессии.

Колоссальная важность такого осмысления проходит лейтмотивом в исследованиях ряда авторов. Например, крупный отечественный патологоанатом И.В. Давыдовский придавал огромное значение философскому осмыслению сущности болезни. Именно благодаря этому он, в отличие от своих научных оппонентов, изучал болезнь не просто как сбой в организме, но как одну из сторон жизни человека со всеми присущими ей основополагающими принципами (единство организма и среды, приспособление к среде, саморегуляция, целостность, самодвижение, биологическая целесообразность и т.д.) [15, 16].

Итак, в осмыслении сути врачевания и в нравственном развитии студентов-медиков биоэтика и деонтология играют первостепенную роль. Они призваны стать полноправной частью духовно-нравственной культуры и гуманитарного образования врача, поскольку напрямую влияют на эффективность учебного процесса, а также на формирование профессионально-моральных ценностей и менталитета врача XXI века.

8.3. Вопросы для совместного обсуждения со студентами по теме «Мы и наши пациенты».

Культура отношения врача к пациенту в зависимости от «образа» больного человека во врачебном сознании. Личное достоинство врача и пациента.

1. Насколько часто Вы задумываетесь над тем, какое отношение к пациенту формирует у врачей медицинское образование?
2. Считаете ли Вы, что медицинское образование учит врача видеть в пациенте объект приложения профессиональных знаний, навыков и умений?
3. Считаете ли Вы, что медицинское образование учит видеть в пациенте союзника в борьбе с недугом?
4. Вы согласны, что отношение врача к больному как к совокупности патологических симптомов является приемлемым?
5. Вы согласны, что отношение врача к пациенту как к клиническому случаю не сочетается с теплым, сердечным участием к нему?
6. Вы считаете, что изучение закономерностей жизнедеятельности организма позволяет увидеть в больном человеке страдающую личность?
7. Вы согласны, что больной, выдавая врачу «аванс доверия», подчас вынужден раскрывать глубоко личные тайны?

Целостность и единство природы человека. Осознание физического и духовного «я», разотождествление болезни и больного человека, лечения организма и личности. Психолого-антропологические аспекты медицины.

1. Насколько Вы согласны, что лечение человека - это лечение его организма?
2. Вы считаете, что больной человек - это человек плюс его болезнь?
3. Насколько Вы согласны, что физический организм - только часть человека?
4. Считаете ли Вы, что нормальная анатомия и физиология здорового человека отличаются удивительной гармонией и совершенством?
5. Вы согласны, что оригинальность и неповторимость человека как биологического вида может приводить к мысли о нем как о чудесном творении Божиим? 6. Совместима ли психологическая уникальность человека с воззрением на него как на объект?

Ценность и уникальность человеческой жизни. Моральный статус плода.

1. Имеет ли человек право на жизнь с момента оплодотворения?
2. Человеческий эмбрион в первые три месяца беременности -это просто биомасса?
3. Человеческий эмбрион в первые три месяца беременности -это часть материнского организма?
4. Является ли человеческий эмбрион в первые три месяца беременности человеком, развивающимся в организме матери?
5. Можно ли расценивать человеческий эмбрион с момента зачатия как полноправного пациента?
6. Насколько Вы согласны, что эмбрион, убиваемый при аборте, испытывает мучения?
7. Согласны ли Вы, что человеческий эмбрион активно сопротивляется при аборте?
8. Вы согласны, что аборт без медицинских показаний - это единственная операция, в которой сам по себе организм женщины не нуждается?
9. Можно ли рассматривать угрызения совести как психологическое послеабортное осложнение?
10. В какой мере Вас волновали бы угрызения совести женщины, сделавшей аборт, если бы эту операцию произвели Вы?
11. В какой мере Вас тревожат нравственные аспекты аборта?
12. Какую степень ответственности за аборт несет отец ребенка?
13. Вы согласны, что узаконенный аборт (без медицинских показаний) есть преступление с точки зрения нравственности?
14. Вы согласны, что религия справедливо осуждает аборт по прихоти женщины как страшный грех?
15. Этично или не этично участвовать врачу в движении против абортов?
16. Этично или не этично клонирование человека, подобно животным?

Ценностно-смысловая природа болезни. Духовный смысл болезни и смерти, его значение для самосознания врача и пациента.

1. Вы согласны, что пациент часто ищет ответ на вопрос: «За что я страдаю»?
2. Есть или нет смысла в вопросе: «Для чего я страдаю»?
3. Приводит ли к болезни асоциальное поведение?
4. Предрасполагают ли к болезни сексуальные извращения?
5. Является ли половая распущенность фактором риска болезни?
6. Может ли болезнь быть расплатой за нарушение нравственных норм?
7. Может ли болезнь быть расплатой за пренебрежение к общечеловеческим ценностям?
8. Может ли болезнь быть расплатой за преступление христианских заповедей, за грех?
9. Может ли грех быть своего рода предболезнью личности, порождающей психосоматическую патологию?
10. Может ли соблюдение нравственных норм быть своего рода профилактикой заболеваемости?
11. Какое внимание врачи уделяют смысловым аспектам заболевания при изучении анамнеза, истории болезни и жизни пациента?
12. Способна ли тяжелая болезнь, близость смерти заставить человека переосмыслить свою жизнь?
13. Способна ли тяжелая болезнь, близость смерти склонить человека к попытке исправить самого себя?
14. Способна ли тяжелая болезнь, близость смерти подтолкнуть человека к исправлению содеянных ошибок?
15. Вы согласны, что перед лицом смерти обесцениваются материальные ценности?
16. Вы согласны, что перед лицом смерти возрастает значение духовных ценностей?
17. Может ли тяжелая болезнь, наступление смерти подвигнуть человека обратиться к Богу?
18. Насколько Вы согласны, что душа человека умирает вместе с его телом?

Духовный облик, призвание, долг и совесть врача. Роль религии в становлении профессионального самосознания врача. Опыт пастырского попечения о больных и его значение в современной медицине.

1. Вы согласны, что высокий профессионализм врача предполагает его высокую духовно-нравственную культуру?
2. Насколько взаимосвязаны профессиональный рост и личностный рост врача?

3. Полезно ли врачу, делая назначение больному, спросить себя: «Допущу ли я то же самое по отношению к себе, если окажусь в его положении?»
4. Согласны ли Вы, что со временем у постоянно практикующего врача может возникнуть «духовная анестезия» (привыкание, нечувствительность к страданиям пациента)?
5. «Духовная анестезия» - это профессиональная патология врача?
6. Может ли вера врача в Бога быть психотерапевтическим фактором, препятствующим «духовной анестезии»?
7. Может ли вера врача в Бога помочь врачу быть милосерднее, сострадать положению и нуждам больного?
8. Врачевание - это своего рода «жизненный крест»?
9. Считаете ли Вы, что в служении врача и священника много общего?
10. Считаете ли Вы, что характеристика «Врач милостью Божией» - глубже, чем просто комплимент или иносказание?
11. Интересует ли Вас христианское учение о человеке?
12. Интересует ли Вас христианское учение о болезни и врачевании?
13. Интересует ли Вас христианское учение об умирании и смерти?
14. Интересуют ли Вас христианские методы исцеления больных?

ГЛАВА 9.

ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕНИЕ

9.1. Роль общения в образовании.

Какова роль общения в педагогическом процессе? Общение является неотъемлемой частью образования. Ярким доказательством этому служит глубокая связь образования и культуры. С изменением социальной и культурной ситуации наметились коренные изменения во взглядах на сущность и содержание образования. В современных условиях оно рассматривается как компонент культуры, являющийся основным средством развития гуманистической сущности человека.

Основной культурной ценностью является сам человек. Понимание человека в контексте культуры представляет собой понимание индивида во всей его неповторимости, единственности и всеобщности. Отношение к человеку как к высшей ценности бытия берется за основу современного образовательного процесса. Гуманистическая сущность педагогической науки и практики широко освещена в многочисленных современных исследованиях (Амонашвили, Петровский, Слободчиков, Исаев, Кан-Калик, Котова, Шиянов и др.). Современная педагогическая наука рассматривает личность как главную ценность общества. При этом личность выступает в роли активного субъекта познания, общения и творчества. Будучи компонентом культуры, образование, в свою очередь, является средством трансляции культуры, одним из условий ее существования, сохранения и приумножения.

Гуманистические принципы образования в современной педагогической науке призваны выполнять культуросозидательную функцию, способствуя приобщению личности к общечеловеческим ценностям и развитию индивидуальной культуры студента через осознание им собственной самооценности и возможности самореализации. Созданные и функционирующие в рамках человеческого общества, культура и образование диалогичны по своей сущности. Их существование возможно только в условиях общения.

Общение - это источник и канал информации. При этом в процессе общения человек приобретает и передает не только идеи, факты, представления, но и ценностное отношение, интересы, настроения, чувства. В общении осуществляются рациональное, эмоциональное и волевое взаимовлияние и взаимодействие педагога и учащихся, врача и пациента, выявляется и формируется общность взглядов, мыслей, настроений. В общении достигается взаимопонимание, осуществляется передача и усвоение знаний и опыта, создаются сплоченность и солидарность, характеризующие групповую и коллективную деятельность. Педагогическое общение играет немалую роль в формировании и передаче социальных установок, отношения к пациентам, образа жизни.

Общение выступает в качестве одного из важнейших условий выявления и раскрытия лучших сторон личности, формирования ее сознания и самосознания, стимулятором ее развития. Общаясь с другими людьми, анализируя отношение других людей к себе, рефлексирова, и студент, и преподаватель обнаруживают потребность в самосовершенствовании и реализуют эту потребность в процессе саморазвития.

Проявляющийся в общении социально-психологический механизм «заражения» и подражания способствует формированию у студентов идеального образа врача, воплощающего в себе те качества и свойства, которые хотелось бы приобрести.

Хороший преподаватель-клиницист должен стать для студентов эталоном, идеалом его будущей профессии. Такой преподаватель может передать стиль своего клинического мышления, манеру и приемы практических действий, методы реализации деонтологических принципов, ведь для студентов социально-психологическим аспектом выбора профессии является мотив - быть принятым (включенным) в данную профессиональную группу.

К сожалению, специальные исследования в РГМУ показывают, что в настоящее время авторитет преподавателя среди студентов невысок. В анкете при ранжировании значимости для студентов требований, исходящих из разных источников, на первом месте - собственные требования, на втором - требования друзей, на третьем - семьи, на четвертом - общества, на пятом - коллектива студенческой группы и лишь на шестом, последнем, - преподавателей. Только 58% анкетированных смогли назвать среди своих преподавателей таких, чьи человеческие и профессиональные качества совпадают с их представлениями об образе специалиста-медика. 27% затруднились ответить, 2,5% не смогли назвать персонально, 15,1% на данный вопрос не ответили. В то же время многие называли конкретные фамилии и давали развернутую положительную, подчас даже восторженную характеристику любимых педагогов [19].

В связи с этим преподавателю желательно обладать педагогическим талантом и необходимо формировать высокий уровень педагогического мастерства, профессиональной педагогической компетентности, основной составляющей которой является педагогическое общение. В конечном итоге все группы способностей, необходимых преподавателю (общекультурные, познавательные, проектировочные и организаторские) замыкаются на способностях коммуникативных [35]. Ведь общение - одна из форм сотворчества, в процессе которого человек познает и преобразует окружающий его мир. В общении осуществляется стремление личности к реализации своей социальной роли, своих организаторских и партнерских качеств.

«Педагогическое общение — это многоплановый прогресс организации, установления и развития коммуникации, взаимопонимания и взаимодействия между педагогами и учащимися, порождаемый целями и содержанием их совместной деятельности»¹.

Коммуникативные способности преподавателей и их компетентность в общении особенно ценятся студентами младших курсов, которые в большей степени, чем студенты 3-4 курсов, в своих оценках преподавателей выделяют их личные качества [74]. В модели «хорошего» преподавателя на первое место они ставят понимание студента преподавателем, сочувствие ему. Начиная с третьего курса студенты отдают предпочтение компетентности. К концу обучения снова возрастает ценность личностных качеств преподавателей, хотя и не достигает той величины, которая имела место у первокурсников.

Из качеств, которые современные студенты больше всего ценят в преподавателях, обычно называют широкий кругозор, знание и увлеченность предметом, интерес к личности студента, уважение, терпимость, понимание, доброжелательность, справедливость. Среди негативных личностных качеств часто выделяют низкий уровень культуры, невежество, нетерпимость, фальшь, унижение достоинства студента, высокомерие, жестокость, злость. Чтобы педагогическое общение было эффективным, врачу-педагогу необходимо понимать:

- ◆ закономерности общения;
- ◆ структуру общения, особенности реализации коммуникативной, интерактивной и перцептивной функций общения;
- ◆ методики изучения общения и межличностных отношений;
- ◆ основные психолого-педагогические требования, предъявляемые к организации педагогического и межличностного общения.

Педагогу также необходимо уметь:

- ◆ использовать для передачи информации весь арсенал коммуникативных средств, методов и приемов;
- ◆ понимать эмоциональное состояние пациентов и студентов, адекватно воспринимать и объективно оценивать их поведение, а также индивидуально-психологические особенности (темперамент, способности и т.п.);
- ◆ корректно и педагогически целесообразно воздействовать на партнеров по общению: организовывать свои взаимоотношения с пациентами и студентами, взаимоотношения студентов, а также студентов и пациентов в процессе совместной деятельности.

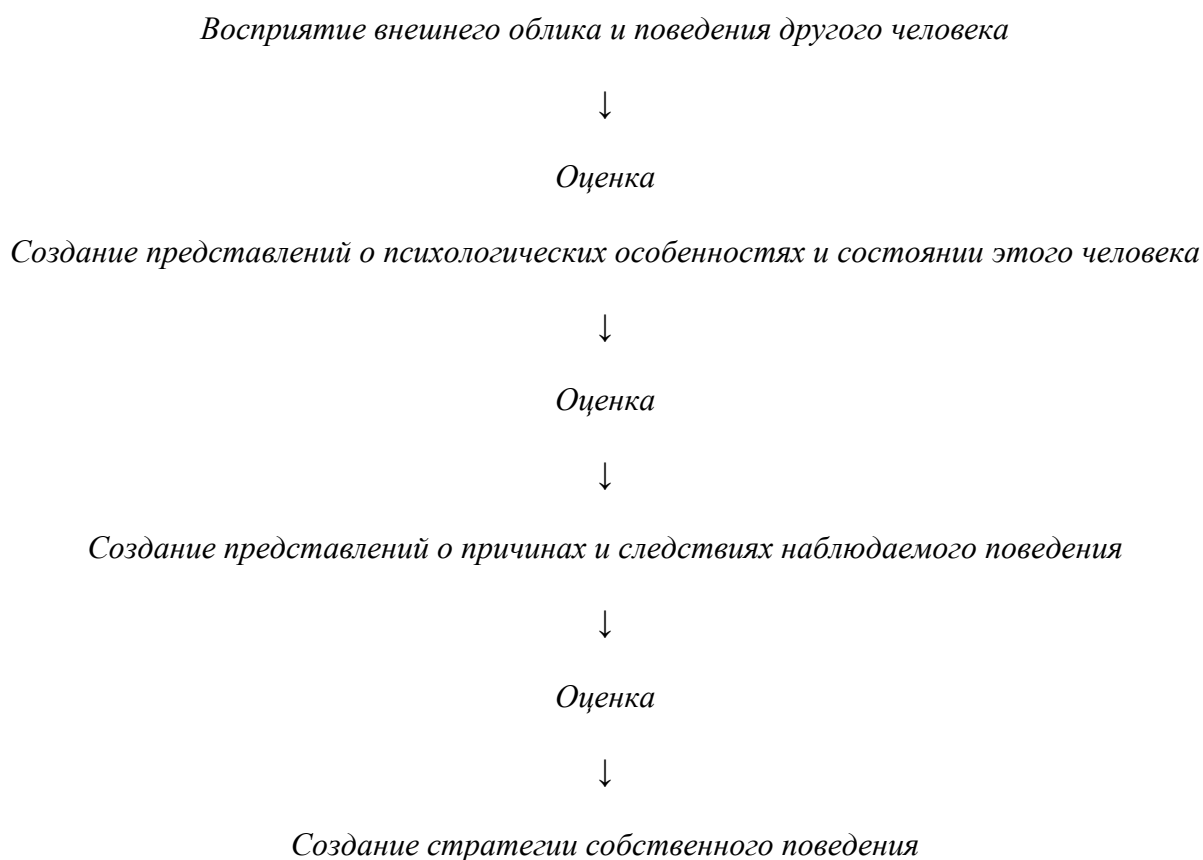
9.2. Закономерности общения.

Каковы же феномены, функции и закономерности процесса педагогического общения? Общение с другими людьми является для каждого человека жизненно важной потребностью. Получение и передача информации в общении дает человеку возможность овладеть опытом, накопленным человечеством (информационная функция общения). Во время общения происходит передача и восприятие эмоций и чувств, передается отношение к событию, важность и значимость его для данного человека (перцептивная функция общения). С помощью общения осуществляется взаимодействие людей (интерактивная функция общения).

Коммуникативные способности включают в себя умение объективно воспринимать собеседника (его настроения, намерения и т.д.), адекватно воспринимать ситуацию и видеть себя глазами данного партнера по общению.

Возникновение и успешное развитие межличностного общения возможно лишь в том случае, если между его участниками существует взаимопонимание. То, в какой мере люди отражают черты и чувства друг друга, воспринимают и понимают других, а через них и самих себя, во многом определяет процесс общения, отношения, складывающиеся между партнерами, и способы, с помощью которых они осуществляют совместную деятельность. Таким образом, процесс познания и понимания одним человеком другого выступает как обязательная составная часть общения.

Процесс восприятия наблюдаемого поведения, интерпретацию воспринимаемых причин поведения и ожидаемых последствий, эмоциональную оценку, а также построение стратегии собственного поведения в социальной психологии объединяют в понятие «социальной перцепции». Процесс социальной перцепции может быть представлен в виде следующей схемы.



Таким образом, социальная перцепция - это важный психологический процесс, при котором осуществляется построение человеком определенного социального поведения. По сути, результаты субъективной оценки партнера служат основой для построения поведения по отношению к нему.

Мнение преподавателя об определенном студенте и его способностях может повлиять на самооценку и поведение учащегося. В педагогике известен такой феномен, как «самоактуализирующееся пророчество» (Берне). Преподаватель на основе своего перцептивного опыта формирует свою стратегию поведения по отношению к данному студенту (харизма отличника, феномен зачетки и т.д.). Студент, отталкиваясь от стратегии преподавателя, от его субъективного мнения строит свое собственное поведение. Если преподаватель - авторитетный человек, студент будет стараться вписаться в ту модель поведения, которую ему предложили, и «пророчество» сбудется. «Самоактуализирующееся пророчество» (или стереотип ожидания)

может иметь как позитивные, так и негативные последствия; последнее происходит в случае, если мнение преподавателя о студенте или его способностях отрицательно. К сожалению, исследования психологов показывают, что на отрицательном полюсе данный стереотип работает эффективнее и последовательнее.

Ситуацию общения врача-преподавателя со студентом можно представить как отношение ролей: врач - будущий врач и педагог - ученик. Рефлексия преподавателем ситуации общения со студентами позволяет вычленить его активную роль, т.е. его действия, способствующие или препятствующие идентификации студента с ролью врача. Студент хочет, чтобы его рассматривали не как ученика, а как будущего коллегу. В то же время преподавателям, особенно на первых курсах, привычнее и удобнее общаться со студентами как с учениками. Такая манера педагогического общения значительно снижает его эффективность. Ведь в силу мотивации «стать врачом» лично значимой будет оценка студента в качестве будущего врача. Ролевые ожидания и оценки студента как ученика занимают подчиненное место. Преподаватель, диктующий отношения педагог - ученик, может оказаться вычеркнутым из референтной группы. Влияние педагога резко снижается потому, что он не понял ожиданий и претензий студента (подробнее о ролевом анализе ситуации обучения в вузе см.: Дианкина М.С. «Профессионализм преподавателя высшей медицинской школы»).

Одним из основных секретов эффективного общения является умение «правильно» слушать собеседника. «Секрет влияния на людей - не в умении говорить, а в умении быть хорошим слушателем, - писал Дейл Карнеги. - Многие люди, пытаясь убедить кого-то в своей правоте, слишком много говорят сами. Дайте высказаться другим людям».

Часто слушание понимается как пассивное поведение в разговоре. В таком случае в диалоге, пока один из партнеров говорит, другой или молча ожидает перерыва в его речи, чтобы высказать свое мнение, или перебивает собеседника. Вспомните случаи из своей жизни, когда общение происходило по такой схеме, и вспомните чувства, которые возникали у Вас в таких случаях. Почему это происходило? Хотелось ли Вам говорить с этим человеком снова?

Все дело в том, что слушание - это не только и не столько молчание, а процесс более сложный, активный, в ходе которого устанавливаются невидимые связи между людьми, возникает то ощущение взаимопонимания, которое делает эффективным любое общение.

Вообще в процессе речевого взаимодействия происходит передача информации от одного партнера к другому, которая может быть выражена в следующей схеме.

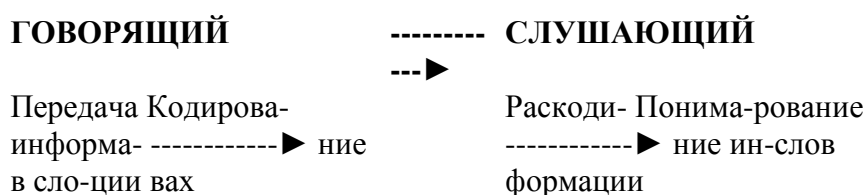


Схема 7. Процесс речевого взаимодействия.

То, как раскодирует слушатель наши слова, зависит от многих причин: понятно ли мы подали информацию, готов ли он воспринять ее, интересна ли она ему, верит ли он нам и т.п. Взгляните с этой стороны на строки из стихотворения Ф.И. Тютчева «Нам не дано предугадать, как слово наше отзовется...».

Поэтому одним из наиболее важных моментов в любом общении является момент обратной связи, благодаря которому собеседник чувствует, что он говорит с живым человеком, а не в пустоту, и к тому же узнает, как именно его услышали и поняли.

Причем в любом высказывании существуют по крайней мере два уровня: информационный и эмоциональный. Следовательно, обратная связь может быть двух видов - отражение информации и отражение чувств говорящего. Вид слушания, в котором на первый план выступает отражение информации, называют активным слушанием.

Активное слушание подразумевает постоянное отражение содержания той информации, которую передает вам собеседник. Наиболее общепринятыми приемами активного слушания являются уточнения правильности понимания сообщения путем вопросов типа: «Правильно ли я Вас понял, что...»; парафразов: «Таким образом, Вы хотите сказать...» или «Другими словами, ты имел в виду...». Применение таких, на первый взгляд, простых приемов общения позволяет достичь сразу двух целей:

1) обеспечить адекватную обратную связь: у Вас и Вашего собеседника появляется уверенность в том, что вы правильно поняли друг друга;

2) косвенным образом информировать собеседника о том, что перед ним - не «диктофон», в который он может диктовать свои мысли и рассуждениями не ребенок, которому можно указывать, а равный ему партнер. Стремление занять равную партнерскую позицию означает, в частности, что оба собеседника должны нести ответственность за свои слова.

Активное слушание незаменимо в деловых переговорах, в ситуациях, когда Ваш партнер по общению равен Вам или сильнее Вас, а также в спорных ситуациях или когда собеседник ведет себя конфликтно, агрессивно, стремится продемонстрировать свое превосходство или говорит очень путано, перескакивая с одной темы на другую. Это также очень хорошее средство успокоиться и настроиться самому или настроить собеседника на деловую волну, если у Вас возникает желание наругать партнеру, развить начавшийся конфликт.

Как и всякая другая техника, приемы активного слушания не универсальны. Они работают только тогда, когда Вы учитываете ситуацию, содержание разговора и эмоциональное состояние собеседника. Бывает, что приходится слушать человека, находящегося в состоянии аффекта, сильного эмоционального возбуждения, и в этом случае приемы активного слушания не работают. Ваш собеседник и не является в прямом смысле собеседником. В данный момент он человек, который не контролирует собственные эмоции, не способен улавливать содержание разговора. Поэтому ему необходимо только одно - успокоиться, восстановить самоконтроль, и только после этого с ним можно будет общаться «на равных», только после этого он способен слышать то, что Вы ему говорите. В таких случаях эффективно работает так называемое пассивное слушание.

Пассивное (нерефлексивное) слушание - это слушание без анализа, рефлексии, дающее собеседнику возможность высказаться. Если Вы имеете дело с человеком, находящимся в состоянии эмоционального возбуждения, Вам необходимо его просто успокоить. Часто человек в таком состоянии не очень хорошо понимает, что именно он говорит. Поэтому отражение информации или его чувств - дело совершенно бессмысленное или даже вредное. Главный принцип - минимум ответов. Любая наша фраза в лучшем случае будет пропущена собеседником «мимо ушей», в худшем - собьет его с мысли или даже вызовет агрессивную реакцию: ведь мы идем против его желания выговориться самому. Поэтому важно просто слушать человека, давая ему понять, что он не один. Лучше всего при этом действуют так называемые «угу-реакции»: «да-да», «угу», «ну, конечно» и т.п. Дело в том, что эмоциональное состояние человека подобно маятнику: дойдя до высшей точки эмоционального накала, человек начинает успокаиваться, затем сила его чувств опять увеличивается, дойдя до высшей точки, - снова падает и т.д. Если не вмешиваться в этот процесс, то, выговорившись, человек успокоится.

Не молчите, потому что глухое молчание у любого человека может вызвать раздражение, а у возбужденного человека это раздражение будет усилено. Не используйте парафразов, они могут

вызвать взрыв негодования. Ваша главная задача - «не заразиться» от собеседника его эмоциями, что сделать не так-то легко, особенно если эти эмоции направлены на Вас.

Помимо ситуаций, когда Вам надо уяснить и объективно отразить ту информацию, которую хочет передать Вам собеседник, и тех случаев, когда вашему партнеру необходимо выговориться, излить эмоции, успокоиться, существуют другие ситуации, когда ни один из описанных выше видов слушания не срабатывает, не вызывает у собеседника ощущения благодарности, облегчения, доверия к вам.

Возможно, что на работе у Вас возникают ситуации, когда Ваш студент или пациент, которого Вы цените, приходит к Вам с личной проблемой, угнетенный или переполненный чувствами, и хочет поделиться с Вами. По правилам Вы не обязаны его выслушивать, но Вы вынуждены сделать выбор: реагировать спонтанно и естественно, как если бы вы слушали близкого друга, или реагировать как профессионал-психотерапевт. Разница в этих позициях следующая: при спонтанной реакции Вам придется принимать все близко к сердцу, делиться своим опытом и давать советы; профессиональная же реакция не предполагает формулирования Вашего субъективного мнения, но дает собеседнику не меньше, а больше возможностей почувствовать поддержку.

Оказать поддержку, не рискуя быть лично вовлеченным в разговор, Вам поможет использование техники эмпатического слушания. Это «высший пилотаж» в навыках коммуникативного взаимодействия, поэтому тот, кто этому научится, окажется тем самым человеком, который всегда сможет услышать и понять собеседника.

Эмпатическое слушание - вид слушания, который подразумевает постоянное отражение чувств собеседника, что особенно эффективно в ситуациях, когда партнер хочет поделиться с Вами личными переживаниями, проблемами, когда он не слишком уверен в себе, расстроен, когда инициатива разговора исходит от него. Зачем Вы рассказываете другим о своих проблемах? Чтобы выслушать совет, как Вам вести себя в подобных ситуациях? Чтобы Вас оценили, сказали, правильно ли Вы вели себя? Чтобы услышать, как собеседник вел себя в аналогичных обстоятельствах? Если присмотреться, прислушаться к себе, то Вы поймете, что главное в таких случаях - желание, чтобы Вас поняли, разделили с Вами те чувства, те переживания, которые Вы испытывали. Ведь говорят, что горе, разделенное на всех, уменьшается, а радость - увеличивается. Именно в понимании чувств собеседника и сопереживании ему состоит секрет эмпатического слушания, которое дает другому человеку облегчение и, как это ни неожиданно, открывает ему новые пути для понимания самого себя.

Правила эмпатического слушания.

1. Необходимо настроиться на слушание: на время забыть о своих проблемах, освободиться от собственных переживаний, постараться избавиться от готовых установок и предубеждений относительно данного человека. Только в этом случае Вы сможете почувствовать то, что чувствует собеседник, «увидеть» его эмоцию.
2. В своей реакции на слова партнера Вы должны в точности отразить переживание, чувство, эмоцию, стоящие за его высказыванием, но сделать это так, чтобы продемонстрировать собеседнику, что его чувство не только правильно понято, но и принято Вами.
3. Необходимо держать паузы. После Вашего ответа необходимо помолчать. Помните, что это время принадлежит собеседнику, не занимайте его своими дополнительными соображениями, разъяснениями, уточнениями. Пауза необходима Вашему партнеру, чтобы разобраться в своем переживании.

4. Необходимо помнить, что эмпатическое слушание - не интерпретация скрытых от собеседника, тайных мотивов его поведения. Надо только отразить чувство партнера, но не объяснять ему причину возникновения этого чувства. Замечания типа: «На самом деле тебе хотелось бы, чтобы на тебя все время обращали внимание», как правило, не могут вызвать ничего, кроме отторжения и защиты. Особенно если эти слова произносятся в начале беседы, когда доверие еще не возникло.

5. Методику эмпатического слушания имеет смысл применять только в том случае, когда человек сам хочет поделиться с Вами какими-то переживаниями. Если же он не хочет говорить об этом с Вами, но обсудить с ним это хотите Вы, применение эмпатического слушания невозможно.

В педагогическом общении важно не только умение выслушать, но и умение построить свою речь так, чтобы быть легче понятым слушателями, не провоцировать собеседника на негативное отношение к себе и к тому, что говоришь. Общение принесет положительные результаты, если партнеры настроены на одну волну. Для этого желательно определить и учитывать индивидуальные особенности собеседника, а также:

—> начинать с того, в чем вы согласны (т.е. с того, что вы оба знаете и о чем мнения ваши совпадают);

—> избегать лишней самоуверенности, относиться к своим высказываниям критически;

—> при убеждении использовать аргументы (достаточные и значимые для собеседника, не для Вас), а не давление;

—> стараться отделять свои взгляды и впечатления от объективных характеристик вещей и явлений;

—> по возможности реже использовать монологи;

—> не навешивать ярлыков на собеседника и его высказывания;

—> прежде, чем возразить, убедиться, что Вы правильно поняли собеседника с помощью техники активного слушания, затем согласиться с той частью, с которой можно согласиться и лишь потом тактично и аргументированно возражать.

Задание. Переход к гуманистической, личностно-ориентированной педагогике предъявляет определенные требования к организации процесса общения педагога со студентами. Такими требованиями могут быть доверительность, диалогичность, психологический контакт, взаимопонимание и взаимоуважение, способность отказаться от воздействия и перейти к взаимодействию, к сотрудничеству. В.А. Кан-Калик в своей работе «Техника педагогического общения» предлагает следующие «заповеди педагогического общения».

> При организации педагогического общения исходите не только из педагогических целей и задач, но и из интересов учащихся.

> Организуя общение со студентами, необходимо выявлять и учитывать изменения их состояния, настроения, уметь понять психологическую атмосферу в группе, наблюдать, сопоставлять сегодняшнюю атмосферу со вчерашней; следует формировать у себя навыки «психологического камертона», который подскажет лучшие подходы к личности; уметь поставить себя на место учащихся.

> Необходимо ориентировать речь на конкретного собеседника.

>Нужно уметь, не перебивая и не отвлекаясь, слушать учащихся, не предъявляя к их мыслям и высказываниям свои требования.

>Следует быть тактичным, убеждая в чем-либо учащихся, показывая ошибочность их суждений. «Голая» критика поведения, знаний, образа жизни бесполезна, если она не содержит в себе преобразующие, конструктивные начала.

>Необходимо избегать штампов в общении с учащимися. Штампы могут проявляться: в общей манере вести себя, в стереотипных реакциях на поведение учащихся, механическом следовании запланированной схеме разговора, в психологической закрытости педагога.

>Очень важно преодолевать негативные установки по отношению к отдельным учащимся.

Необходимо помнить, что партнера по общению всегда волнует отношение к *его* личности. Постоянно должны звучать одобрение, похвала, поощрение.

>Следует развивать коммуникативную память. Это поможет быстро восстанавливать предыдущую ситуацию в общении, точно определять подходы.

>В системе общения педагога со студентами могут возникать психологические барьеры. Педагог должен знать их природу и уметь последовательно их преодолевать.

>Возникающие в процессе педагогического общения конфликты необходимо «нейтрализовать и исправлять». Не надо бояться конфликтов; лучше всего их прогнозировать, т.е. предполагать направление их развития, возможные варианты выхода из них. Уход от конфликтов возможен до тех пор, пока это не начинает отрицательно влиять на общение, взаимоотношения его участников и результаты дела.

Опыт и исследования показывают, что овладение сложным искусством педагогического общения вполне возможно. Для этого необходимо профессиональное самопознание и профессиональное самовоспитание.

Какие из «педагогических заповедей» В.А. Кан-Калика кажутся Вам наиболее применимыми в медицинском образовании? Предложите 2-3 свои заповеди и обсудите их на практическом занятии.

9.3. Стили руководства группой.

Обучение на основе личностно-ориентированного подхода иногда противопоставляют коллективному, забывая, что они не только не противоречат друг другу, но, напротив, лишь в комплексе обеспечивают успех в формировании личности, в том числе -личности будущего врача. Личностный подход становится эффективным, если педагог в каждом студенте видит уникальную личность, в которой необходимо развивать сознание собственной неповторимости и одновременно причастности к социальному целому. Тот, кто видит и ценит личность в себе, сможет увидеть и принять личностные особенности каждого из окружающих его людей: коллег, студентов, пациентов и др. Обучаясь в группе, студенты удовлетворяют потребность в идентификации с группой ровесников и в обособлении (внутреннем выделении себя из группы).

Учитывая, что врач-педагог, обучая студентов, часто работает с группой учащихся, он должен знать закономерности, принципы и механизмы создания, развития и обеспечения функционирования группы и коллектива.

Врач-педагог должен уметь:

- > осуществлять диагностику развития коллектива, характера внутригрупповых отношений;
- > педагогически целесообразно планировать и стимулировать деятельность коллектива, создавать необходимые организационные, психолого-педагогические и ресурсные условия;
- > сочетать педагогическое руководство с развитием инициативы, самостоятельного и коллективного творчества студентов;
- > применять адекватные методы, приемы и техники управления внутригрупповым общением, совместной деятельностью, обеспечивать органичное сочетание управления и самоуправления, тактично осуществляя педагогическое руководство самоуправлением.

В Англии в начале XX века Курт Левин проводил исследования о влиянии на самоорганизацию группы различных стилей руководства и о том, как это отражается на личностных установках учащихся. К. Левин выделил три основных стиля руководства группой: авторитарный, демократический и попустительский. Его исследования показали, что самые лучшие результаты получаются при демократическом стиле руководства, т.к. при возможности групповой дискуссии у участников появляются более глубокие и устойчивые изменения личностных установок, нежели при других средствах воздействия. В педагогической практике эти стили проявляются следующим образом.

Авторитарный стиль - самый традиционный, при котором руководитель группы принимает решения и каким-либо образом принуждает группу к их выполнению. Авторитарный стиль ориентирует всю группу на педагога, который единолично определяет и транслирует цель и методы работы группы. Любая инициатива со стороны студентов пресекается как мешающая проведению задуманного учебного плана. Основные формы взаимодействия с членами группы: указание, приказ, инструкция, выговор, благодарность без подробного разъяснения путей, ведущих к этим результатам.

В отсутствие преподавателя работа в такой группе замедляется и постепенно прекращается без очередной команды.

Попустительский стиль - стиль вседозволенности, при которой преподаватель фактически не занимается руководством, и в группе господствует анархия. Педагог в таком случае следует какому-либо плану, не обращая внимание на состояние и готовность студентов, он безынициативен, апатичен, старается не вмешиваться в дела группы. Цель и методы работы сформулировать не может или делает это сугубо формально. Легко поддается любому влиянию и меняет свою точку зрения. При таком стиле руководства работа выполняется в минимальном объеме и некачественно, а потом и совсем прекращается.

Демократический стиль - тот, при котором руководитель группы не заставляет группу принимать навязанное извне решение, а поощряет разрабатывать самостоятельно свои собственные варианты. Преподаватель как участник группы изнутри вместе со студентами определяет цели и методы работы, согласует расстановку сил и заданий. Они совместно подводят промежуточные итоги деятельности и намечают оптимальные пути ее дальнейшего выполнения. При этом учебные нагрузки распределяются между студентами равномерно, с учетом индивидуальных желаний и возможностей каждого, развиваются способности и поощряется привлечение собственного опыта студентов. Преподаватель приветствует инициативу, лидерство, активность студентов. Педагог делегирует часть своих прав и обязанностей самим студентам, получая максимальные учебные и воспитательные результаты. Основными способами общения являются: совет, просьба, информация и т.п. Преподаватель усиливает роль студента как активного субъекта обучения и воспитания, а не считает его пассивным объектом педагогического воздействия.

На этих принципах и строится вузовская педагогика сотрудничества, отмечающая «общение-запугивание», «общение-заигрывание», «общение-дистанцию» и другие формы искаженного педагогического воздействия. В результате у студентов формируется уверенность в себе, повышается самооценка, ответственность, развивается самоуправление в студенческой группе. Опираясь на гуманистические традиции, врачи-преподаватели должны воплотить в жизнь педагогику сотрудничества со студентами, постепенно переводя ее на высший этап - педагогику сотворчества. Целью этой работы является формирование профессионального самосознания будущих специалистов-медиков, установки на овладение профессией и всестороннее развитие личности каждого обучающегося.

Личное равенство в субъект-субъектных отношениях достигается ориентацией на потребности и интересы студентов, накоплением потенциала согласия и сотрудничества вместо принуждения и манипулирования, свободным обменом мнениями с признанием права на ошибку и студента, и преподавателя, стремлением к творчеству, профессиональному и личностному росту, а также стремлением к объективному контролю результатов учебной деятельности и индивидуальному подходу к каждому студенту.

9.4. Виды и причины конфликтов.

Как и все люди, преподаватели встречаются с конфликтами -кто-то чаще, кто-то реже. Это зависит от личностных особенностей человека, его умения общаться. Но только ли от этого? Любая профессия, связанная с непосредственным взаимодействием с разными людьми, требует определенных знаний и навыков поведения в различных ситуациях, готовности к этим ситуациям, в том числе конфликтным.

Слово «конфликт» многие понимают по-разному. Для одного -это крик, оскорбления, рукоприкладство, а для другого - недоброжелательный взгляд или опоздание на пять минут. Психологи понимают *конфликт* как столкновение противоположно направленных целей, интересов, позиций, мнений или взглядов оппонентов или субъектов взаимодействия. Можно выделить *собственно конфликт* как осознанное противоречие между общающимися личностями или группами при наличии попыток его разрешения на фоне эмоциональных отношений и *конфликтную ситуацию*, включающую альтернативные взгляды, противоречивые позиции, противоположные цели или средства их достижения.

Конфликтные ситуации присутствуют в жизни людей от рождения до самого последнего дня. Однако не каждая из них перерастает в конфликт. Конфликт развивается, когда одна из сторон начинает действовать, ущемляя интересы другой (реально или мнимо). Эти действия называют поводом, или инцидентом.

КОНФЛИКТ = КОНФЛИКТНАЯ СИТУАЦИЯ + ИНЦИДЕНТ

Чаще всего конфликт возникает как бы из-за мелочи: неудачно сказанное слово, незначительный инцидент - и вот уже «бушуют страсти», а из-за чего все произошло, позднее вспомнит не каждый. Часто конфликт сравнивают с пожаром. Говорят, что оставить конфликт без внимания — все равно, что оставить тлеющие угли в пустом доме: пожара может и не быть, но если уж начнется... Аналогия конфликта и пожара состоит в том, что и то, и другое легче предотвратить, чем погасить.

Целым поколениям советских людей было навязано представление, что конфликты - это нечто неприемлемое, чего не должно быть ни в «правильно» устроенном обществе, ни в «здоровом» коллективе или семье. Отношение к конфликтам как к чему-то неприемлемому, недопустимому, естественно, оказывает самое непосредственное влияние на то, как настраивают себя люди, попав в конфликтную ситуацию. Эмоционально сильно переживая «недопустимые» противоречия, одни

люди стремятся «силовыми» методами добиться своего, другие - «подавляют», скрывают противоречия, «уходят» от проблем и, в сущности, редко пытаются действительно решить конфликтную ситуацию.

С другой стороны, можно привести такой пример. В одной из зарубежных фирм случился переполох, когда случайно всплыл факт отсутствия конфликтов в одном из подразделений многие годы. Встал вопрос, изменяется ли что-либо в этом подразделении.

Избежать конфликтов невозможно, но есть способ избежать их разрушительного влияния на взаимодействие людей - научиться выбирать эффективные стратегии разрешения конфликтных ситуаций. Поэтому бесконфликтными являются не те люди (группы, коллективы), которые не попадают в конфликтные ситуации, а те, которые умеют их вовремя и конструктивно разрешать. В процессе общения могут возникать конфликтные ситуации между преподавателями и студентами, между самими преподавателями, между студентами, а также между студентом и пациентом, когда преподавателю приходится брать на себя роль посредника в разрешении этого конфликта.

Причинами конфликтных ситуаций могут быть несовпадения религиозных, идеологических, профессиональных или личностных ценностей. Иногда к конфликтной ситуации приводит нечеткое или неравномерное распределение обязанностей, нагрузки, оплаты, а также невыполнение каких-либо действий или обязательств. Неправильное понимание информации, использование слухов или неточных фактов, нарушение конфиденциальности тоже может служить причиной конфликтов.

При конфликте ценностей разногласия касаются ценностно-смысловых аспектов взаимодействия. Например, его участники могут по-разному понимать смысл и цели деятельности и существования организации. Один сотрудник считает, что для личного процветания и успеха общего дела надо работать как можно больше, другой, в жизни которого работа (или данная работа) не играет существенной роли, стремится минимизировать свои усилия. Жена считает, что все свободное время нужно проводить с детьми и с друзьями, а муж, увлеченный своей работой, проводит вечера за письменным столом. Противоречия здесь затрагивают не нормы поведения, а ценностно-смысловые аспекты существования людей. Это совсем не означает, что разные ценности неизбежно приводят к конфликтам. Люди могут успешно работать вместе и иметь хорошие отношения, несмотря на различие своих ценностных представлений. Конфликт возникает тогда, когда эти различия оказывают влияние на взаимодействие людей или же они начинают «посягать» на ценности друг друга.

При **конflikте интересов** возможны два варианта. Если интересы совпадают, а участники претендуют на какие-то ограниченные ресурсы, территорию, финансы, материальные ценности, одну и ту же должность или иную возможность, - это можно назвать ресурсным конфликтом. Каждая сторона заинтересована в получении нужного ей ресурса или более выгодной (по количеству или качеству) части ресурса. Они стремятся к одному и тому же, у них одинаковые цели, но в силу ограниченности ресурсов их интересы противоречат друг другу. К этому виду конфликтов относятся все ситуации, затрагивающие проблемы распределения или возникающие на почве соперничества за обладание чем-либо.

Другой вариант возникает, когда у партнеров разные интересы, противоречащие друг другу. В силу взаимодействия людей в данной ситуации они вольно или невольно становятся помехой друг другу в реализации своих интересов. Руководителю необходимо послать подчиненного в командировку. Подчиненный, напротив, заинтересован в том, чтобы постараться избежать, на его взгляд, несвоевременной поездки. В отличие от ресурсного варианта, здесь интересы партнеров противоречат друг другу, однако руководитель и подчиненный зависят друг от друга в этой ситуации, и им придется как-то решать данную проблему.

Участники взаимодействия могут разделять общие ценности и общие цели, но иметь разные представления о способах их достижения. **Конфликт средств достижения цели** возникает и при различии ценностей и целей. Люди мирно сосуществуют, имея различные ценности, но если способы реализации целей, избранные одним из них, наносят ущерб общему взаимодействию или кому-то из его участников, возникают проблемы. Можно спокойно относиться к тому, что кто-то рядом с Вами совершенно безразличен к работе, но когда он пытается часть работы переложить на Вас, возникает конфликт.

Конфликты несоответствия, связанные с потенциалами участников взаимодействия и их соответствием предъявляемым к ним требованиям, могут принимать различные формы. Это возможно, когда кто-либо в силу некомпетентности или, например, физической неспособности не может вносить необходимый вклад в общее дело и в решение общих задач. Ситуации такого типа хорошо известны: человек не справляется со своими обязанностями, работает плохо, это создает проблемы для окружающих и постепенно может перерасти в конфликтную ситуацию.

Другая разновидность этих конфликтных ситуаций связана со значительным разрывом в потенциалах разных участников взаимодействия. Ситуации подобного типа возникают в силу того, что общий результат деятельности складывается из суммы индивидуальных усилий, и «слабое звено» либо ухудшает общий результат, либо даже становится помехой в каких-то действиях.

Возможны **конфликты правил взаимодействия**, связанные с любым нарушением принятых норм или установленных правил кем-либо из участников, если это нарушение наносит урон нормальному взаимодействию или отношениям людей. Сюда относятся ситуации разногласий из-за невыполнения людьми обязательств перед другими, нарушения общепринятого этикета или норм, принятых в данной группе, превышения кем-либо своих прав и т.д. Подобные конфликты могут возникать и от стремления кого-то из участников взаимодействия к пересмотру правил и норм или к перераспределению власти: увеличению прав одних и уменьшению прав других, изменению правил в действующей системе и т.п.

Для всех перечисленных вариантов конфликтов источником возникновения являются различные характеристики взаимодействия людей. Кроме того, в процессе совместной деятельности могут возникать конфликты, привнесенные участниками общения, их личностными особенностями и привычками. Один из потенциальных источников конфликтных ситуаций этого типа связан с тем, что люди при долговременном общении вступают между собой не только в контакты, предполагаемые необходимостью, но и в более широкое общение, привнося в него свои взгляды, предрассудки, стереотипы культуры и т.д. Так, для большинства видов деятельности различия в идеологических, религиозных воззрениях или политических пристрастиях не должны служить препятствием к совместной работе. Однако обсуждение этих различных точек зрения может стать реальным источником достаточно острых конфликтов.

Любые разногласия подобного рода становятся конфликтами только тогда, когда кто-либо из оппонентов проявляет нетерпимость, пытаясь навязать свою точку зрения другому, и требует соответствия чужих взглядов своим собственным. **Например:** *руководитель может позволять себе суждения или прямые указания относительно манеры одеваться младших сотрудников (хотя она никак не влияет на эффективность работы) или считает возможным вмешиваться в их личные дела.*

Помимо этого, люди привносят в общение свои личностные особенности. Иногда эти особенности таковы, что поведение людей (морализаторство, грубость, агрессия и т.п.) может вызвать эмоциональный протест у других участников взаимодействия в виде эмоциональных вспышек в эпизодических контактах или в хронических конфликтных отношениях при длительном общении.

Психологи выделяют следующие черты характера и особенности поведения, которые часто способствуют возникновению конфликтов:

- > стремление во что бы то ни стало доминировать, быть первым; там, где это возможно и невозможно, сказать свое последнее слово;
- > излишняя принципиальность и прямолинейность в высказываниях и суждениях (борьба ради «принципа», а не ради дела);
- > критика, особенно необоснованная, недостаточно аргументированная или высказываемая в резкой форме;
- > консерватизм мышления, взглядов, убеждений, нежелание преодолеть устаревшие традиции в жизни семьи или коллектива, мешающие развитию;
- > инициатива там, где ее не просят, бесцеремонное вмешательство в личную жизнь «из лучших побуждений», настойчивость, граничащая с навязчивостью;
- > несправедливая оценка поступков других, умаление роли и значимости другого человека.

Задание: продолжите список самостоятельно и обсудите на занятиях.

По количеству участников в психологической литературе выделяют следующие четыре вида конфликтов:

- > внутренний (внутриличностный) конфликт;
- > межличностный конфликт;
- > конфликт между личностью и группой;
- > межгрупповой конфликт.

Внутриличностный конфликт возникает, когда перед человеком встает проблема выбора. Это спор между «хочу» и «нельзя», между «должен» и «не хочу», это борьба потребностей и социальных установок, желаний и ограничений, необходимости и возможностей. Задержаться на работе, как того требует производственная необходимость, или спешить домой, где срочно требуется ваше присутствие? Ставить ли незаслуженный зачет, как того требует начальник, если это не согласуется с Вашими моральными нормами? Устраиваться ли на работу, за которую много платят, но она вызывает чувство отвращения? Если «за» и «против» для Вас равны и Вы затрудняетесь сделать выбор, Вы столкнулись с внутри-личностным конфликтом.

При потере трудоспособности вследствие травмы или тяжелого заболевания внутриличностный конфликт может выразиться в растущем несоответствии между потребностями и снизившимися возможностями.

Если медсестре одновременно дают поручения старшая медсестра, врач и заведующий отделением, это может вызвать эмоциональное напряжение.

Противоречивые требования родителей могут способствовать развитию невроза у ребенка.

Неумение разрешать внутриличностные конфликты ведет к нарастанию эмоционального напряжения. Человек либо разряжается на окружающих (тогда конфликт перерастает в межличностный), либо «уходит» в болезнь.

Межличностный конфликт - конфликт между двумя, реже тремя или более личностями (где каждый - «сам за себя»). Он обычно возникает, когда люди имеют разные ценностные ориентации, интересы, потенциальные возможности, взгляды на средства достижения цели и на правила взаимодействия, а также когда:

—> рабочее место не обеспечено необходимыми средствами или приборами (например: зав. отделением рекомендует врачу сделать пациенту фиброгастроскопию, при этом прибор в больнице сломан);

—> неравномерно распределяется нагрузка (например: сотрудник, работающий на 0,5 ставки, выполняет ту же работу, что и сотрудники на полной ставке);

—> происходит нарушение дисциплины (например: отказ преподавателя засчитать студенту занятие, на которое он опоздал на 30 минут). Межличностные конфликты протекают по-разному в зависимости от отношений партнеров друг к другу. Если конфликтующие стороны положительно относятся друг к другу, то обе стороны пытаются найти решение конфликтной ситуации. При неопределенном положительном или отрицательном отношении одного из партнеров к другому взаимоотношения людей, вовлеченных в конфликтную ситуацию, долгое время могут находиться в неопределенном виде. Если же один из партнеров относится к другому положительно, а другой к нему - отрицательно, то это «конфликт безысходности». Их взаимоотношения постоянно будут находиться в состоянии несовместимости. Психологически острее этот конфликт воспринимает та сторона, к которой относятся негативно, хотя и другая сторона испытывает достаточное эмоциональное напряжение. Встречаются также ситуации, когда один и тот же человек вызывает к себе одновременно и положительное, и отрицательное отношение. Всякое действие, направленное на сближение с ним, быстро останавливается, так как сближение вызывает усиливающееся стремление уйти, разорвать с данным человеком взаимоотношения.

Если межличностный конфликт не разрешается тем или иным путем, его участники обращаются за поддержкой, вербуют себе сторонников, и конфликт перерастает в межгрупповой или в конфликт между личностью и группой.

Например: на кафедре приходит молодая сотрудница. За счет личного обаяния и умения общаться она быстро сходится с коллективом. Когда зав. кафедрой делает ей замечания по поводу опозданий на работу и некоторых ошибок в оформлении документации, она не исправляет ошибок, а старается установить и с ним дружеские отношения. Заведующий продолжает высказывать претензии по поводу нарушений. Тогда девушка начинает жаловаться сотрудникам на его постоянные придирки и постепенно восстанавливает часть сотрудников против начальника. Атмосфера на кафедре становится напряженной.

Конфликт между личностью и группой может быть следствием межличностного конфликта, когда один из участников нашел поддержку своей позиции: это может быть конфликт между преподавателем и группой студентов, пациентом и медперсоналом, врачом и родственниками пациента и т.д.

Этот вид конфликта может возникнуть и тогда, когда личность не принимает групповые ценности, не придерживается норм поведения, принятых в группе, не удовлетворяет социальным ожиданиям группы, то есть приходит «со своим уставом в чужой монастырь».

Причиной конфликта между личностью и группой может быть одна из типичных ошибок при устройстве на новую работу, когда новый сотрудник переносит свои прежние стереотипы в новые условия: «А нас так учили», «Ваши методы устарели» и т.п.

Это также конфликт между руководителем и подчиненными, когда руководитель занимает авторитарную позицию, не считаясь с мнениями, желаниями, потребностями работников.

Это может быть конфликт между творческой личностью и обществом.

Межгрупповой конфликт может быть бытовым (между соседями) и международным, сиюминутным (спор в очереди) и вечным (конфликт «отцов и детей»). Это религиозные и национальные конфликты, а также конфликты между научными школами или отделениями в больнице. Он может возникнуть между различными формальными группами (например: дневная смена медицинского персонала может обвинить ночную смену в том, что та плохо ухаживает за больными), между формальной и неформальной (например: коллектив больницы считает, что администрация поступает несправедливо, и различными способами уклоняется от выполнения распоряжений), между неформальными группами (например: дедовщина в армии).

Если Вы стали участником межгруппового конфликта, постарайтесь определить, отстаиваете ли Вы свое мнение или просто поддерживаете группу «за компанию», а может быть втянуты случайно, по принадлежности к данному коллективу.

Задание. *Вспомните и запишите один из последних конфликтов, участником которого были Вы. Какого вида был этот конфликт? Каковы, на Ваш взгляд, его причины?*

Задание. *Придумайте свое продолжение о развитии событий на кафедре между молодой сотрудницей, заведующим кафедрой и остальными сотрудниками.*

Проверьте себя.

Тест «Конфликтная ли Вы личность?»

Если Вы выберете ответ «а», то запишите себе 4 очка, за ответ «б» - 2 очка, за «в» - 0 очков.

1. Представьте, что в общественном транспорте начинается спор. Что Вы предпримете:

- а) не стану вмешиваться в ссору;
- б) могу вмешаться, встать на сторону потерпевшего, того, кто прав;
- в) всегда вмешиваюсь и до конца отстаиваю свою точку зрения.

2. На собрании вы критикуете руководство за допущенные ошибки:

- а) нет;
- б) да, но в зависимости от моего личного отношения к руководителю;
- в) всегда критикую за ошибки.

3. Ваш непосредственный начальник излагает свой план работы, который Вам кажется нерациональным. Предложите ли Вы свой план, который кажется Вам лучше?

- а) если другие меня поддержат, то да;
- б) разумеется, я буду поддерживать мой план;
- в) боюсь, что за это меня могут лишить премиальных.

4. Любите ли Вы спорить со своими коллегами, друзьями?

- а) только с теми, кто не обижается, и когда споры не портят наши отношения;
- б) да, но только по принципиальным, важным вопросам;
- в) я спорю со всеми и по любому поводу.

5. Кто-то пытается пролезть впереди Вас, без очереди. Вы:

- а) думаете, что и Вы не хуже его, и тоже пытаетесь обойти очередь;
- б) возмущаетесь, но про себя;
- в) открыто высказываете свое негодование.

6. Представьте себе, что рассматривается экспериментальная разработка вашего коллектива, в которой есть смелые идеи, но есть и ошибки. Вы знаете, что Ваше мнение будет решающим в определении судьбы этой работы. Как Вы поступите?

- а) я выскажусь и о положительных, и об отрицательных сторонах этого проекта;
- б) выделю положительные стороны в работе и предложу предоставить возможность продолжить ее;
- в) стану критиковать, т.к. чтобы быть новатором, надо работать без ошибок.

7. Представьте себе, что теща (свекровь) говорит Вам о необходимости экономии и бережливости, о вашей расточительности, а сама то и дело покупает дорогие безделушки. Она хочет знать ваше мнение о своей последней покупке. Что Вы ей скажете?

- а) одобрю покупку, если она ей доставила удовольствие;
- б) говорю, что у вещи нет художественной ценности;
- в) постоянно ругаюсь, ссорюсь с ней из-за этого.

8. В парке Вы встретили школьников, которые курят и сквернословят. Как Вы отреагируете?

- а) думаю, зачем мне портить себе настроение из-за чужих, плохо воспитанных юнцов;
- б) делаю им замечание;
- в) если бы это было в другом месте, то я бы их отчитал.

9. В ресторане Вы замечаете, что официант обсчитал вас:

- а) в таком случае я не дам ему чаевых, хотя собирался это сделать;
- б) попрошу, чтобы он еще раз, при мне проверил счет;
- в) это даст мне основание для скандала.

10. Представьте себя в доме отдыха. Администратор занимается посторонними делами, вместо того, чтобы заниматься своими обязанностями: следить за уборкой в комнатах, разнообразием меню... Возмущает ли Вас это?

- а) да, но если я даже и выскажу ему какие-то претензии, это вряд ли что-то изменит;
- б) я найду способ пожаловаться на него;
- в) делаю замечания обслуживающему персоналу - повару, уборщице...

11. Вы спорите со своим сыном подростком и убеждаетесь, что он прав. Признаете ли Вы свою ошибку?

- а) нет;
- б) разумеется, признаю;
- в) какой же у меня будет авторитет, если я признаюсь, что неправ.

Ключ и интерпретация результатов теста.

От 30 до 44 очков.

Вы тактичны. Не любите конфликтов. Умеете их сгладить, легко избегаете критических ситуаций. Когда же Вам приходится вступать в спор, то вы учитываете, как это может отразиться на вашем служебном положении или приятельских отношениях. Вы стремитесь быть приятным для окружающих, но когда им требуется помощь, Вы не всегда решаетесь ее оказать. Не думаете ли Вы, что тем самым теряете уважение других людей?

От 15 до 29 очков.

О Вас говорят, что Вы конфликтная личность. Вы настойчиво отстаиваете свое мнение, невзирая на то, как это повлияет на ваши служебные или личные отношения. И за это Вас уважают, хотя иногда с Вами рядом тяжело.

От 10 до 14 очков.

Вы бываете мелочны, часто ищете поводы для споров, большая часть которых излишня. Любите критиковать, но когда это Вам выгодно. Вы не обидитесь, если Вас будут считать любителем поскандалить? Подумайте, что скрывается за вашим поведением.

9.5. Стратегии разрешения конфликтных ситуаций.

До 60-х гг. XX века целью психологов, изучавших конфликты, было создание идеальных бесконфликтных отношений, при которых люди бы жили и работали в полной гармонии. Однако,

рассмотрев причины конфликтов, можно увидеть, что для этого мы все должны быть абсолютно одинаковыми: интересы, позиции и взгляды на все вопросы должны совпадать. Поэтому произошло существенное изменение в отношении специалистов к исследованию конфликтов. Они осознали тщетность усилий по полному исключению разногласий; более того, появились разработки, указывающие на позитивные функции конфликтов. При успешном разрешении конфликтной ситуации находятся новые прогрессивные решения, уточняются позиции, шлифуются мнения.

В связи с этим внимание специалистов было перенесено на то, какие формы поведения в конфликтных ситуациях характерны для людей, какие из них являются более продуктивными, а какие - деструктивными.

Многие считают, что имеют хорошую психологическую подготовку, так как им удается сохранить внешнюю невозмутимость при внутреннем напряжении. Но это путь к болезни.

Отечественный психотерапевт М.Е. Литвак предлагает следующую схему последствий неразрешимых конфликтов.

Неврозы



Злокачественные опухоли Психосоматические заболевания Инфекционные заболевания



↓↓ Травмы

Алкоголизм → КОНФЛИКТЫ ← Наркомания

Схема 8. Последствия неразрешимых конфликтов.

Многие люди держат себя в руках. «Внутри все кипит, но вида не подаю», - вот фраза, которую они произносят с гордостью. Но спрятанная, подавленная эмоция нанесет вред еще больший. В зависимости от конституции у одних это будет гипертоническая болезнь, инфаркт, кровоизлияние, атеросклероз, у других - гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, колит, у третьих - бронхиальная астма, т.е. все то, что называется психосоматическими заболеваниями.

Некоторые люди для снятия душевного напряжения, вызванного конфликтами, прибегают к приему алкоголя и наркотиков. Если это становится традиционным способом «решения» проблем, развивается алкоголизм и наркозависимость.

Вспомните тех, кто долго не может отойти от конфликта. Выйдя после ссоры из дома, или из кабинета начальника после очередной «разборки», они продолжают мысленно вести «войну», ничего не замечая вокруг, оказываются на проезжей части и попадают под машину. Существует много литературы, которая убедительно доказывает, что травмы - это удел лиц с определенной душевной организацией.

Невроз - психогенное заболевание. Оно возникает после конфликтов, нарушающих значимые отношения личности, и проявляется симптоматикой, которая в той или иной степени отмечается и у здоровых людей после душевных волнений. Только у больных она не соответствует тяжести конфликта и длится чрезмерно долго. «Один после конфликта плачет навзрыд, рвет на себе волосы (истерия), другой горюет (депрессия), третий тихо и бесплодно «пережевывает» ситуацию,

мечтает отомстить обидчику (навязчивость), при этом никак не может от этих мыслей отвлечься и заснуть (бессонница), а потом чувствует усталость, быстро утомляется (астения), становится раздражительным (гиперстеническая форма астенического синдрома)» [44].

Все ли заболевают во время эпидемии (гриппа, например)? Опыты О. Досталовой, проведенные в 1994 году, показали, что иммунная система более устойчива, когда человек, попадающий в стрессовую ситуацию, имеет хорошие отношения с окружающими. Больше подвержены заболеваниям те, кто находится в состоянии эмоционального напряжения, что приводит к ослаблению иммунных сил. Ослабление иммунитета ведет и к тому, что организм перестает бороться с перерождающимися клетками. Так возникает возможность развития злокачественной опухоли.

Оказавшись в конфликтной ситуации, человек выбирает, часто неосознанно, одну из пяти стратегий поведения:

- > избегание или уход;
- > приспособление;
- > соперничество или конкуренция;
- > компромисс;
- > сотрудничество.

Неосознанный выбор происходит на основе прошлого, в основном детского, опыта. Но опыт решения конфликтов в детстве не всегда подходит к новым ситуациям. Если Вам в детстве, чтобы родители прислушались к Вашему мнению, приходилось кричать и хлопать дверью, то вряд ли это подойдет при споре с коллегами. А когда Вас ругали, Вы обиженно уходили в свою комнату или вступали в жаркий спор? При встрече с раздраженным, агрессивно настроенным пациентом может сработать тот же стереотип.

К выбору неэффективной стратегии могут подтолкнуть исторические и культурные стереотипы. Жесткие идеологические стандарты нашего прошлого скорее ориентировали на нетерпимость, борьбу, бескомпромиссность (вспомните «битвы за урожай», «покорение» природы и т.п.) и напротив, упоминание о склонности к компромиссам фактически звучало обвинением в беспринципности. Эти представления наложили несомненный отпечаток на распространение «жестких» стратегий поведения в конфликтных ситуациях, полемике, ведении переговоров. «Отступить без боя» - поведение, которое если не осуждается, то нередко расценивается как признак слабости. Каждому хочется быть «сильным» и «авторитетным», и если общество видит «силу» не в умении пойти на сотрудничество или компромисс, а в «борьбе до последнего», - люди будут выбирать конфронтацию.

Благодаря разработкам современных (в том числе и российских) психологов и философов выяснился примечательный факт: «Существует два основных способа существования человека и, соответственно, два отношения его к жизни. Первый - жизнь не выходящая за пределы непосредственных связей, в которых живет человек... Это есть существующее отношение к жизни, но не осознаваемое как таковое.

Второй способ существования связан с проявлением рефлексии. Она как бы приостанавливает, прерывает этот непрерывный поток жизни и выводит человека мысленно за ее пределы. Человек как бы занимает позицию вне ее. Это решающий, поворотный момент. Здесь кончается первый способ существования» (Рубинштейн) [68].

Поэтому представляется жизненно важным и для успешного решения конфликтных ситуаций, и для полноценного общения так называемый «рефлексивный выход» (по Щедровицкому), следствием которого должно стать мысленное преобразование ситуации (мы как бы выходим из себя и смотрим со стороны на ситуацию и на свое поведение в ней) [74].

Когда Вы находитесь в конфликтной ситуации, для более эффективного решения проблемы взгляните со стороны и сознательно выберите стратегию поведения. При этом следует учесть свой собственный стиль, стратегии других вовлеченных в конфликт людей, а также природу самого конфликта.

Избегание - это поведение в конфликтной ситуации, которое выражается в самоустранении, игнорировании или фактическом отрицании конфликта. Формы ухода от решения проблемы могут быть разными: Вы молчите, «выключаясь» из обсуждения вопроса, демонстративно удаляетесь или обиженно уходите с полным отказом от дальнейших дружеских и деловых отношений с «провинившейся» стороной, язвительно отпускаете замечания по поводу оппонентов за «их спиной», и т.д.

Причиной выбора этой стратегии может являться:

- > неуверенность в себе и своих силах, боязнь проиграть;
- > неопределенность собственной позиции по данному конфликтному вопросу;
- > стремление выиграть дополнительное время для серьезной подготовки к участию в конфликте;
- > отсутствие полномочий, финансов, времени.

Если Вы выбрали избегание в качестве своей стратегии поведения, то Вы сэкономите время и «нервные клетки», но в дальнейшем можете лишиться влияния на ход событий. Конфликт либо решится без учета Ваших интересов, либо не решится и будет разрастаться и углубляться.

Уход, однако, может быть полезен в ситуации, прямо не затрагивающей Ваших интересов, или когда Ваша вовлеченность в разрешение конфликтной ситуации не отражается на ее развитии. Вполне вероятно, что если Вы попытаетесь проигнорировать конфликт, не выразить своего отношения к нему, измените тему, выйдете из комнаты или сделаете что-нибудь такое, что отсрочит выяснение отношений, то проблема решится сама собой. Если нет, то Вы сможете заняться этим позже, когда будете готовы к этому.

Приспособление - это поведение, проявляющееся в изменении своих действий и установок под реальным или воображаемым давлением противоположной стороны, податливость чужому мнению или желанию в ущерб собственным интересам.

Выглядит это следующим образом. Вы делаете вид, что все в порядке, даже если что-то очень сильно задевает Вас, предпочитаете мириться с происходящим, чтобы не испортить отношения: сначала молча соглашаетесь, а потом вынашиваете обиду или план мести, или стараетесь найти обходные пути, чтобы достичь своей цели.

К стратегии приспособления прибегают, если:

- > конфликтная ситуация не затрагивает жизненно важных целей;
- > сохранение отношений является более значимым, чем отстаивание своих интересов,;

- > итог намного важнее для другого человека;
- > осознают, что правота на стороне оппонента;
- > имеются более важные в данный момент интересы;
- > у другого больше власти;
- > полагают, что другой человек может извлечь из этой ситуации полезный урок;
- > могут добиться цели обходным путем.

Помните наш пример - конфликт на одной кафедре между заведующим и молодой сотрудницей? Зав. кафедрой поступил следующим образом: он перестал делать девушке замечания при опозданиях и некачественно выполненной работе. Ее халатное отношение стало сказываться на работе всей кафедры, осложнив жизнь другим сотрудникам. Этим способом он перевел эпицентр конфликта с себя на отношения сотрудников. Теперь уже сотрудники просили его принять более жесткие меры, и зав. кафедрой мог проводить свою линию, имея поддержку всей кафедры.

Приспособление, сглаживание конфликта может быть разумной тактикой, если спор по поводу незначительных разногласий может испортить взаимоотношения. Бывают случаи, когда конфликты сами собой разрешаются за счет того, что люди продолжают поддерживать дружеские отношения. Однако в ситуации серьезного конфликта стратегия приспособления мешает разрешению спорного вопроса, так как не разрешает ситуацию и не дает партнеру возможности узнать подлинную причину Вашего недовольства.

Этот стиль лучше использовать тогда, когда Вы чувствуете, что, немного уступая, Вы теряете мало. Если Вы считаете, что уступаете в чем-то важном для себя и чувствуете в связи с этим неудовлетворенность, то в этом случае стратегия приспособления неприемлема. Она также не подходит, если Вы видите, что другой человек не оценит сделанного Вами и не собирается в свою очередь поступиться чем-то.

Стратегия приспособления немного напоминает уход, поскольку может быть использована для отсрочки в разрешении проблемы. Основное отличие состоит в том, что Вы действуете вместе с другим человеком, участвуете в ситуации и соглашаетесь делать то, что хочет другой. Если же Вы выбираете стратегию избегания, Вы не делаете ничего для удовлетворения интересов другого человека. Вы просто отталкиваете от себя проблему, уходите от нее.

Соперничество - одна из стратегий поведения в конфликтной ситуации, характеризующаяся достижением индивидуальных или групповых целей в условиях противоборства с партнерами. Соперничество (или конкуренция), как правило, отличается Вашей сильной вовлеченностью в борьбу, активизацией всех Ваших потенциальных возможностей при игнорировании интересов оппонента. Основным принцип этой стратегии: «Чтобы выиграл я, проиграть должен ты!».

В поведении соперничество проявляется тем, что Вы (или Ваш коллега, начальник, студент, пациент и т.п.) стремитесь во что бы то ни стало доказать свою правоту, прибегаете к давлению на соперника (стараетесь переубедить его, перекричать, применить власть или физическую силу), требуете безоговорочного согласия и послушания, призываете на помощь союзников, укрепляющих Вашу позицию.

Очень часто люди видят только одно решение конфликтной ситуации: партнер должен отказаться от своей позиции и принять их точку зрения, признав их правоту и свою неправоту или даже вину.

Если для человека это представляется единственно приемлемым выходом из ситуации, то он будет упорно отстаивать свою позицию, навязывать партнеру свою точку зрения, отрицать его аргументы. В сущности, он не ищет разрешения проблемы, для него уже существует только одно возможное решение - его собственное.

Иногда человек верит в то, что он абсолютно прав, и не понимает, почему другие этого не видят. Иногда ему мешает прислушиваться к аргументам другого привычка всегда брать верх в споре, доминировать, желание быть первым. В каких-то ситуациях дело, возможно, в том, что партнер вызывает эмоциональный протест и желание не соглашаться из-за неудачно выбранного им тона в данной ситуации или негативного опыта прошлых отношений. Таким образом, причины выбора человеком этой стратегии поведения в конфликтной ситуации могут быть следующими:

- > потребность защитить свои интересы: жизнь, семью, благополучие, имидж и т.п.;
- > желание установить приоритет, стремление к лидерству;
- > недоверие к людям вообще, в том числе к оппонентам, приписывание поступкам партнера негативной мотивации;
- > эгоцентризм, неумение взглянуть на проблему с другой точки зрения;
- > фамильная вражда, традиции, месть;
- > критическая ситуация, которая требует немедленного решения.

Стратегия соперничества оправдана, если Вы берете контроль в свои руки для того, чтобы оградить людей от насилия или опрометчивых поступков. Это может быть эффективным, когда Вы обладаете определенной властью, Вы знаете, что Ваше решение в данной ситуации наиболее правильно, и Вы имеете возможность настаивать на нем. Особенно если время принятия решения ограничено, и при долгом обсуждении могут произойти неисправимые события. Когда Вы берете всю власть в свои руки, игнорируя другие мнения, Ваш авторитет может несколько упасть, но Вы приобретете сторонников, если быстро получите положительный результат.

Однако эта стратегия редко приносит долгосрочные результаты, - проигравшая сторона может не поддержать решение, принятое вопреки ее воле, саботировать его выполнение, тайно или явно «ставить палки в колеса». Фирма, эксплуатирующая своих работников, может пострадать от забастовки, народ, угнетающий этническое меньшинство, может спровоцировать восстание. Брак, в котором одна сторона подавляет другую, может закончиться полным крахом. Родители, требующие от детей полного подчинения, зачастую сталкиваются с обманом.

Компромисс - это разрешение конфликтной ситуации путем взаимных уступок. Каждая из сторон снижает уровень своих претензий. Форма проявления компромисса может быть разной: Вы с партнером уступаете друг другу ради поддержания дружеских отношений или силы оказались равными, и ничего не остается, кроме решения разделить желаемый предмет (или нежелательные обязанности) поровну. При этом вы оба с самого начала искали справедливого исхода конфликтной ситуации.

Причинами выбора компромиссного решения являются обычно:

- > стремление хотя бы к частичному выигрышу;
- > признание ценностей и интересов других людей, как и своих собственных;

—> желание быть объективным;

—> когда переговоры зашли в тупик, и компромисс - единственный выход.

Выбор стратегии компромисса может оказаться полезным в ситуациях, когда обе стороны обладают одинаковой властью и имеют взаимоисключающие интересы. Компромисс бывает иногда последней возможностью прийти к какому-либо решению, которое позволит Вам сохранить взаимоотношения и извлечь для себя хоть какую-то пользу. Вы можете выбрать эту стратегию и с самого начала, особенно если хотите прийти к соглашению быстро.

Однако компромисс требует определенных навыков в ведении переговоров, чтобы каждый участник чего-то добился. Это кажется справедливым, но такой подход подразумевает, что делится какая-то конечная величина, и что в процессе ее раздела нужды всех участников не могут быть удовлетворены полностью. Тем не менее раздел поровну нередко является справедливым решением: раз мы не можем увеличить размер делимой вещи (премии, компьютера или квартиры), равноправное пользование имеющимися благами - уже достижение.

Если компромисс был достигнут без тщательного анализа других возможных вариантов решения или на недостаточно равноправных условиях, то он будет не самым оптимальным исходом переговоров. Ни одна сторона не будет довольна решением, которое не удовлетворяет ее нужд.

Сотрудничество - это стратегия поведения, при которой на первое место ставится не решение конкретной конфликтной ситуации, а удовлетворение интересов всех ее участников. Сотрудничество под девизом: «Я хочу, чтобы выиграла все!» означает поиск путей для вовлечения всех заинтересованных лиц в процесс разрешения конфликта и стремление к выгоде для всех вместе и каждого в отдельности.

Эта стратегия требует более продолжительной работы по сравнению с другими подходами к конфликту. Вам необходимо затратить какое-то время на поиск скрытых интересов и нужд сторон, выслушать друг друга и затем выработать различные возможные варианты решения проблемы.

Стратегия сотрудничества будет наиболее эффективной, если:

—> решение проблемы очень важно для обеих сторон и никто не хочет полностью от него отстраниться;

—> есть время поработать над возникшей проблемой;

—> стороны способны изложить суть своих интересов и выслушать друг друга;

—> участники конфликта обладают равной властью или хотят игнорировать разницу в положении для того, чтобы на равных искать решение проблемы.

Целью сотрудничества является выработка долгосрочного взаимовыгодного решения.

Стратегия разрешения конфликтной ситуации путем сотрудничества требует от Вас следующих четырех шагов.

1. Установить, какая потребность стоит за желаниями (претензиями) обеих сторон.
2. Узнать, в чем разногласия компенсируют друг друга (иногда проблема сама решается на этом этапе).

3. Способствовать совместному решению проблемы («не противники, а партнеры»).

4. Разработать новые варианты решений, наиболее удовлетворяющие потребности каждого.

Иногда сотрудничество внешне напоминает компромисс или приспособление. Это происходит, когда в результате обсуждения Вы изменяете первоначальную позицию и частично или полностью уступаете партнеру. Но это происходит не потому, что он оказался сильнее Вас или более прав, а потому, что Вы нашли другое, более оптимальное для Вас решение своих проблем.

Сотрудничество не всегда приводит к успеху, но если Вы начнете решение конфликтной ситуации таким образом, то, скорее всего, достигнете большего.

Австралийская организация по разрешению конфликтов, созданная в 1986 году, разрабатывает и внедряет навыки, помогающие перейти от конфронтационного мышления к сотрудничеству. Это приемы, эффективно применяемые в личной жизни, на работе, в международных отношениях. Вот некоторые из них [29].

=> Хочу ли я разрешить конфликт? (Будь готов решить проблему.)

=> Вижу ли я всю картину или только свой уголок? (Смотрите шире!)

=> Каковы нужды и опасения других? (Опишите их объективно.)

=> Каким может быть объективное решение? (Варианты решения - придумайте их как можно больше. Отберите те, которые наиболее соответствуют нуждам всех участников.)

=> Можем ли мы решить это вместе? (Давайте вести дело на равных.)

=> Что я чувствую? (Вы чересчур эмоциональны? Можете ли Вы: а) посмотреть на факты, б) дать остыть эмоциям, в) поделиться своими чувствами?)

=> Что я хочу изменить? (Будьте честны. «Нападайте» на проблему, а не на личность.)

=> Какие новые возможности открываются передо мной? (Смотрите не на «минусы», а на «плюсы».)

=> Как бы я чувствовал себя на их месте? (Дайте знать другому, что Вы понимаете его.)

=> Нужен ли нам нейтральный посредник? (Поможет ли третье лицо лучше понять друг друга и прийти к обоюдоприемлемым решениям.)

=> Как мы оба можем выиграть? (Ищите решения, учитывающие нужды всех участников.)

Бывает, что напряженность в отношениях возрастает настолько, что общение, а тем более разрешение конфликта кажется абсолютно невозможным. Каждая из сторон начинает угрожать, принуждать и мстить. Подобные действия вызывают ответные ходы, что приводит к эскалации конфликта. Тот, кто в такой ситуации пытается предложить сотрудничество, воспринимается как слабый, проигравший и подвергается эксплуатации.

Для разрешения таких конфликтов Чарльз Осгуд предложил применять ПОИР («Постепенные и обоюдные инициативы по разрядке напряженности») [48]. ПОИР применимы как в международных конфликтах, так и в межличностных, принимая форму «услуги за услугу». ПОИР заключаются в том, что одна из сторон заявляет о своем желании ослабить напряженность и пойти

на определенные уступки, приглашая противника последовать ее примеру. Вы делаете небольшой шаг навстречу, объявляя о нем заранее, и ждете реакции с другой стороны. Если противник предпринимает собственные шаги к примирению, на них следует ответить чуть большими. «Услуга за услугу» (вернее было бы название «уступка за уступку») - это попытка сотрудничать и забыть обиды, при этом не позволяя себя эксплуатировать.

Стратегия сотрудничества теряет эффективность в ситуациях, где конфликт перестает быть просто средством достижения целей противостоящих сторон, но становится самоцелью. Это происходит в тех случаях, когда открытому столкновению сторон предшествует длительно накапливавшееся напряжение или враждебность. Тогда конфликт становится средством их выражения. Фактически в этих ситуациях именно возможность выражения накопившихся враждебности и эмоций оказывается для участников более важной, чем сам предмет конфликта.

Задание.

1. Вспомните последний конфликт, участником которого были Вы. Какую стратегию Вы использовали и почему? Была ли она самой эффективной?

2. Какую стратегию Вы чаще всего используете при разрешении конфликтных ситуаций? Почему?

3. Какую стратегию поведения в конфликтной ситуации выбрал ваш партнер, если он предоставляет Вам взять на себя ответственность за решение спорного вопроса, старается избежать бесполезной напряженности, неприятных разговоров или пытается отложить решение спорного вопроса на неопределенное время?

9.6. Способы анализа конфликтных ситуаций.

Легче разрешить конфликтную ситуацию, чем конфликт. Если Вы начали действовать конструктивно до того, как разгорелись эмоции, а истинные противоречия скрыты за личными оскорблениями или прошлыми обидами, - конфликта можно избежать. Для этого нужно:

- 1) проанализировать конкретную ситуацию;
- 2) принять решение о процедуре ее разрешения и приступить к реализации.

Чтобы выбрать наиболее эффективную стратегию поведения, необходимо оценить «плюсы» и «минусы» каждой стратегии в данном конкретном случае.

Пример. *Вы, лечащий врач, идете по коридору больницы и слышите необычный шум, оживленные голоса в одной из палат. Заглянув в нее, Вы обнаруживаете, что пациенты отмечают день рождения. Ваши действия?*

Если особых нарушений Вы не заметили, можно просто уйти, поздравив именинника, и продолжить заниматься своими делами (а можно было и вообще не заходить в палату, пока жалоб нет). Конфликта не возникнет, если не произойдет каких-либо негативных последствий. Вы можете включиться в их устранение тогда, когда это потребуется.

Выбрав стратегию *приспособления*, Вы можете присоединиться к отмечающим, помочь им с «чайком», посидеть, поговорить и послушать. Это поможет налаживанию более теплых, доверительных отношений; Вы больше узнаете о своих пациентах. Но более близкие отношения могут повредить Вашему авторитету, повлечь последующие нарушения дисциплины. Кроме того, этот поступок может быть негативно оценен коллегами или начальством.

Запретив нарушающий больничный режим праздник, Вы вступаете в *соперничество* со своими пациентами. Вы позаботитесь о здоровье пациентов, проконтролировав режим питания (особенно при заболеваниях, требующих соблюдения строгой диеты) и обеспечив отдых соседям по палате, а также самому имениннику. Вы подтвердите свой статус и предупредите повторение нарушения дисциплины. Но возможно, возникнет напряженность в отношениях, а нарушения будут продолжаться, только скрывать их будут тщательнее, а значит, сложнее будет их проконтролировать.

Компромиссом будет договор с пациентами, при котором Вы ограничите время их «вечеринки», а также проследите за тем, чтобы не было нарушения режима питания, процедур и т.п. Взамен Вы уделите им немного своего времени, помогая почувствовать, что болезнь не должна нарушать привычную жизнь.

Если Вы выберете путь *сотрудничества*, то, поздравив именинника и пожелав всем присутствующим скорейшего выздоровления, Вы объясните свою позицию врача и свое отношение к празднику в больничной палате. Высказав свои пожелания и опасения, Вы спросите их предложения по поводу выхода из этой ситуации и совместно выберете самый подходящий.

Задание. *Попробуйте самостоятельно или в группе проанализировать следующую задачу. Студент часто опаздывает на занятия на 15-20 минут. Других претензий к этому студенту нет. Какую стратегию поведения выбрали бы Вы на месте преподавателя и почему?*

Иногда, устранив одни разногласия, мы сталкиваемся с другими. Конфликт развивается, так как истинные причины скрыты за поверхностными противоречиями, - тогда необходим более глубокий личностный анализ.

Почему на практике обычно недостаточно внимания уделяется анализу конфликта? Из-за нашей нелюбви к конфликтам мы - сознательно или бессознательно - стремимся от них поскорее избавиться, поэтому, часто не разобравшись в ситуации, стараемся поскорее найти выход. Кроме того, мы иногда просто не знаем, как проанализировать ситуацию. Прежде чем принимать те или иные решения, следует понять:

—> в чем суть конфликта;

—> кто является участником конфликтной ситуации;

—> каковы позиции и интересы всех участников конфликта;

—> каковы отношения участников и их эмоциональные установки по отношению друг к другу.

Для анализа конфликтной ситуации можно воспользоваться схемой структуры личности, предложенной Эриком Берном, и методом трансактного анализа. В своей книге «Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры» Э. Берн пытается проанализировать, что же происходит с человеком, когда он общается с другими людьми, по каким законам строится взаимодействие.

Каждая личность имеет три состояния «Я», которые являются особыми источниками поведения: состояние «Я» Родителя, состояние «Я» Взрослого и состояние «Я» Дитя. Все они необходимы для жизни и являются результатом прошлого опыта человека.

РОДИТЕЛЬ - это «автопилот», который ведет правильно наш корабль в обычных условиях, что освобождает нас от принятия обыденных решений. Родитель -В) это «тормоза», которые удерживают нас от опрометчивых поступков. Но в этом состоянии человек считает, что знает и

умеет больше, чем другие. Это такое состояние, при котором человек стремится влиять на поведение других людей. Как правило, он руководствуется при этом теми нормами и правилами, которые внушили ему его родители, школьные учителя и т.п. Условно внутреннего Родителя делят на Помогающего родителя, который в процессе общения стремится оказать при общении помощь и поддержку тем, кто оказался в трудном положении, и Критического родителя, позиция которого в процессе общения проявляется в критических высказываниях, в обвинениях других людей.

ВЗРОСЛЫЙ - необходим для выживания. Взрослый переходит улицу, добывает пищу, строит жилье, производит впечатление и т.п. Взрослый контролирует действия Дитя и Родителя, адаптирует их к реальности. Состояние Взрослого возникает в детстве в процессе экспериментирования с предметами или людьми. Оно формируется методом проб и ошибок. Состояние Взрослого - это то состояние, при котором человек стремится рассмотреть ситуацию со всех сторон, наметить план действий и реализовать их. Уровень развития Взрослого у всех людей различен. Это зависит от интеллектуального уровня и от того, насколько реальные родители и преподаватели смогли обеспечить ребенку свободу действий и эмоциональную поддержку. Кроме того, состояние Взрослого зависит от социальной обстановки, в которой человек развивается.

ДИТЯ - источник наших желаний, влечений и потребностей. Здесь радость, интуиция, творчество, фантазия, любознательность, спонтанная активность. Но здесь же и страхи, капризы, недовольство. В Дитя - вся психическая энергия. Дитя - это запись внутреннего опыта ребенка, того, что он видел и слышал, чувствовал и понимал, т.е. запись ситуаций детства в основном в виде чувств. В состоянии Дитя человек чаще всего находится в зависимости от оценок других людей, в ожидании одобрения или неодобрения.

Эти три состояния личности (Р, Д, В) имеются у каждого человека, и каждое из них необходимо для того, чтобы сделать жизнь более полной, а общение с другими людьми - более интересным и многогранным.

Девизы Дитя - хочу, нравится; Взрослого - целесообразно, полезно; Родителя — должен, нельзя.

Пример. *Молодой врач делает доклад на конференции. У него определенные поза, жесты, мимика, словарный запас. Это Взрослый, объективно оценивающий реальность человек. Он приходит домой, а жена прямо с порога отправляет его за хлебом. И перед нами другой человек — капризное Дитя. Изменилось все: словарный запас, мимика, жесты. Утром, когда он уходит на работу, сын случайно обливает его плеч вишневым соком. И снова перед нами другой человек - грозный Родитель.*

На одну и ту же ситуацию человек может реагировать совершенно различным образом из каждого состояния своего «Я». Иногда эти состояния «Я» находятся в согласии, иногда в конфликте. Взгляните на следующие примеры" реакций.

На картину художника-абстракциониста.

Р - Бред какой-то! Что же это должно означать?

В - Эта картина, в соответствии с выставленной ценой, стоит триста пятьдесят долларов.

Д - О, какой прелестный цвет!

На лекцию, в которой используется ненормативная лексика.

Р - Такие слова лишь свидетельствуют о скудном словарном запасе.

В - Я удивлен, почему лектор предпочитает использовать такие слова, и мне не ясно, каково их воздействие на аудиторию.

Д - Хотел бы я иметь смелость говорить так же!

На запах капусты.

Р - Капуста действительно полезна, она поддерживает здоровье нашей семьи.

В - Капуста имеет высокое содержание витамина С. Д - Не хочу я есть эту вонючую гадость!

Счастлив человек, если у него «хочу», «целесообразно» и «должен» имеют одно и то же содержание (например, он любит свою работу и должен на нее ходить, так как это необходимо). Если же установки Родителя противоположны желаниям Дитя, то возникает внутриличностный конфликт. Если победит Дитя, то перед нами появится человек, свободный от норм и правил, ответственности и обязательств, поступающий как захочется. Если победит Родитель — мы увидим чеховского «Человека в футляре».

Когда два человека общаются, они вступают друг с другом в системные отношения. Если А обращается к Б, то он посылает ему коммуникативный стимул. Б ему отвечает. Цель транзактного анализа состоит в том, чтобы выяснить, какое «Я»-состояние А послало коммуникативный стимул и какое «Я»-состояние Б дало ответ.

Существуют параллельные транзакции:

В-В

А. Который час?

Б. Без четверти восемь.

Р-Р

А. Студенты совсем не хотят заниматься.

Б. Да, раньше к учебе относились серьезнее.

Д-Д

А. А что, если с последней лекции уйти в кино?

Б. Да, это здорово!

В таких случаях, когда партнеры по общению находятся в идентичных состояниях, конфликта нет и никогда не будет. По линии Взрослый-Взрослый мы обмениваемся информацией, по линии Дитя-Дитя любим или развлекаемся, по линии Родитель-Родитель сплетничаем.

Существуют параллельные дополнительные транзакции:

Р-Д

А. Тебе не идет эта рубашка.

Б. А что мне надеть?

Д-Р

А. Доктор, помогите мне чем-нибудь!

Б. Сейчас я выпишу Вам лекарство.

Эти трансакции неравноправные, но такие отношения могут длиться достаточно долго, пока они устраивают обоих партнеров. Однако наступает момент, когда кому-то надоедает опекать, а кому-то — быть опекаемым. Если отношения перестают устраивать одного из партнеров, начинается конфликт. **Пример 1.**

Муж: Дорогая, не подскажешь ли, где мои запонки? В-В

Жена: Ты уже не маленький, пора самому знать, где запонки! Р-Д

Муж: Если бы у нас в доме был порядок, я бы смог найти свои запонки. Р-Д

Жена: В доме был бы порядок, если бы ты мне хоть немного помогал! Р-Д

При пересекающихся трансакциях ответ партнера обращен не в то состояние личности, в котором она находится, и партнеры находятся на разных уровнях. Источником подобного поведения обычно является обиженное Дитя. Состояние такого типа характерно для тех людей, которые в детстве переживали незаслуженную критику или строгое, критичное отношение родителей или учителей. Они сохранили в своей личности обиженного, бунтующего ребенка.

Для того, чтобы преодолеть обиду (которой могло и не быть в реальности в настоящее время), обиженное Дитя становится критическим Родителем.

Пример 2.

Преподаватель: Вы не сделали реферат, как мы договаривались, зачет я Вам поставить не могу. В-В

Студент: Все равно Ваш предмет никому не нужен. Р-Д

преподаватель

Ответ студента направлен в состояние Дитя преподавателя. Если студент не изменит своей позиции в разговоре, то конфликт примет затяжной характер и будет сопровождаться неприятными эмоциональными переживаниями у обоих партнеров.

Кроме открытых, бывают скрытые трансакции. Их очень трудно описать, т.к. основное сообщение выражено не в словах. Это может быть ироничный взгляд, скептическая улыбка и т.п. Словами человек говорит одно, а мимикой, жестом, взглядом - другое. Партнер по общению получает два противоречивых сообщения и реагирует на невербальное сообщение. Общение с помощью скрытых и пересекающихся трансакций называется психологической игрой. Психологическая игра не ограничивается двумя ходами партнеров, а продолжается каждый раз, когда партнеры встречаются.

Пример 3.

Студент: А разве интеллект можно измерять? В-В

(Вы, что ли, измерять будете?) Р-Д

Преподаватель: Можно, если он есть! В-В

(У тебя-то явно не на высоте. Или еще грубее: Сам дурак!) Р-Д

Психологические игры - это способ провести время для людей, которым не хватает внимания и поддержки, но из-за своих внутренних проблем они не могут установить отношения близости и привязанности. Несмотря на то, что игра может причинять страдание, это для подобных людей хоть какой-то способ общения с окружающими.

Одна из наиболее часто встречающихся игр - «да..., но...». Эту игру можно часто наблюдать в кабинете у врача.

Пример 4.

Пациентка: Доктор, я опять плохо себя чувствую. Д-Р

Врач: Почему бы Вам не полечиться в стационаре? Р-Д

Пациентка: Да, это было бы неплохо, но кто будет ухаживать за детьми и мужем? Р-Д

Врач: Вы можете полечиться дома. Р-Д

Пациентка: Да, я согласна, но кто за меня будет работать? Р-Д

Игра непродуктивна для обоих, т.к. пациентка не получает помощи, а врач не получает удовлетворения от выполнения своей профессиональной роли. Игра «да..., но...» в этом же кабинете через некоторое время может перерасти в игру «все из-за тебя», когда в ход идут обвинения в адрес беспомощной медицины, некомпетентных врачей... Избавиться от этой игры можно, если Вы позволите пациенту самому рассказать, как бы он хотел лечиться и что ему помогает, или использовать вопрос: «Что для Вас важнее - доказать, что мы не умеем лечить, или Ваше здоровье?»

В книге Э. Берна «Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры» Вы найдете более полное описание игр — и семейных, и профессиональных. Вот названия некоторых из них.

«**Деревянная нога**» — что вы хотите от человека, у которого деревянная нога (трое детей, маленькая зарплата, экзамен по биохимии и т.п.).

«**Попался, негодяй**»- собеседник (преподаватель, врач) ловится на неточности или незнании какого-либо факта, либо ему указывают на его личные недостатки.

«**Оранжерея**» - игра для больных у кабинета врача: соревнование, чьи страдания больше.

Задание. *Вспомните и опишите похожую ситуацию из Вашего опыта.*

Чтобы избежать конфликтов в общении, необходимо увидеть, в каком состоянии находится Ваш партнер, и знать, в какое Ваше «Я»-состояние направлен коммуникативный стимул. Ваш ответ должен быть параллельным (теория амортизации, предложенная М.Е. Литваком в книге «Если хочешь быть счастливым»).

Помните пример с запонками? Вариант амортизации:

Муж: Дорогая, не подскажешь ли, где мои запонки? В-В

Жена: Ты уже не маленький, пора самому знать, где запонки! Р-Д

Муж: Да, я не маленький, мне давно пора знать, где мои запонки, зато ты у меня такая хозяйственная, всегда мне подскажешь. Д-Р

При таком ответе конфликт не возникнет, если не будет скрытой трансакции, где невербальными средствами партнер передает неискренность своих слов.

Определить «Я»-состояние можно по следующим признакам.

РОДИТЕЛЬ - указующий перст, руки на бедрах или скрещены на груди, на лице - снисходительность или презрение, нередко - кривая улыбка. Тяжелый взгляд вниз. Сидит, откинувшись назад. Ему все ясно, он знает истину. Любит выражения: «Я этого не потерплю», «Чтобы было сделано немедленно», «Неужели трудно понять», «Какой идиот это придумал», «Вы меня не поняли», «Сколько можно Вам говорить», «Как Вам не стыдно», «Ни в коем случае» и т.п.

ВЗРОСЛЫЙ - взгляд направлен на объект, тело как бы подается вперед, глаза несколько расширены или сужены, на лице - выражение внимания. Употребляет выражения: «Извините, я Вас не понял, объясните, пожалуйста, еще раз», «Это мое мнение», «А что, если нам поступить так», «Как Вы планируете выполнить эту работу?» и т.п.

ДИТЯ - и поза, и выражение лица соответствуют внутреннему состоянию: радость, горе, страх, тревога, восторг, смех, слезы, дрожание губ, пожимание плечами и т.д. Часто восклицает: «Превосходно!», «Замечательно!», «Хочу», «Не хочу», «Надоело», «Ни за что не соглашусь», «Зачем мне это надо?», «Когда все это кончится?» и т.п.

Кроме амортизации, существует еще **суперамортизация**. Принцип: если Вы получили конфликтный стимул, усильте сами то качество, которое Вам приписал партнер по общению (подходит для случайных конфликтов в общественных местах, например в транспорте).

А. Лезет как медведь, все ноги отдал!

Б. Конечно, медведь, даже хуже - бегемот, нет мне прощения, и т.п.

Обычно суперамортизация прекращает конфликт немедленно, но она не является приглашением к сотрудничеству.

Задание 1. *Опишите конфликт между педагогом или студентом, в котором Вы были участником или свидетелем. В каких «Я»-состояниях, на Ваш взгляд, находились конфликтующие? Каким образом можно было предотвратить конфликт? Какая стратегия была наиболее эффективной при разрешении данной ситуации?*

Задание 2. *Какая позиция (Р-Д, В-Д, В-В) преподавателя по отношению к студентам является, на Ваш взгляд, наиболее конструктивной? Обсудите это на занятиях.*

ГЛАВА 10.

ЛИЧНОСТЬ ВРАЧА-ПЕДАГОГА

10.1. Личность врача-педагога:

возможно ли построение идеального

образа врача-педагога?

Именно такой вопрос часто задают преподаватели во время обсуждения этих проблем на циклах ФПКП. Действительно, если существует проблема оценивания квалификации (психолого-педагогической, методической, специальной), то, вероятно, неплохо было бы иметь и некий ориентир — образ так называемого «идеального» врача-педагога. Надо сказать, что подобные попытки предпринимались в рамках исследований научной организации учебного процесса (НОУП) в 80-е годы и вплоть до середины 90-х годов. Однако эта работа так и осталась незавершенной, т.к. существует объективная сложность дать полный перечень профессиональных умений и действий преподавателя-медика.

Считая, что все-таки необходимо ответить на задаваемый вопрос, мы попробовали подойти к составлению обобщенного образа врача-педагога (понимая, что любая обобщенность приводит к стиранию индивидуальности) через представление основных качеств личности, черт характера, деятельностных способностей и через описание специфики содержания и структуры профессионального педагогического сознания и мышления.

В результате многочисленных экспертных оценок мы пришли к некоему так называемому обобщенному образу врача-педагога.

I. Личные качества:

- > личностная зрелость;
- > порядочность, нравственная зрелость;
- > креативность и эвристичность, готовность к работе в новых для себя ситуациях;
- > толерантность;
- > способность к децентрации, видению ситуации с разных точек зрения;
- > наблюдательность и восприимчивость;
- > интуиция, «чутье» на гуманитарные проблемы;
- > корректность, тактичность, деликатность;
- > независимость, принципиальность, способность не поддаваться давлению других людей, группы.

2. Коммуникативная компетентность:

- > уважение и внимательность к собеседнику, «беспристрастная заинтересованность»;
- > способность устанавливать контакт (со взрослыми и детьми);
- > способность слушать и слышать;

- > эмпатия;
- > искусство помощи собеседнику в высказывании своего мнения;
- > способность адекватно выражать собственную позицию;
- > коммуникативная гибкость и конструктивность, готовность разрешать межличностные проблемы;
- > способность работать в команде.

3.Методологическая и методическая грамотность:

- > понимание философско-антропологических основ высшего медицинского образования;
- > понимание специфики гуманитарной парадигмы; —> владение основными методами гуманитарного познания.

4.Профессиональная подготовка:

- > гуманитарное образование как дополнительное;
- > знание актуальной педагогической реальности, основных современных подходов, тенденций и новаций в сфере образования;
- > психологическая грамотность (знание основ психологии личности, личностного роста и психологического развития, психологии общения, педагогической психологии и т.д.);
- > умение организовывать педагогический процесс в соответствии с Государственным образовательным стандартом (ГОС) и нормативной моделью деятельности преподавателя;
- > умение использовать современные психолого-педагогические методики (технологии) в преподавании специальных дисциплин; -> владение современными методами поэтапного, рубежного и итогового контроля знаний студентов;
- > умение достигать такого уровня обучения, который позволял бы студенту самостоятельно получать профессиональную информацию и оценивать ее объективно;
- > умение создавать условия для самореализации студентов и понимать, что способствует и препятствует их полноценному психологическому развитию и профессиональному становлению в ходе обучения.

В результате обучения под руководством преподавателя студенты должны:

- => овладеть методами обследования пациента, диагностики, профилактики и лечения заболеваний;
- => уметь помочь пациенту осознать необходимость ведения здорового образа жизни;
- => научиться применять полученные знания на практике и стремиться постоянно их совершенствовать;

=> уметь анализировать результаты фундаментальных научных исследований и применять их для повышения качества медицинской помощи населению;

=> осознать важность деонтологического компонента врачебной деятельности и уметь применять принципы этики и деонтологии на практике;

=> уметь устанавливать эмоционально психологический контакт с пациентом.

Все сказанное выше позволяет подойти к определению понятий «педагогическое сознание» и «педагогическое мышление», формирование которых является целью психолого-педагогической подготовки врачей-педагогов.

Педагогическое сознание - центрированное на педагогических проблемах восприятие мира как мира «педагогизированного», видение педагогического процесса как целостного явления, центральное место в котором принадлежит формирующейся личности студента. В структуре педагогического сознания ведущее значение имеют педагогическое мышление и рефлексия.

Педагогическое мышление - вид практического мышления по решению профессионально значимых задач, заключающийся в способности непрерывной психолого-педагогической диагностики состояния всех компонентов учебного процесса, самооценки и оценки возможностей как отдельных студентов, так и группы в целом, способности проектирования, управления, моделирования, предвидения результатов деятельности, способности немедленного реагирования, принятия решений, организации коммуникаций между всеми участниками учебного процесса, что позволяет добиваться положительных результатов обучения и воспитания, формирования профессионально грамотных действий, активной профессиональной и личностной позиции будущего врача.

10.2. Личностное отношение преподавателя к предлагаемым решениям.

Внедрение психолого-педагогических принципов организации педагогического процесса в медицинских вузах тормозится рядом тонких психологических механизмов, связанных с внутренним неприятием их отдельными преподавателями или целыми кафедральными коллективами. Рационально-логическое понимание опыта других не всегда ведет к его принятию личностью и автоматической реализации в собственной деятельности.

Процесс сопоставления «новаций» с собственным опытом — внутренне противоречивый и неоднозначный, он представляет собой своеобразную дискуссию, диалог (часто внутренний), в результате которого вырабатывается эмоциональное отношение к предлагаемым идеям, принятие или отвержение их.

Теория когнитивного диссонанса (Фестингер) является наиболее проработанной психологической концепцией, объясняющей внутренние механизмы избирательного отношения личности к воспринимаемой информации. Согласно этой теории, основным стремлением человека, воспринимающего информацию об окружающем мире (и о самом себе) является стремление к согласованности, непротиворечивости, конгруэнтности имеющихся когнитивных элементов (представлений, мнений, убеждений, оценок). В этом случае, если между некоторыми элементами возникает противоречие (одно мнение противоречит другому), человек испытывает эмоциональное состояние диссонанса, которое долго продолжаться не может и которое поэтому необходимо снять тем или иным способом. В одних случаях человек редуцирует когнитивный диссонанс за счет изменения старого мнения в соответствии с новой информацией, в других — за счет обеспечения нового, в третьих — за счет введения некоторых промежуточных звеньев, благодаря которым согласуются два имеющихся мнения и диссонанс смягчается.

Особенно интересны экспериментальные данные об избирательном отборе информации, которая подтверждает сложившееся мнение (консонансная информация) или противоречит ему (диссонансная информация). Человек отдает естественное предпочтение информации, подтверждающей его мнение, и игнорирует противоположную. Даже в том случае, когда воспринимается диссонансная информация, человек обращает внимание на доводы, которые легко опровергнуть, и как бы не замечает с трудом опровергаемые аргументы и факты.

Какие психологические факторы влияют на процессы внутреннего согласия с воспринимаемыми идеями и решениями?

10.2.1. Фактор новизны.

Первый вопрос, который задает педагог при анализе конкретного решения, есть вопрос о том, что нового содержится в предлагаемом решении. В каждом конкретном случае степень новизны воспринимаемой информации имеет относительный характер: то, что для опытного преподавателя является хорошо известным или даже стереотипным, молодой преподаватель может интерпретировать как нечто оригинальное, новое и в высшей степени интересное. Поэтому при анализе личностного отношения к воспринимаемой информации речь обычно идет о степени новизны «для меня», т.е. «для моего» индивидуального обогащения знаниями и «для моего» собственного продвижения в решении той или иной педагогической проблемы.

10.2.2. Эффект ореола.

Работая со слушателями ФПКП, мы имели возможность изучить их мнения относительно опыта педагогов-новаторов. При этом мы постоянно сталкивались с одним и тем же характерным фактом. Главным, за что оценивали преподаватели опыт того или иного педагога-новатора, была сама его творческая личность. Опыт педагога-новатора вызывает положительное отношение преподавателей прежде всего потому, что они видят в новаторе человека, который в условиях казенного формализма школьной жизни сумел отстоять свои убеждения и свою индивидуальность. Преподаватели видели в новаторе педагога-победителя. Что касается конкретных способов и приемов работы, которые сложились в опыте новаторов, то они оценивались по-разному. Многие преподаватели пытались их использовать в своей собственной деятельности. Однако даже те, кто не был согласен с этими приемами, все же высоко оценивали опыт педагога-новатора в целом.

По-видимому, здесь мы имеем дело с феноменом, который в психологии получил название эффекта ореола, когда общее положительное впечатление от личности в целом накладывает отпечаток на положительную оценку всех частных ее проявлений и действий. Нужно, впрочем, заметить, что при оценке опыта педагогов-новаторов выделилась и группа преподавателей с резко негативным отношением к нему. Характерно, что это отношение определялось опять-таки личностным фактором (преподаватели видели в новаторе человека, который противопоставляет себя всем другим, причем его высокие притязания ничем не обоснованы, так как в его опыте нет ничего из того, что не было бы ранее известно). Такой негативный ореол приводит обычно и к нежеланию использовать конкретные способы и приемы, имеющиеся в опыте новатора.

10.2.3. Психологическая дистанция.

Характер оценки тех идей, которые предлагаются другими, зависит и от степени, в какой они затрагивают данного человека лично. В случае, если обсуждаемая проблема имеет к человеку опосредованное отношение, он, как правило, оценивает ход дискуссии как бы со стороны: проблема для него любопытна, но ее решение не требует от него немедленных действий и активного «я-включения». Так, чисто теоретическая дискуссия об эффективности различных методов обучения может в той или иной степени интересовать преподавателя, но выводы из нее не

являются для него прямой директивой к организации собственных действий. Однако в том случае, если предлагаемые идеи и решения преподаватель должен непосредственно реализовать в собственной деятельности, происходит естественное сокращение психологической дистанции этих решений по отношению к «я» педагога, а следовательно, возрастание активного включения в обсуждение проблемы. Это проявилось, в частности, в довольно быстром внедрении в практику медицинских вузов так называемых ситуационных задач, в которых преподаватели увидели инструмент формирования клинического мышления студентов. Таким образом, «я-включенность» (психологическая дистанция) оказывает прямое влияние на отношение преподавателя к дискуссионной проблеме. Если дискуссия прямо не затрагивает профессиональных интересов личности, она не побуждает человека занять строго определенную позицию. Чем ближе проблема к личному опыту, тем активнее преподаватель вовлекается в ее обсуждение и тем определеннее он формулирует свою позицию. Резкое усиление полемичности в ходе дискуссии, как и недостаточная разносторонность аргументации, ведет к поляризации оценок (специалистов и неспециалистов, студентов и педагогов), а также повышает вероятность возникновения эффектов, противоположных ожидаемым («эффект бумеранга»).

Психологическая дистанция влияет и на готовность преподавателя к использованию предлагаемых ему идей и решений. Речь идет о том, что общее согласие личности с решением зависит от возможностей его реализации, как объективных (наличие определенных материально-технических условий, ресурсов, затрат времени и т.д.), так и субъективных (оценка собственных сил, требуемых усилий и т.п.). Если реализация решений, по самооценке преподавателя, превосходит его возможности, он, вероятнее всего, вынужден будет отказаться от их осуществления, даже высоко ценя их в принципе (пример применения деловых игр).

Что касается самого использования решений, предлагаемых другими, то оно, естественно, имеет разный характер. Использование их может выступить:

- а) как непосредственная ассимиляция преподавателем отдельных приемов работы, включение их в собственную систему без сколько-нибудь существенного ее изменения;
- б) как организация собственного опыта решения достаточно крупной педагогической проблемы по образцу или по аналогии с решениями, разработанными в опыте других (например, практическая апробация схем ООД, системы задач и т.д.);
- в) как перестройка ранее выработанной личной педагогической концепции на основе идей и принципов, разработанных в опыте других.

Совершенно ясно, что психологическая трудность решения этих задач резко возрастает при переходе от одного уровня использования к другому.

10.2.4. Свобода выбора.

Определенное решение может стать внутренним достоянием личности (своим) только тогда, когда оно является результатом собственного свободного выбора. Если оно человеку навязано (например, административно-директивным путем), он снимает с себя внутреннюю ответственность за возможные его последствия. То же относится к дискуссиям и обсуждениям. Если в дискуссии человек не является равноправным ее участником, если ему не предоставляется возможность свободно высказать и обсудить свое мнение, он скорее будет в этом мнении укрепляться, чем его перестраивать. Если при анализе некоторой важной для личности проблемы отсутствует терпимость к критике, если не обсуждаются все «плюсы» и «минусы» предлагаемых решений, у человека, как правило, возникает отрицательный эмоциональный барьер по отношению к этим решениям.

Ниже мы предлагаем тест, который поможет вам определить свой стиль преподавания и узнать некоторые особенности своей нервной системы. Отвечая на вопросы, не забывайте, что «неправильных» ответов быть не может- могут быть только неискренние. Из трех вариантов ответа выбирайте тот, который точнее всего отражает ваши мысли, чувства, реакции, и отмечайте крестиком или значком. Результаты тестирования будут известны только вам, так как обработка теста будет производиться вами самостоятельно.

1.Если кто-то в студенческой группе отвлекается, меня это раздражает настолько, что я не могу вести занятие:

- 1)да;
- 2) в зависимости от настроения;
- 3) нет.

2.Когда студент на занятии излагает факты, которые мне неизвестны, я испытываю:

- 1)интерес;
- 2) смущение;
- 3) раздражение.

3.Если аудитория не приведена в порядок:

- 1)я не могу начать занятие;
- 2) я не обращаю на это внимания;
- 3) моя реакция зависит от ситуации.

4.Когда я поступаю несправедливо со студентом:

- 1) мне трудно признать это;
- 2) я готов признать свою неправоту;
- 3) таких случаев не было.

5.Для меня важнее:

- 1) отношения со студентами;
- 2) с коллегами;
- 3) не знаю.

6.Некоторые студенты вызывают у меня раздражение, которое бывает трудно скрыть:

- 1) часто;
- 2) иногда;

3) никогда не вызывают.

7. Присутствие на занятии посторонних:

1) воодушевляет меня;

2) никак не отражается на моей работе;

3) выбивает меня из колеи.

8. Я считаю своим долгом сделать замечание студенту, если он нарушает порядок в общественном месте:

1) обычно;

2) нет;

3) в зависимости от ситуации.

9. Я с одинаковой теплотой отношусь ко всем своим студентам:

1) не уверен;

2) нет;

3) да.

10. Во время перерыва я предпочитаю общаться:

1) со студентами;

2) с коллегами;

3) лучше побыть в одиночестве.

11. Я почти всегда иду на занятие в приподнятом настроении:

1) нет;

2) не всегда;

3) да.

12. У меня есть такие качества, по которым я превосхожу других:

1) да;

2) не уверен;

3) нет.

13. Я предпочитаю работать под руководством человека, который:

- 1) дает четкие указания;
- 2) не вмешивается в мою работу;
- 3) предлагает простор для творчества.

14.Мне приходилось высказывать суждения о вещах, в которых я плохо разбираюсь:

- 1) да;
- 2) нет;
- 3) не помню.

15.Случайные встречи со студентами за пределами университета (института):

- 1) доставляют мне удовольствие;
- 2) вызывают у меня чувство неловкости;
- 3) не вызывают у меня особых эмоций.

16.Бывает, что без видимых причин я чувствую себя счастливым или несчастным:

- 1) часто;
- 2) редко;
- 3) никогда.

17.Замечания со стороны коллег и администрации:

- 1) меня мало волнуют;
- 2) иногда задевают меня;
- 3) часто задевают меня.

18.Во время занятия я придерживаюсь намеченного плана:

- 1) всегда;
- 2) предпочитаю импровизацию;
- 3) зависит от ситуации.

19.Мне случалось нелестно отзываться о своих коллегах:

- 1) да;
- 2) нет;
- 3) не помню.

20.С мнением, что каждого студента нужно принимать таким, каков он есть:

- 1) я согласен;
- 2) не согласен;
- 3) что-то в этом есть.

21.Мне не хватает теплоты и поддержки со стороны близких и коллег:

- 1) да;
- 2) иногда;
- 3) пег.

22.Мысль о предстоящей встрече со студентами и коллегами:

- 1) доставляет мне удовольствие;
- 2) особых эмоций не вызывает;
- 3) в тягость.

23.Когда я вижу, что студент ведет себя вызывающе по отношению ко мне:

- 1) я плачу ему той же монетой;
- 2) игнорирую этот факт;
- 3) предпочитаю выяснить отношения.

24.Я добросовестно готовлюсь к занятиям:

- 1) обычно;
- 2) иногда;
- 3) всегда.

25.В работе для меня важнее всего:

- 1) привязанность студентов;
- 2) привязанность коллег;
- 3) чувство собственной необходимости.

26.Успех занятия зависит от моего физического и душевного состояния:

- 1) часто;
- 2) иногда;

3) не зависит.

27. В дружелюбном отношении со стороны коллег:

1) я не сомневаюсь;

2) уверенности нет;

3) затрудняюсь ответить.

28. Если студент высказывает точку зрения, которую я не могу принять:

1) я стараюсь поправить его, объяснить ему его ошибку;

2) перевожу разговор на другую тему;

3) затрудняюсь ответить.

29. Я опаздываю на работу:

1) регулярно;

2) изредка;

3) никогда не опаздываю.

30. Если при мне незаслуженно наказывают студента:

1) я тут же заступлюсь за него;

2) один на один сделаю замечание коллеге;

3) сочту некорректным вмешиваться.

31. Работа дается мне ценой большого напряжения:

1) обычно;

2) иногда;

3) никогда.

32. У меня нет сомнений в своем профессионализме:

1) конечно;

2) есть сомнения;

3) не приходилось задумываться.

33. По-моему, в студенческом коллективе важнее всего:

1) трудовая дисциплина;

- 2) отсутствие конфликтов;
- 3) возможность работать творчески.

34. Я откладываю на завтра то, что необходимо сделать сегодня:

- 1) часто;
- 2) иногда;
- 3) никогда.

35. С высказыванием «Я ничему никогда не могу научить этого студента, потому что он меня не любит»:

- 1) согласен полностью;
- 2) не согласен;
- 3) что-то в этом есть.

36. Мысли о работе мешают мне уснуть:

- 1) часто;
- 2) редко;
- 3) никогда не мешают.

37. На заседаниях кафедры я выступаю по волнующим меня вопросам:

- 1) часто;
- 2) иногда;
- 3) предпочитаю слушать других.

38. Я считаю, что преподаватель может повысить голос на студента:

- 1) если студент этого заслуживает;
- 2) затрудняюсь ответить;
- 3) это недопустимо.

39. Правильный выход из конфликтной ситуации я нахожу:

- 1) не всегда;
- 2) не знаю;
- 3) всегда.

40. Я нахожу в себе достаточно сил, чтобы справиться с трудностями:

- 1) редко;
- 2) обычно;
- 3) всегда.

41. Мне приходилось выполнять приказы людей не вполне компетентных:

- 1) да;
- 2) не помню;
- 3) нет.

42. Непредвиденные ситуации на занятиях:

- 1) только мешают учебному процессу;
- 2) лучше игнорировать;
- 3) можно эффективно использовать.

43. Мне случалось быть не совсем искренним с людьми:

- 1) да;
- 2) нет;
- 3) не помню.

44) В конфликте между преподавателем и студентом я в душе встаю на сторону:

- 1) студента;
- 2) преподавателя;
- 3) сохраняю нейтралитет.

45. В начале или конце учебного года у меня проблемы со здоровьем:

- 1) как правило;
- 2) не обязательно;
- 3) проблем со здоровьем нет.

46. Мои студенты относятся ко мне с симпатией:

- 1) да;
- 2) не все;

3) не знаю.

47.Требования начальства не вызывают у меня протеста, даже когда кажутся не вполне обоснованными:

1) не вызывают;

2) не знаю;

3) вызывают.

48.Ответы на некоторые вопросы давались мне с трудом:

1) да;

2) нет;

3) не помню.

Ключ к тесту «Психологический портрет преподавателя: опыт самодиагностики» приводится ниже.

Бланк ответов

А	Б	В	Г	Д
	1	2	3	4
5	6	7	8	9
10	11	12	13	14
15	16	17	18	19
20	21	22	23	24
25	26	27	28	29
30	31	32	33	34
35	36	37	38	39
	40	41	42	43
44	45	46	47	48

1. Приоритетные ценности преподавателя (столбец А).

1.1.

Если в Ваших ответах преобладает первый вариант, то Вы -наш единомышленник. Вам близки интересы студентов, их проблемы. Общение с ними для Вас не «производственная необходимость» и не способ самоутверждения, а духовная потребность. Студенты безошибочно чувствуют преподавателя, готового отстаивать их интересы, и платят ему доверием и любовью. На ваших занятиях они, вероятно, чувствуют себя в безопасности и комфорте. Благоприятная эмоциональная обстановка дает возможность творческой плодотворной работы, сохраняет Ваше здоровье и здоровье Ваших студентов.

1.2.

Если в Ваших ответах преобладает второй вариант, то в нелегкой работе преподавателя Вам важна поддержка коллег, их признание. Для Вас особое значение имеет их мнение. В свою очередь, коллеги ценят Вас не только как профессионала, но и как союзника, который может понять их проблемы и поддержать. Однако студенты в не меньшей степени нуждаются в Вашем внимании, сочувствии и поддержке. Возможно, что студенты не видят в Вас союзника, а Ваши отношения в лучшем случае не носят личностной окраски, а в худшем - пронизаны чувством недоверия и отчуждения, что затрудняет сотрудничество в процессе обучения и воспитания.

1.3.

Если в Ваших ответах преобладает третий вариант, то университет для Вас «не один свет в окошке». Возможно, круг Ваших интересов не исчерпывается университетскими проблемами, есть и другие возможности самореализации. Вы бережно относитесь к своим проблемам и переживаниям, рассчитывая на свои силы, ища опору в себе и вне университета. Или Вы настолько самостоятельны, что можете позволить себе не зависеть от мнения коллег и студентов, или работа отнимает у Вас столько душевных сил, что многое стало для Вас безразлично.

2. Психоэмоциональное состояние (столбец Б).

2.1.

Если в Ваших ответах преобладает первый вариант, то, очевидно, работа в университете отнимает у Вас много физических и душевных сил. Вы часто испытываете чувство тревоги, бессилия, раздражения от невозможности изменить ситуацию. Возможно, Вы предъявляете завышенные требования к себе и к окружающим. Изменение своего отношения к возникающим ситуациям позволило бы Вам избежать стрессов, характерных для работы преподавателя, и улучшить свое психоэмоциональное состояние. Чтобы общение со студентами и коллегами доставляло Вам радость, необходимо искать пути достижения гармонии с собой и с миром. Ресурсы человеческой психики безграничны, и в ваших силах найти необходимые для Вас средства и способы саморегуляции, которые помогут вам достичь благополучного психоэмоционального состояния.

2.2.

Если в Ваших ответах преобладает второй вариант, то благодаря повышенной чувствительности вашей нервной системы Вы способны воспринимать состояние другого человека, сопереживать ему. Ваше настроение может зависеть от внешних факторов. Неблагополучное стечение обстоятельств может выбить Вас из колеи. В таком состоянии Вы можете проявлять раздражительность, испытывать чувства тревоги и бессилия, отрицательно влияющие на эффективность Вашей работы. Не всегда в Ваших силах изменить неблагоприятное стечение обстоятельств, но управлять своими эмоциями можно и нужно учиться.

2.3.

Если в Ваших ответах преобладает третий вариант, то Ваше благополучное психоэмоциональное состояние определяет эффективность Вашей работы. Вы не теряете самообладания в экстремальных ситуациях, способны принимать верные решения при высокой ответственности за их последствия. Ваши эмоциональная стабильность, предсказуемость и работоспособность благотворно влияют на психологический климат на кафедре, если только за внешним благополучием и невозмутимостью не кроются другие проблемы.

3. Самооценка (столбец В).

3.1.

Если в Ваших ответах преобладает первый вариант, то Вам свойственно позитивное самовосприятие. Вы отличаетесь творческим недогматическим мышлением, способны создавать на занятии атмосферу живого общения, вступая со студентами в тесные контакты и оказывая им психологическую поддержку. Вы воспринимаете студента как личность, обладающую достоинством. Благодаря этому становится возможным эмоциональное развитие студентов, а их представления о себе приобретают реалистический характер. Ваше поведение отличается спонтанностью, творческим подходом и демократизмом.

.3.2.

Если в Ваших ответах преобладает второй вариант, то Ваша самооценка неустойчива, она существенно зависит от внешних обстоятельств, от настроения, от мнения окружающих. Позитивная

оценка Вашего труда и положительный настрой способствуют творческому взлету: у Вас «вырастают крылья», вы свободны, уверены в себе, способны оказывать влияние на студентов, формируя у них позитивную личностную ориентацию. Снижение самооценки (в «полосе неудач») негативно влияет на эффективность взаимодействия с окружающими, затрудняя решение профессиональных и жизненных проблем.

3.3.

Если в Ваших ответах преобладает третий вариант, то Вам не всегда легко вступать в свободное общение с другими. Вам свойственно преуменьшать значение своей личности. В большинстве случаев это сопровождается установкой на негативное восприятие окружающих. Это мешает действовать спонтанно, уверенно, создавать благоприятную, творческую атмосферу на занятии. Чувствуя себя на занятии уверенно, не испытывая необходимости прибегать к психологической защите, Вы легко примете определенную ограниченность собственных возможностей, а также ограниченность возможностей студентов.

4. Стиль преподавания (столбец Г).

4.1.

Если в Ваших ответах преобладает первый вариант, то, возможно, Вы являетесь лидером в коллективе и имеете репутацию «сильного преподавателя». Студент для Вас - объект воздействия, а не равноправный партнер. Вы сами принимаете решения, устанавливаете жесткий контроль за выполнением предъявляемых требований, часто используете свои права без учета ситуации и мнения студентов. Наличие авторитарных тенденций в Вашем стиле преподавания не способствует взаимопониманию и творческой атмосфере занятия. Студенты утрачивают активность, самостоятельность, их самооценка падает, нередко приводя к агрессивности как форме психологической защиты.

Возможно, Вас уже не удовлетворяет роль «преподавателя-начальника» и Вы способны к профессиональному и личностному росту, к освоению более успешных стратегий взаимодействий?

4.2.

Если в Ваших ответах преобладает второй вариант, то Вам близка позиция миротворца. Как правило, Вы стараетесь избегать душевного напряжения, сопутствующего конфликтам. Вы нередко испытываете чувство вины и взваливаете на себя чужую работу. Организацию и контроль деятельности студентов осуществляете без системы, проявляя нерешительность и колебания.

Либеральный стиль не способствует развитию у студентов уважения к преподавателю, продуктивности в работе и чувства ответственности.

Вы идете на большие жертвы, но в Вас растет чувство неудовлетворенности работой, тревога, страх и неуверенность. Вам не кажется, что настало время решать вопрос выживания - строить новые, партнерские отношения со студентами?

4.3.

Если в Ваших ответах преобладает третий вариант, то для Вас студент - равноправный партнер. Вы привлекаете студентов к принятию решений, прислушиваетесь к их мнению, поощряете самостоятельность суждений, учитываете не только успеваемость, но и личные качества студентов.

Основные методы воздействия: совет, просьба, побуждение к действию. Для Вас характерны удовлетворенность своей профессией, высокая степень принятия себя и других, гибкость в выборе способов реагирования, открытость в общении со студентами и коллегами, хорошее психоэмоциональное состояние, которое передается и воспринимается студентами, способствуя эффективности обучения.

5. Достоверность ответов (столбец Д).

Преобладание 1-2 вариантов говорит о высокой степени Вашей искренности и способности объективно оценивать себя.

Преобладание третьего варианта говорит о Вашей зависимости от социально одобряемых норм.

Тест, который Вы только что выполнили, является экспериментальным. В целях совершенствования методики хотелось бы знать, какие вопросы или замечания возникали у Вас в ходе работы.

ГЛАВА 11.

ЗАКЛЮЧЕНИЯ: МЕТОДЫ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИИ И ГУМАНИТАРНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Проблема оценки качества выпускаемого специалиста имеет государственное значение. Для проведения гуманитарной экспертизы высшего медицинского образования (ГЭМО) (исследовательская задача может быть сужена до оценки эффективности практического занятия) необходимо, кроме формализованных процедур (анкеты, опросники, эксперимент, тесты, задачи), включать гуманитарные способы познания - феноменологические, интерпретационные, определить средства, условия, принципы, методы ГЭМО, обсудить и сделать их понятными педагогическому коллективу.

Для этого обратимся к вопросу о том, что подвергается исследованию, например в ходе практического занятия, какими принципами и критериями руководствоваться? Для гуманитарной экспертизы образования характерны определенные принципы, которые в ситуации

неопределенности, многозначности, насыщенности скрытыми, латентными процессами выполняют роль «опорных точек», задают методологию, технику, процедуры.

Воспользуемся следующим перечнем принципов:

—>экологичность (учет естественных процессов вуза, кафедры, уважение прав личности, соблюдение этических требований);

—>диалог и сотрудничество (результат никогда не рассматривается как окончательный «приговор»);

—>конструктивность (положительная направленность процесса)

—>креативность и гибкость (изучению подлежит ситуация «здесь и теперь»);

—>разносторонность и плюрализм;

—>конфиденциальность;

—>личная ответственность.

В нашем случае попробуем применить данный подход к ситуации практического занятия и определить ключевые точки этого образовательного пространства с учетом своеобразия медицинского вуза: в образовательное пространство, кроме педагога и студентов, включены пациент, его родственники, медперсонал, содержание, формы и методы организации учебного процесса.

Ключевые опорные точки, которые анализируются в организации практического занятия, условно назовем критериями. При этом базовыми методологическими критериями для нас являются: гуманитарная направленность и уважение прав личности студента, пациента, врача-педагога; экологичность как отказ от манипуляционных, авторитарных методов, несущих в себе не сразу заметный психотравмирующий эффект, наличие обстановки психологической безопасности; демократичность, направленность на позитивное развитие личности, партнерские межличностные отношения.

В практике высшего медицинского образования актуальными являются следующие критерии.

1. Для студентов - психическое здоровье, личностная зрелость и ее развитие (принятие себя и других, понимание себя и других, ответственность, социализированность, нравственная зрелость, деонтологически ориентированное сознание и поведение), профессиональная грамотность, наличие навыков конструктивного общения с пациентом и в группе.
2. Для педагогов-врачей - психолого-педагогическая компетентность, нравственная и гражданская зрелость, гуманитарная направленность сознания, ответственность, демократический стиль общения, умение предотвращать или продуктивно разрешать возникшие конфликты.
3. Для пациентов - осмысленное отношение к лечению, понимание смысла и характера лечебных процедур, чувство удовлетворенности от лечебных процедур.
4. Для педагогического процесса - цели и ценности, личная значимость и осмысленность, технологичность, интегрированность, критерии и способы оценивания, стиль общения.

При проведении ГЭМО могут быть использованы психологические, педагогические методы, которых в настоящее время очень много. Стоит заметить, что время тотального увлечения объективными количественными методами прошло как в медицине, так и в образовании. Сфера высшего медицинского образования нуждается в более «мягких» методах и процедурах оценки эффективности -неформализованных и субъективных, т.к. без них не может быть представлена феноменологическая картина изучаемых явлений и процессов, в которые включена работа с пациентом.

Психологи в XX столетии в рамках объяснительной психологии немало потрудились, чтобы привнести в профессиональное сознание врачей, врачей-педагогов иллюзию «прозрачности» сознания партнера по общению (пациента, студента), использовать точные методы, все просчитать. Справедливости ради стоит сказать, что так называемой объективизации подвергалась не целостная картина (или явление), а какая-то ее часть, действительно поддающаяся измерению (познавательные процессы, деятельность, поведенческие реакции, психофизические параметры). Пройдя через тотальное увлечение количественными показателями и поняв, что это утопия, мы все же не можем полностью от них отказаться и ищем пути и способы их взаимного дополнения. Это положение особенно важно для медицины и педагогики, которые испытывают потребность такого взаимодействия для осуществления, например, гуманитарной экспертизы медицинского образования.

При этом хочется вспомнить слова М. Бахтина: «Чем глубже... ближе к личностному пределу, тем неприложимее генерализующие методы; генерализация и формализация стирает грани между гением и бездарностью» (Бахтин, 1979).

Базовыми методами ГЭМО являются: беседа; наблюдение, групповая дискуссия (метод фокус-групп); игровые методы; герменевтические методы. В качестве дополнительных методов используются тесты, эксперимент, стандартизированные опросы.

Несколько подробнее остановимся на герменевтических методах. Противостояние объясняющей, естественнонаучной психологии и понимающей психологии В. Дильтея привело к определению отличий, возможностей, ограничений методов объективизации, т.е. «точных», и методов герменевтических, т.е. «понимающих». В широком смысле герменевтика — искусство понимания и толкования духовной деятельности человека (текстов, рисунков, бесед, интервью и т.д.). Этот подход особенно эффективен в медицинском образовании, например при освоении студентами-медиками такой дисциплины, как «Педагогические и психологические основы деятельности врача» (в частности образовательной программы «Духовная культура врача» в рамках этого курса).

Внутренний мир студента (и пациента) не дан в простом восприятии и может «открыться» в результате «понимающей активности» педагога или врача. С помощью понимания за внешними («объективными») проявлениями удастся увидеть «невидимое» -субъективные сигналы, ценности, отношения, переживания. Эти гуманитарные сущности не могут быть познаны рациональным путем, т.к. имеют нерациональную природу (например: пациент при явном улучшении состояния не хочет продолжать лечение, студент по непонятным внешнему наблюдателю причинам не хочет работать в «сильной» группе и просит перевести его в другую и т.д.).

В данном случае необходимы методы, опирающиеся на чувства и интуицию, которые условно можно разделить на две группы: методы интерпретации (герменевтика в узком смысле) и методы глубокого проникновения в духовную сущность человека - интуиция и эмпатия.

Дадим краткую характеристику этих методов. Методы интерпретации предназначены для реконструкции внутренней логики и смысла тех или иных действий человека, имеющих знаково-символическое выражение. Такой интерпретации могут быть подвергнуты вербальное поведение

(высказывание, в ходе беседы, сочинения, самоотчета) и невербальное поведение и поступки человека в конкретных ситуациях (например, имитация внутренней речи врача, совершившего врачебную ошибку в ходе деловой игры).

Приведем некоторые общие правила герменевтического процесса, разработанные Э. Бетти.

1. Ориентация на аутентичный смысл интерпретируемого содержания. Это означает признание и уважение индивидуальности, своеобразия человека, которого понимаешь. Те действия другого человека, которые интерпретируются, уже имеют свой смысл - не какой-то объективно-правильный, нормативный или близкий интерпретатору, а именно субъективный, аутентичный для самого интерпретируемого смысла.
2. Следование принципу «герменевтического круга», суть которого кратко выражается формулой: единство целого проясняется через понимание отдельных частей, а смысл каждой части постигается в контексте целого.
3. Учет влияния личности интерпретатора на процесс и результат интерпретации. Так как интерпретатор в понимании «объекта» опирается на свой собственный опыт, знания, а также собственные индивидуальные особенности, то «претензия, что интерпретатор может приостановить собственную субъективность, более чем абсурдна» (там же).
4. Стремление к «герменевтическому консонансу». Имеется в виду соответствие «духовных горизонтов» объекта и субъекта интерпретации, моральной и психологической готовности последнего к отказу от собственных предрассудков, предвзятости и узости взглядов.

Своеобразным вариантом герменевтических методов являются проективные методы психологического изучения личности. Ценность проективных методов состоит в том, что с их помощью становится возможным исследовать глубинные, часто недоступные самому человеку сферы его внутренней жизни, а в работе с пациентами - особенности личности, которые наименее доступны непосредственному наблюдению и опросу.

Для ГЭМО могут быть полезны методики интерпретации (тест фрустрации Розенцвейга, «тест рук»), методики дополнения (неоконченные предложения, например: «направленность личности в общении» (Братченко), неоконченные рассказы и близкие к ним «дилеммы Кольберга»), методики изучения экспрессии, методики изучения продуктов творчества (рисунок «Человек», «Животное», «Дом. Дерево. Человек») и др.

Вторая группа герменевтических методов - интуиция и эмпатия - представляет собой неформализуемые способы проникновения в гуманитарную среду, с помощью которых появляется возможность постичь внутренний мир другого человека, проникнуть в глубины его переживаний. Высшей формой такого постижения является экзистенциальная феноменология. Эмпатия (эмпатическое понимание, эмпатическое слушание) обладает огромным личностно-развивающим потенциалом. По определению К. Роджерса, полноценная эмпатия - это процесс «вхождения в личностный мир другого и пребывания в нем «как дома», это постоянная чувствительность к меняющимся переживаниям другого, ... деликатное пребывание в нем без оценивания и осуждения... частое обращение к другому для проверки своих впечатлений и внимательное прислушивание к получаемым ответам» (Роджерс, 1984).

В заключение необходимо отметить, что такие методы, как эксперимент, тесты, опросы, могут быть весьма полезны как дополнительные, вспомогательные, уточняющие результаты исследования основными методами.

Преподаватель в своей деятельности реализует тесную связь исследований и практики. Несмотря на то, что практическая деятельность и исследовательская работа часто воспринимаются как разные виды деятельности, - они связаны. В рамках программ подготовки врачей-педагогов можно и нужно готовить практиков, умеющих применять научные подходы и методы в большинстве случаев своей практической деятельности. Именно им - новому поколению врачей-педагогов - адресована наша книга.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.

ОБЩИЕ УКАЗАНИЯ ПО СОСТАВЛЕНИЮ

МЕТОДИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ

При подготовке конкретной темы практического занятия следует придерживаться принципов, структуры, формы представления информации, которые обусловлены универсальной методикой. **Структура пособия имеет следующий единый план.**

1. Тема.
2. Цель занятия.
3. Вопросы для повторения.
4. Вопросы для самоконтроля знаний по теме занятия.
5. Ориентировочная основа действий врача по диагностике заболевания (схема):
 - 1) предварительный диагноз;
 - 2) дифференциальная диагностика (схема).
6. Ориентировочная основа действий врача по лечению пациента (схема).
7. Учебные ситуационные задачи.
8. Контрольные ситуационные задачи.

При написании пособия в соответствии с указанным планом учтите нижеследующие рекомендации.

1. *Тема* - сформулируйте четко и точно в соответствии с программой.
2. *Цель занятия* - определите в терминах деятельности врача по диагностике заболевания и лечению пациента с учетом основной цели подготовки специалиста.
3. **Вопросы для повторения** — оптимальное количество вопросов - 10-12. Их последовательность определяется логикой предмета и может быть отражена в следующем плане:
 - 1) анатомия;
 - 2) гистология;
 - 3) нормальная физиология;

- 4) патологическая анатомия;
- 5) патологическая физиология;
- 6) клинические признаки и методы лечения сходных патологических процессов.

4. Вопросы для самоконтроля по теме занятия - указания по написанию этой рубрики аналогичны предыдущим. Может быть рекомендован следующий план рубрики:

- 1) определение заболевания;
- 2) классификация заболевания;
- 3) этиология;
- 4) патогенез;
- 5) клиника;
- 6) диагностика заболевания;
- 7) лечение больного.

5. Ориентировочная основа действий врача по диагностике заболевания (Схема ... 1) - первая цифра номера схемы соответствует номеру, под которым в пособии представлена тема занятия. Например, тема № 5 дает Схеме ООД по диагностике №5.1.

Головку и боковик схемы, предложенной в методической разработке, можно признать оптимальными и для других тем пособия. Рубрика имеет две подрубрики:

- 1) предварительный диагноз;
- 2) дифференциальная диагностика (Схема ...2).

Форма представления информации подрубрик может быть заимствована из типовой методической разработки.

6. Ориентировочная основа действий врача по лечению пациента (Схема ...3) - головка и боковик схемы предложены в типовой методической разработке и могут быть заимствованы для других тем пособия.

7. Учебные ситуационные задачи - количество 2-3. В формулировке условий задачи должна быть учтена последовательность обследования (основного и дополнительного) и комбинация существенных и несущественных условий. Вопросы могут носить закрытый характер (в условиях достаточной информации) и открытый (проблемные задачи).

I. Контрольные ситуационные задачи - указания по написанию этой рубрики аналогичны предыдущим.

Ориентировочная основа действий врача по диагностике острого периостита челюсти

Последовательность действий	Симптомы заболевания	Патоморфологическое и патофизиологическое обоснование симптомов
1	2	3
Проведите опрос больного	<p>Местные</p> <p>На самопроизвольную постоянную боль в челюсти, быстро нарастающую, иррадиирующую по ходу ветвей тройничного нерва (в глаз, висок, ухо). На 2-3 сутки заболевания боль принимает характер пульсирующей. Усиливается ночью и во время приема пищи</p> <p>Припухлость мягких тканей лица. Локализация припухлости зависит от расположения основного очага воспаления (его фокуса)</p> <p>Затрудненное открывание рта</p> <p>Боль при глотании</p>	<p>Выраженность боли зависит от раздражения нервных окончаний надкостницы токсинами, а также от сдавления их серозным и гнойным экссудатом</p> <p>Обусловлена воспалительным отеком тканей - перифокальная реакция</p> <p>Распространение воспалительного процесса на жевательные мышцы при гнойном периостите нижней челюсти в области моляров</p> <p>При периостите нижней челюсти с язычной стороны на уровне больших коренных зубов</p>
	Общие	<p>В результате интоксикации и боли</p>
Соберите анамнез заболевания	<p>Данность заболевания 3-5 дней. Предшествовала боль острого характера в зубе, чаще разрушенным кариозным процессом или запломбированным. Чувство «выросшего» зуба</p> <p>Припухлость на десне и боль в челюсти появилась после проведенной накануне операции удаления зуба</p>	<p>Прогрессирование воспаления при остром или обострившемся хроническом периодонтите</p> <p>Удаление зуба было, травматичным</p>

	Трименял грелку, полоскание полости рта, болеутоляющие средства	При серозной стадии воспаления может наступить улучшение
	Затем боль в зубе стала стихать, появилась боль в челюсти, припухлость мягких тканей лица	Фокус воспаления из периодонта переместился в надкостницу челюсти
Соберите анамнез жизни (обратите внимание на перенесенные заболевания, аллергический статус)	Сердечно-сосудистые, онкологические, нервно-психические, инфекционные, заболевания крови; аллергические проявления, переносимость лекарственных средств	Имеет значение для определения общего состояния больного, оказания неотложной помощи и составления плана лечения
Определите общее состояние больного	Повышение температуры тела до 37,5-38°C	Реакция организма больного на воспалительный процесс
	Слабость, головная боль, отсутствие аппетита, нарушение сна	Интоксикация организма больного, реакция на болевой синдром
Проведите местное внеротовое обследование (осмотр и пальпация)	Припухлость мягких тканей лица соответственно локализации процесса: кожа в цвете не изменена. В глубине припухших тканей определяется болезненное уплотнение	Коллатеральный отек тканей (перифокальная реакция): уплотнение за счет инфильтрата в надкостнице
	Припухлость в области верхней губы, крыла и основания перегородки носа, но-согубной складки	При локализации воспалительного процесса в области резцов верхней челюсти
	Припухлость подглазничной области, распространяющаяся на нижнее веко: глазная щель сужена	При локализации воспалительного процесса в области клыка и малых коренных зубов верхней челюсти
	Припухлость в скуловой и щечной областях, доходящая до ушной раковины; припухлость нижнего века	При локализации воспалительного процесса в области больших коренных зубов верхней челюсти
	Припухлость в области нижней губы и подбородка, распространяющаяся иногда на передний отдел подподбородочной области	При локализации воспалительного процесса в области резцов нижней челюсти

Проведите
внутриротовое
обследование

Припухлость в области
нижнего отдела щеки, в
поднижечелюстной области
и в нижнем отделе
околоушно-жевательной
области

При локализации вос-
палительного процесса в
области малых коренных зубов
нижней челюсти

Припухлость в области
нижнего отдела щеки, в
поднижечелюстной области
и в нижнем отделе
околоушно-жевательной
области

При локализации
воспалительного процесса в
области больших коренных
зубов нижней челюсти

Поднижечелюстные
(иногда подподбородочные)
лимфатические узлы
увеличены болезненны,
подвижны

Сопутствующий регионарный
лимфаденит

Открывание рта свободное

Воспалительный процесс не
распространяется на
жевательные мышцы

Открывание рта ограничено
(контрактура I, II ст.)

При воспалительном процессе в
области моляров нижней
челюсти

Слизистая оболочка
преддверия рта на
протяжении ряда зубов
покрасневшая, припухшая

Воспалительный процесс в
слизистой оболочке над
пораженным участком
надкостницы

Сглаженность переходной
складки соответственно
причинному зубу и рядом
стоящим зубам, пальпация
резко болезненна

Инфильтрация ткани
надкостницы

Выбухание по переходной
складке, при пальпации
определяется уплотнение и
болезненность

За счет скопившего под
надкостницей гноя
(поднадкостничный абсцесс)

Слизистая оболочка в
области выбухания
истончена, растянута, имеет
желтоватую окраску

В более поздней стадии
заболевания в результате
расплавления надкостницы
гнойный экссудат скопился под
слизистой оболочкой

На твердом небе
ограниченная припухлость
округлой формы, резко
болезненная при пальпации

За счет скопивши гноя под
надкостницей твердого неба
(небный абсцесс)

Причинный зуб интактный, из-под десневого края выделяется гной	Маргинальный периодонтит
Причинный зуб поражен кариесом, может быть запломбированным или интактным, но изменен в цвете или покрытым искусственной коронкой	Зуб с нежизнеспособной пульпой и воспалительным процессом в периодонте
Причинный зуб имеет подвижность I степени, перкуссия его болезненна или слабо болезненна	Остаточные явления острого или обострившегося хронического периодонтита
Причинный зуб неподвижен, перкуссия его безболезненна	После ликвидации явления острого воспаления в периодонте
Зубы, соседние с причинным, неподвижны, на перкуссию не реагируют	Распространения воспалительного процесса на периодонт соседних зубов не происходит
Причинный зуб интактный, глубина десневой борозды более 1 мм (патологический десневой карман), подвижность I-III степени, перкуссия болезненна	Острый или обострившийся хронический маргинальный периодонтит

Поставьте предварительный диагноз. Проведите дополнительные методы исследования

Рентгенография	Деструкции костной ткани в области причинного зуба нет	Острый периодонтит
	Деструкция костной ткани у верхушки корня причинного зуба	Хронический периодонтит
	Деструкция кости у шейки зуба и в верхней части корня	Пародонтит, пародонтоз
ЭОД	Причинный зуб не реагирует на ток 150 мА	Некроз пульпы зуба
	Рядом стоящие с причинным интактные зубы реагируют на ток 4-6мА	Зубы с жизнеспособной пульпой
Общий клинический анализ крови	Лейкоциты $10-12 \times 10^9 /л$; сегментоядерные лейкоциты до 70-75%, палочкоядерные	За счет интоксикации организма больного

до 8-20%, лимфоциты до 10-20%; СОЭ-10-15 мм в час

Общий клинический анализ мочи

У отдельных больных обнаруживается белок: от следов до 0,33 г/л, лейкоциты 10—20 в поле зрения

За счет интоксикации организма больного

* Предварительный диагноз.

1. Острый одонтогенный периостит верхней челюсти в области:

- а) альвеолярного отростка с вестибулярной поверхности;
- б) альвеолярного и небного отростков.

2. Острый одонтогенный периостит нижней челюсти в области:

- а) альвеолярной части с вестибулярной поверхности;
- б) альвеолярной части с язычной поверхности;
- в) альвеолярной части и тела челюсти.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2.

ОПЫТРАЗРАБОТКИ

И ПРИМЕНЕНИЯ ЗАДАНИЙ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ

НА КАФЕДРЕ ГОСПИТАЛЬНОЙ

ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

(ЗАВ. КАФЕДРОЙ – ПРОФЕССОР Г.М. БАРЕР)¹

Принципиальные отличия тестового контроля от традиционной формы:

- > кратко сформулированные задания;
- > возможность значительно быстрее провести контроль;
- > технологичность, т.е. контроль через компьютер;
- > экономия живого труда преподавателя;
- > появляется элемент объективной оценки, т.к. преподаватель не участвует в выставлении оценок;
- > студент с помощью компьютера сам получает оценку, соответствующую уровню его подготовки.

Тестовый контроль ни в коем случае не заменяет собеседования со студентом «вживую», которое выявляет умения клинически мыслить, излагать клиническую ситуацию, демонстрировать преподавателю приобретенные мануальные навыки. Однако благодаря тестовому контролю учебного времени на все вышеперечисленное остается больше.

Для успешного проведения тестового контроля задания должны быть составлены безукоризненно и соответствовать ряду требований.

При конструировании тестовых заданий мы руководствуемся следующими требованиями:

- >тестовые задания должны охватывать всю учебную программу того раздела, в рамках которого проводится контроль;
- >нельзя допускать в заданиях и ответах неоднозначности;
- >задания и ответы должны быть краткие, лаконичные;
- >тестовые задания не должны быть перегружены;
- >задания должны быть предварены четкой инструкцией. Например: «обведите кружком номера всех правильных ответов»;
- >в конце блока тестовых заданий помещаются правильные ответы.

Оценка ставится в зависимости от процента правильных ответов. По форме мы применяем в основном тестовые задания четырех видов:

- >открытые;
- >закрытые;
- >на соответствие;
- >на последовательность.

Каждая форма играет свою роль. Так, к примеру, тестовые задания «на последовательность» тренируют выработку алгоритма действий студента или врача при конкретном заболевании или клинической ситуации.

Примеры тестовых заданий.

I. Открытая форма.

Инструкция: *обведите кружком номера всех правильных ответов.*

1. Реакция ротовой жидкости кислая, если ее рН:

- 1) менее 7
- 2) равняется 7
- 3) более 7

2. От фтористого натрия проницаемость эмали:

- 1) повышается
- 2) понижается
- 3) не изменяется

3. Гингивит — заболевание:

- 1) воспалительное
- 2) воспалительно-дистрофическое
- 3) дистрофическое
- 4) опухолевидное

4. Вкусовой чувствительностью обладают сосочки языка:

- 1) нитевидные
- 2) грибовидные
- 3) листовидные
- 4) желобоватые

Ответы

1. 1. 2. 2. 3. 1. 4. 2,3,4.

II. Закрытая форма. Инструкция: *дополните.*

1. Пульпа зуба располагается в _____ (1) зуба и условно разделяется на _____ (2) и _____ (3)

2. Симптом Никольского положителен при _____

3. Карман при гипертрофическом гингивите называется _____

4. Доброкачественные изменения губ воспалительного характера называют _____

Ответы

- 1. (1)-полости;
- (2) - коронковую;
- (3) - корневую
- 2. пузырьчатке

3. ложным

4. хейлит

III. На соответствие.

Инструкция: *установите соответствие.*

Заболевания

1. Гингивит острый катаральный средней степени тяжести
2. Пародонтит хронический генерализованный легкой степени тяжести
3. Пародонтоз средней степени тяжести

Рентгенологические признаки

- А. Кортикальная пластинка межзубных перегородок разрушена
- Б. Кортикальная пластинка и костная ткань межзубных перегородок сохранена, остеосклероз
- В. Убыль костной ткани межзубных перегородок на 1/2 длины корней зубов
- Г. Резорбция межальвеолярных перегородок на 1/3 длины корней зубов Д. Изменений нет

Ответы

1. Д 2. А, Г 3. Б, В

IV. На последовательность.

Инструкция: *установите правильную последовательность.*

Этапы реставрации коронки зуба с применением гомокомпозита:

- 1) наложение изолирующей прокладки
- 2) нанесение бонда
- 3) протравливание эмали
- 4) послойное нанесение пломбировочного материала
- 5) полирование
- 6) шлифование
- 7) промывание струей воды и высушивание

Ответы

- 1,3,7,2,4,6,5.

После изучения каждого раздела специальности студенты проходят тестовый контроль, который заменяет трудоемкие зачеты. Итоговая государственная аттестация проходит в 3 этапа:

—>оценка мануальных навыков;

—>тестовый контроль теоретических знаний;

—>собеседование.

На последнем этапе (собеседование) мы применяем разработанные нами клинические ситуации со «шлейфами» тестовых заданий и видеорядом. Иллюстрации представляют клинику заболевания, дифференциальную диагностику, методы лечения. Это облегчает студенту беседу с профессором, полностью имитируя ситуацию в клинике. Кроме студентов, тестовый контроль в период аттестации проходят врачи - интерны и клинические ординаторы. Сложность тестовых заданий для последних, естественно, повышается.

В последние годы в МГМСУ начался постепенный переход на подготовку врачей-стоматологов общей практики, создаются сборники интегративных клинических ситуаций со «шлейфом» интегративных тестовых заданий и видеорядом. Планируется использование их как для текущего контроля, так и для итоговой государственной аттестации.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3.

К ПРОБЛЕМЕ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ»

В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ¹

Потенциальная возможность конфликтной ситуации, заложенная во взаимоотношениях врач-пациент, наиболее наглядно, по нашему мнению, присутствует в стоматологии, где пациент на уровне своего бытового опыта относится к лечащему его врачу как к персоне, приносящей ему боль. Это изначально отчуждает пациента от врача, вызывает у человека, сидящего в кресле зубоврачебного кабинета, повышенную нервозность и потенциальную боязнь самого процесса лечения. Тем более, что не каждый врач от рождения имеет эмпатический и интеллектуальный потенциал при соответствующей профессиональной подготовке. Негативный настрой пациента, в свою очередь, сказывается и на поведении стоматолога, вынуждая его не всегда адекватно поступать в той или иной стрессовой ситуации.

На наш взгляд, еще одним обстоятельством, способствующим возникновению конфликтных ситуаций между врачом-стоматологом и пациентом, является призывно-облегченная реклама услуг и возможностей конкурирующих между собой частных стоматологических клиник. Их рекламные обещания «полного обезболивания», «использования самого современного импортного оборудования и материалов», «имплантации зубов» для любого желающего формируют у пациентов устойчивое представление, что за свои деньги они вправе требовать в этих клиниках все, что обещается в рекламных проспектах, невзирая на определенные противопоказания, которые есть у каждого.

Рассмотрим несколько типичных случаев из практики частных коммерческих структур.

1. Больной Г. 37 лет на приеме потребовал от врача удалить больной зуб. После осмотра и рентгенологического обследования врач объяснил пациенту, что зуб может быть сохранен при условии еще двух сеансов лечения. Больной в раздражении встал и ушел. В регистратуре его по

возможности успокоили и посоветовали обратиться к другому врачу в этой же клинике. Зная о конфликтной ситуации, новый врач удаляет больному Г., по его просьбе, зуб без каких-либо предложений о лечении.

а) оцените ситуацию;

б) как бы Вы поступили в подобном случае?

Эталон:

1. Учитывая особенности личности больного Г., следовало бы настоять на совместной консультации с хирургом и ортопедом.

2. Если консультация не убедила бы пациента, желательно было бы отказать ему в его просьбе.

2. У больного К. 50 лет после обследования была обнаружена аллергия к анестетикам. Он, как оказалось, относился к группе риска, имел в анамнезе ряд соматических заболеваний. Больной требовал анестезии перед лечением. Стоматолог объяснил пациенту, что для проведения обезболивания ему нужно подобрать анестетик, безопасный для его здоровья, или предложить другой вид обезболивания. Пациент резко возразил против предложенного плана лечения и, крайне недовольный, покинул клинику, а) какова Ваша тактика в данной ситуации?

Эталон:

1. Врачу следовало бы привести примеры из практики, связанные с возникновением тяжелых аллергических реакций в аналогичных ситуациях.

2. Необходимо было пояснить, что процесс подбора анестетика не займет много времени.

3. Можно было бы провести консультацию с коллегами. 4. При возникновении затруднений с подбором анестетика нужно обратиться в институт.

А вот пример другого плана. Случается, что врач-стоматолог не всегда может или хочет уделить должное внимание соматическому анамнезу пациента, его психоэмоциональному настрою. «Жертвами» такого отношения стали две молодые женщины, попавшие в частный стоматологический кабинет, с сотрудниками которого их учреждение заключило договор.

3. Больная О. 43 лет пришла в клинику для удаления зуба. Она обратила внимание врача на то, что у нее в анамнезе была реакция на анестетик, на это доктор ответил, что за четыре года работы с ультракаином у него не было ни одного случая осложнения. Через 5 минут после проведения анестезии у больной случился обморок, который удалось снять в кабинете, но с его последствиями (слабость, боли в области сердца) больная боролась еще несколько дней.

а) обратится ли еще раз больная О. за помощью к этому врачу?

б) какие ошибки допустил врач?

в) как поступили бы Вы в данной ситуации?

Эталон:

1. Оценить эмоциональное состояние пациентки, наладить с ней контакт.

2. Собрать соматический анамнез (больная имела склонность к гипотензии).
3. Собрать аллергологический анамнез.
4. Выявить причину предыдущего обморока (больная была в состоянии психоэмоционального перенапряжения).
5. Подобрать оптимальный вид обезболивания, которое должно включать премедикацию больной.

Больной Т. - коллеге О. - перед лечением по поводу пульпита была сделана анестезия, приведшая к аналогичным последствиям, поскольку также были проигнорированы факторы риска в анамнезе. Больше к врачу она не пришла.

Обе эти пациентки были санированы позднее в МГМСУ с применением премедикации и под местным обезболиванием.

Конечно, в настоящее время молодые специалисты и студенты имеют общее представление о том, что обезболивание является частью лечебного процесса и практически остается основным методом контроля над болью в стоматологии. Однако можно констатировать, что проведение премедикации не всегда хорошо освоено и

правильно применяется.

Вот несколько примеров из практики кафедры факультетской стоматологии МГМСУ, которые иллюстрируют некоторые аспекты взаимоотношений врач-пациент.

4. Студент, имевший пятилетний стаж работы зубного техника, уверенно и самостоятельно работавший, пригласил на лечение своего знакомого. Пациент (23 года), вначале был спокоен. Препарирование по поводу кариеса оказалось болезненным, и больной потребовал у врача сделать ему анестезию, забыв в состоянии стресса о своих проблемах в анамнезе. Через 5 минут при введении ультракаина у пациента случился обморок. Совместными усилиями по известной схеме больному оказали экстренную помощь. Позже в доверительной беседе пациент рассказал, что с детского возраста при виде иглы падал в обморок. Через неделю после проведения премедикации больному безболезненно закончили лечение зуба.

а) как бы Вы поступили на месте врача-студента?

б) в чем состояла ошибка ассистента?

Эталон:

Ассистент до проведения студентом анестезии должен был проверить по истории болезни, правильно ли студент собрал анамнез, выявлены ли факторы риска. На деле преподаватель занял позицию пассивного нейтралитета, чтобы избежать конфликтной ситуации со студентом. 5. В этом случае в конфликтном узле приблизительно аналогичного содержания оказались одновременно завязаны три лица: пациент - молодая женщина 22 лет, которая пришла на прием по случаю лечения кариеса, врач-студент IV курса и ассистент - куратор приема больных врачами-студентами. Пациентке была обработана кариозная полость, однако на последней стадии она почувствовала резкую боль и потребовала провести анестезию. Врач-студент обратился с просьбой к ассистенту помочь ему сделать мандибулярную анестезию. При осмотре больной преподаватель рекомендовал ей и врачу ограничиться аппликационной анестезией, поскольку объем оставшейся работы был незначителен. Данная рекомендация была встречена враждебно не только пациенткой, но и студентом, который воспринял ее как нежелание ассистента помочь ему.

Преподаватель продемонстрировал студенту технику проведения предложенной анестезии и в два этапа безболезненно закончил лечение. Пациентка была довольна. Врач-студент впервые увидел эффект от аппликационного обезболивания. Конфликтная ситуация была разрешена.

а) Вы согласны с тактикой преподавателя?

б) в чем, по Вашему мнению, был не прав студент?

В заключение отметим еще раз, что стоматологу всегда нужно помнить о своей ответственности перед больными, которая для него самого возрастает еще больше в силу специфики взаимоотношений врача-стоматолога и пациента.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4.

АНКЕТА САМОДИАГНОСТИКИ

ГОТОВНОСТИ К ТВОРЧЕСТВУ

В ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Прочитав перечень утверждений, поставьте напротив каждого отметку «+» или «-» в соответствующей Вашему ответу графе.

Факторы	Всегда	Иногда	Никогда
1. Испытываю потребности в изменении методик			
2. Готов к обсуждению новых идей			
3. выявляю факторы, мешающие мне творчески относиться к делу			
4. Систематизирую педагогические проблемы			
5. Могу отказаться от традиционного подхода			
6. Иду на эксперимент в педагогическом процессе			
7. Проявляю творческие способности			
8. Готов использовать новые технологии			
9. Одобряю и поддерживаю инициативный и творческий подход студентов			
10. Признаю необходимость профессионального и личностного роста			

Чем больше «+» в графе «всегда», тем больше творческий потенциал преподавателя.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5.

МЕДИКО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ

ЗАДАЧИ НА СМЫСЛ ДЛЯ ОБСУЖДЕНИЯ СО СТУДЕНТАМИ¹

Анализируя приведенные примеры, ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы:

- а) насколько этичны действия врача?
- б) какие социальные установки лежат в основе врачебных действий?
- в) какие психологические и деонтологические ошибки допустил врач?
- г) в соответствии с какой моделью взаимоотношений с пациентом вел себя врач?
- д) как надо было бы скорректировать поведение врача?
- е) как на месте врача поступили бы Вы?

Пожалуйста, обоснуйте Ваши ответы (на основании 8-й главы данного пособия).

1. Больной А. 50 лет, войдя в кабинет онколога при очередной диспансеризации, услышал:

- Сколько Вам лет?
- Сорок пять.
- Есть ли у Вас опухоли?
- Вроде бы, нет.
- Странно! В Вашем возрасте уже что-нибудь может быть.

Не осматривая пациента, врач записал в карте: «здоров».

2. Ассистенту В. кафедры патологической анатомии поставили диагноз: меланома. В течение недели после проведенной операции он с нетерпением ждал от патоморфолога уточненного диагноза на основании биопсии. В. был уверен, что решалась его судьба: жить еще долго или умереть через три-четыре месяца от метастазов. Он вошел в кабинет профессора Ф., и тот ошарашил его многозначительной интонацией с неоправданно долгими паузами: «К сожалению (пауза), такой диагноз, как у Вас (пауза), мне приходится сообщать (пауза) нашим онкологическим больным (пауза) очень (длительная пауза) редко». Что тут мог подумать В.? Конечно же, самое худшее.

- Посмотрите в микроскоп, - предложил Ф. ознакомиться с биопататом.
- Так это же всего лишь капиллярная гемангиома! - вырвалось у В.
- Да, причем с образованием глыбок гемосидерина в зоне кровоизлияния, которые ошибочно принимались всеми за зерна меланина, - уточнил Ф.

3. Больной П., которому две недели назад провели диагностическую биопсию из области опухоли языка, обратился к оперировавшему его хирургу-стоматологу с просьбой сообщить уточненный диагноз. Врач не нашел ничего более подходящего, чем ответить: «Идите в морг, там вам все скажут». Пациент не знал, что хирурги обычно направляют биопсии в патолого-анатомическое отделение, и с ним случился сердечный приступ.

4. К стоматологу на прием пришел больной, проживающий в сельской местности, с жалобами на кровоточивость десен и подвижность зубов. При осмотре в полости рта обнаружены обильные твердые отложения и много мягкого налета. Размышляя вслух, врач произнес: «Немудрено при такой гигиене рта потерять все зубы». И на его лице появилась гримаса брезгливости. Пациент обиделся и отказался от лечения.

5. Больная обратилась в стоматологическую клинику с жалобами на неприятные ощущения и чувство жжения в области языка. Во время обследования молодой врач громко позвал коллег, чтобы они посмотрели, как он выразился, на «странный язык, состоящий из отдельных долек». «Такого языка я еще никогда не видел. Это - очень интересный язык», - добавил доктор. Больная, тут же прикрыв рот рукой, сказала: «Я - не на сцене, позировать не желаю и пойду лечиться к другому специалисту».

6. Ребенок пяти лет боится сесть в стоматологическое кресло, с трудом открывает рот для осмотра и плачет даже при одном виде стоматологических инструментов. Врач покрикивает на ребенка и говорит: «Если ты немедленно не успокоишься, то тебя будут лечить бормашиной - вот посмотри, как она жужжит. А если это не поможет, то тебя положат в больницу, а маму отправят домой».

7. Больная К. пришла на консультацию к профессору кардиологу по поводу кардиофобии. Профессор был на кафедральном совещании, и больную принял дежурный врач. Вначале он долго выяснял, почему именно он должен заниматься с К., направленной на консультацию к профессору. Потом, ознакомившись с проведенными обследованиями и не найдя никаких опасений с точки зрения кардиологии, он с неудовольствием отрезал: «Кардиофобия - это страх смерти от сердечного заболевания. По нашей части у Вас «все чисто». Не бойтесь: «от сердца» Вы не умрете. Идите к психиатру!»

8. Больная С. обратилась к участковому терапевту с жалобами на частые приступы одышки с хрипами и откашливанием, постоянное ощущение «комка в горле», мешающего говорить и глотать. Сделав необходимые обследования и исключив наличие терапевтической патологии, врач резко оборвал «причитания» больной: «Успокойтесь и перестаньте морочить мне голову! У Вас просто истерические приступы. Вы - истеричка!»

9. Доцент Т. во время занятия со студенческой группой решил проконсультировать пациентку с жалобами на боли и чувство дискомфорта в эпигастральной области, отрыжку, изжогу, тошноту. Расспрашивая больную при сборе анамнеза, он выяснил, что несколько лет назад она лечилась в кожно-венерологическом диспансере. Опрос велся нарочито громко, явно для демонстрации студентам. Больная заплакала и ушла.

Поставьте, пожалуйста, себя на место врача и смоделируйте варианты Ваших ответов с точки зрения пяти моделей взаимоотношений с пациентом (см. главу 8 данного пособия).

10. На основании жалоб, данных анамнеза, рентгенологического исследования Вы предполагаете у мальчика семи лет злокачественное новообразование желудка. Направляя ребенка в соответствующее лечебное учреждение для дальнейшего обследования и лечения, поставите ли Вы в известность о предполагаемом диагнозе его родителей? Дайте вариант беседы с ними. Будете ли Вы беседовать в присутствии ребенка?

11. Вас вызвали в роддом к женщине, родившей ребенка с болезнью Дауна. Мать ребенка мало осведомлена о подобной патологии. На встречу с Вами пришли её муж и родители обоих супругов с намерением отказаться от новорожденного. Проведите с ними беседу.

12. В поликлинику обратились родители с ребенком семи лет. Жалобы на появившуюся у него два месяца назад после травмы припухлость в правой подглазничной области. Припухлость

увеличивается. Предварительному диагнозу «новообразование» не противоречат и данные рентгенологического исследования. Ваша тактика общения:

а) считаете ли Вы необходимым поставить родителей ребенка в известность о предполагаемом диагнозе, не имея данных морфологического исследования? Обоснуйте свое решение;

б) будете ли Вы беседовать с родителями в присутствии ребенка?

13. Вас вызвали в роддом к женщине, родившей ребенка с полной двусторонней расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба. На встречу с Вами явились родственники, вопреки желанию матери настаивающие на ее отказе от ребенка. Проведите с ними беседу.

14. К Вам направлен больной ребенок из другого лечебного учреждения, где он лечился по поводу острого гнойного периостита нижней челюсти одонтогенной этиологии. Вы обнаружили грубые врачебные ошибки в комплексе лечебных мероприятий, которые привели к осложнению заболевания. Как Вы ответите на вопрос матери: «Доктор, но ведь я делала все, что мне велели. Почему же ребенку стало хуже?»

СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ

Воспитание - процесс целенаправленного формирования личности в условиях социально организованной воспитательной системы.

Деонтология - совокупность нравственных норм профессионального поведения медицинских работников.

Конфликт - воспринимаемая несовместимость действий или целей, столкновение противоположно направленных интересов, позиций, мнений общающихся личностей.

Конфликтная ситуация - ситуация, в которой сталкиваются альтернативные взгляды, противоречивые позиции, противоположные цели или средства их достижения.

Личность - целостность субъективной реальности и способ бытия человека в системе взаимоотношений с другими; личность - субъект, свободно определившийся в пространстве культуры и времени истории.

Общение - порождаемая потребностями в совместной жизнедеятельности и обмене информацией форма активности личности, проявляющаяся в установлении и развитии контактов между людьми, в формировании межличностных отношений.

Обучение - специально организованный процесс, включающий в себя две органично взаимосвязанные деятельности: преподавание и руководство учением.

Парадигма научная - совокупность образцов и ценностных установок, норм и правил, определяющих основные направления научных исследований в конкретном историческом периоде.

Парадигма гуманитарная - исследовательский подход, связанный с признанием самоценности единичного события; в изучении развивающихся объектов (человек, общество) реализуется принцип единства истины и ценности, факта и смысла, сущего и должного; гуманитарное знание всегда персоналистично.

Парадигма естественнонаучная - принцип организации научного исследования и способ интерпретации его результатов по критериям их проверяемости, воспроизводимости и неизменности; естественнонаучное знание объектно, беспристрастно и непредвзято.

Педагогика - совокупность теоретических и прикладных наук, изучающих воспитание, образование и обучение, их роль в жизни общества и развитии личности.

Педагогический процесс - специально организованное, развивающееся во времени и в рамках определенной воспитательной системы взаимодействие воспитателей и воспитанников, направленное на достижение поставленной цели и призванное привести к преобразованию личностных свойств и качеств воспитанников.

Проблема - теоретический или практический вопрос, требующий разрешения, исследования. Проблема педагогического исследования отражает противоречие между знаниями о потребностях людей в области обучения и воспитания и незнанием путей, средств и методов их решения.

Профессиональная педагогика - отрасль педагогики, объектом исследования которой является учебно-воспитательный процесс в учреждениях начального, среднего и высшего профессионального образования, а предметом - закономерности, содержание, формы, методы и средства профессионального образования.

Развитие - процесс количественных и качественных изменений в организме, психике, интеллектуальной и духовной сфере человека, обусловленный влиянием внешних и внутренних, управляемых и неуправляемых факторов.

Рефлексия - родовая способность человека, проявляющаяся в обращении сознания на самое себя, на внутренний мир человека, его место во взаимоотношениях с другими, на формы и способы познавательной и преобразующей деятельности.

Слушание активное - вид слушания, подразумевающий постоянное отражение содержания информации, которую передает собеседник. Цель активного слушания - адекватная обратная связь, уверенность в том, что информация воспринята соответствующим образом.

Слушание пассивное - вид слушания, при котором слушающий дает собеседнику понять, что он не один, но при этом не отражает его эмоций и передающейся им информации, используя при этом «угу-реакции». Цель пассивного слушания - достижение состояния относительного спокойствия.

Слушание эмпатическое - вид слушания, который подразумевает постоянное отражение чувств собеседника. Цель эмпатического слушания - создание у собеседника ощущения того, что его переживания приняты вами и небезразличны вам.

Субъективность - базовая категория антропологической психологии, определяющая общий принцип существования человеческой реальности, непосредственного самобытия человека; как форма бытия и способ организации человеческой реальности субъективность обнаруживает себя в способности человека встать в практическое (преобразующее) отношение к собственной жизнедеятельности и находит свое высшее выражение в рефлексии.

Субъектность - социальный, деятельностно-преобразующий способ бытия человека; как самость субъектность есть очевидная и непосредственная форма самобытия человека.

Теория обучения (дидактика) - научная дисциплина, объектом которой выступает процесс обучения, включающий в себя органично взаимосвязанные преподавание и учение, а предметом -

закономерные связи и отношения, функционирующие в данном процессе, содержание образования, принципы, организационные формы, способы и средства реализации целей обучения.

Учение - усвоение обучаемыми содержания образования и опыта учебно-познавательной деятельности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аверин В.А. Психология в структуре высшего медицинского образования: Автореферат дис. доктора психол. наук. - СПб., 1997.
2. Аграчев С.Г. К вопросу о месте и роли психоанализа в современной культуре // Московский психологический журнал. - 1996. - № 2.
3. Анцышкина А.М., Барабанов Е.И., Мостова Л.В. Вопросы биоэтики и учебно-исследовательская работа студентов // 240 лет Московской Медицинской Академии. - М., 1998.
4. Асмолов А.Г. Культурно-историческая психология и конструирование миров. — М., 1996.
5. Бартко А.Н., Михайловска-Карлова Е.П. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. Ч. 2. - М., 1999.
6. Белый Б.И. Тест Роршаха. Практика и теория / Под ред. Собчик Л.Н. - СПб., 1992.
7. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.В. Методика многостороннего исследования личности. - М., 1988.
8. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры. -М., 1996.
9. Берн Э. Трансактный анализ и психотерапия. — СПб., 1994.
10. Братусь Б.С. Аномалии личности. - М., 1986.
11. Братченко С.Л. Введение в гуманитарную экспертизу образования. -М., 1999.
12. Братченко С.Л. Экзистенциальная психология глубинного общения. -М., 2001.
13. Бурлачук Л.Ф., Морозов СМ. Словарь-справочник по психодиагностике.-СПб., 1999.
14. Давыдов В.В. Проблемы развивающего обучения. — М., 1996.
15. Давыдовский И.В. Общая патология человека. — 2-е изд. — М., 1969.
16. Давыдовский И.В. Философские основы патологии // Архив патологии. - 1969.-№ 6.

17. 240 лет Московской Медицинской Академии. Современные проблемы образования в высшей медицинской школе. -М., 1998.
18. Денисов И.Н., Косарев И.И. Высшее медицинское образование: эволюция, проблемы, перспективы: Учебное пособие. -М., 1998.
19. Дианкина М.С. Профессионализм преподавателя высшей медицинской школы. - М., 2000.
20. Ильясов Н.И. Структура процесса учения. - М., 1996.
21. Инновационное обучение: стратегия и практика / Под ред. В.Я. Ляудис.-М., 1994.
22. Зинченко В.П. Моргунов Е.Б. Человек развивающийся. Очерк российской психологии. — М., 1994.
23. Зорин К.В. Опыт христианской психологии в современной медицине // Психологические основы деятельности врача. -М., 1999.
24. Зорин К.В. Хочешь ли быть здоров? Православие и врачевание -М, 2000.
25. Кан М. Между терапевтом и клиентом." новые взаимоотношения СПб., 1997.
26. Кан-Калик В.А. Техника педагогического общения. Педагогическое общение в работе учителей-новаторов // Учителю о педагогической технике. -М, 1987.
27. Ключева Н.В., Свистун М.А. Программы социально-психологического тренинга. - Ярославль, 1992.
28. Конфликты и способы их разрешения: Учебно-методическое пособие для слушателей ФПК. - Ярославль, 1996.
29. Корнелиус Х., Фейер Ш. Выиграть может каждый. - М., 1992.
30. Кудрявая Н.В. Лев Толстой о смысле жизни. — М., 1993.
31. Кудрявая Н.В., Зорин К.В. Введение в духовную культуру врача // Психологические основы деятельности врача. - М., 1999. 32. Кудрявая Н.В., Лернер Г.И., Орестова Е.В. Управление обучением студентов в медицинском вузе // Советская педагогика. - 1984.— №6.
33. Кудрявая Н.В., Орестова Е.М., Лернер Г.И. Методические указания по проведению ситуационно-ролевых игр на стоматологических факультетах МЗ РФ. - М., 1990.
34. Кудрявая Н.В., Уколова Е.М., Лудилина З.В. Структура деятельности преподавателя-врача / Под ред. Г.М. Барера. - М., 1992.
35. Кузьмина Н.В. Способности, одаренность, талант учителя. - Л., 1985.
36. Кулюткин Ю.Н. Психология обучения взрослых. - М., 1985.
37. Кулюткин Ю.Н., Сухогубская Г.С. Мышление учителя. - М., 1990.
38. Куттер П. Современный психоанализ. - СПб., 1997.

39. Лабунская В.А. Невербальное поведение: (Социально-перцептивный подход). - Ростов, 1986.
40. Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К. Учебное пособие по медицинской психологии. - М., 1976.
41. Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К. Учебное пособие по медицинской психологии. - СПб., 1993.
42. Леонтьев А.Н. Избранные психологические произведения в 2-х т. - М., 1983.
43. Леонтьев А.Н. Лекции по всеобщей психологии. - М., 2000.
44. Литвак М.Е. Если хочешь быть счастливым. - Ростов-на-Дону, 1995.
45. Лурия А.Р. Мозг человека и психические процессы: В 2 т. - М., 1970.
46. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. — М., 1973.
47. Лугаев С.А., Шостак В.И. Значение эмоциональных процессов у человека в механизмах анализа влияния разностной стимуляции // Журнал высшей нервной деятельности. - 1993. - Т. 43. - Вып. 6.
48. Майерс Д. Социальная психология. - СПб, 1997.
49. Мак-Вильямс Н. Психодинамическая диагностика. Понимание структуры личности в клиническом процессе. — М., 1998.
50. Маркова А.К. Психология профессионализма. - М., 1997.
51. Мельников В.М., Ямпольский Л.Т. Введение в экспериментальную психологию личности. - М., 1985.
52. Меркушев В.В., Безродная Г.В., Золотовская Т.И. Методическое пособие по курсу «Основы психологических знаний» для студентов медицинских учебных заведений. - Новосибирск, 1995.
53. Методическое пособие для преподавателей по составлению учебной программы (на период до- и последипломного обучения). - М., 2000.
54. Методические указания для преподавателей и слушателей ФПКП по разработке тестовых заданий и задач как альтернативных стратегий контроля / Под ред. Г.М. Барера. - М., 1990.
55. Методические указания по организации учебного процесса в медицинском вузе (для профессорско-преподавательского состава, слушателей ФПКП) / Под ред. В.А. Аверина. - М.; Л., 1988.
56. Модель врача-выпускника по специальности «Стоматология». (Методические рекомендации по составу профессиональной деятельности врача-стоматолога) / Троянский Г.Н., Рудько В.Ф. и др. - М., 1986.
57. Московский психотерапевтический журнал (МПЖ), 1996 — №2, 1998 - № 2 (специальные психоаналитические выпуски).
58. Московский психотерапевтический журнал. Специальный выпуск по христианской психологии / Под ред. Ф.Е. Василюка. - М., 1997.

59. Начала христианской психологии: Учебное пособие для вузов.—М., 1995.
60. Нечаев Н.Н. Психолого-педагогические основы формирования профессиональной деятельности. -М., 1998.
61. Общая и социальная психология: Практикум / Под ред. Н.Д. Твороговой. -М., 1997.
62. Психологические основы деятельности врача: Избранные лекции и статьи / Под ред. Р.П. Ловелле и Н.В. Кудрявой. — М., 1999.
63. Психология личности: тесты, опросы, методики. - М., 1995.
64. Психолого-педагогические аспекты в деятельности преподавателя высшей медицинской школы / Составители Кудрявая Н.В., Уколова Е.М., Пастернак Н.А.. под рук. М.М. Пожарицкой. — М., 1995.
65. Психолого-педагогические основы планирования и методики проведения практического занятия со студентами на клинической кафедре / Сост. Н.В.Кудрявая, Е.М. Орестов, Г.И. Лернер. — М., 1989.
66. Психология личности. - М., 1982.
67. Роджерс К.Р. Взгляд на психотерапию. Становление человека — М., 1994.
68. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии: В 2-х т. - М., 1989.
69. Силуянова И.В. Биомедицинская этика как форма профессиональной защиты личности врача // Вестник РАМН. - 1997. - № 8.
70. Силуянова И.В. Нравственная культура врача как основание медицинского профессионализма // Экономика здравоохранения. — 2000. — № 1.
71. Силуянова И.В. Современная медицина и православие. - М., 1998.
72. Силуянова И.В. Философско-методологический анализ актуальных проблем биоэтики: Автореферат дис. доктора филос. наук. - М., 1999.
73. Смирнов В.И. Общая педагогика. - М., 1999.
74. Смирнов С.Д. Педагогика и психология высшего образования: от деятельности к личности. - М., 1995.
75. Слободчиков В.И., Исаев Е.И. Основы психологической антропологии. Психология человека: Введение в психологию субъективности: Учебное пособие для вузов. - М., 1995. 76. Собчик Л.Н. Пособие по применению психологической методики ММРІ.-М., 1971.
77. Соколова Е.Т. Проективные методы исследования личности. - М., 1980.
78. Стандарт высшего медицинского образования. - М, 1993.
79. Столору Р., Брандшафт Б., Атвуд Дж. Клинический психоанализ. Интерсубъективный подход. - М., 1999.

80. Суд над системой образования: стратегия на будущее / Под ред. У.Д. Джонстона. - М, 1991.
81. Тайсон Ф., Тайсон Р. Психоаналитические теории развития. - Екатеринбург, 1998.
82. Талызина Н.Ф. Управление процессом усвоения знаний. — М., 1994.
83. Творогова Н.Д. Психология: Лекции для студентов медицинских вузов. -М., 1998.
84. Тиллих П., Роджерс К. Диалог // Московский психотерапевтический журнал. - 1994. - № 2.
85. Франкл В. Человек в поисках смысла: Сборник / Пер. с англ. и нем. -М., 1990.
86. Фрейд З. Введение в психоанализ. - М, 1989.
87. Фрейд А. Психология «Я» и защитные механизмы. — М., 1993.
88. Фромм Э.М. Иметь или быть. - М, 1990.
89. Фромм Э. Психоанализ и этика: Сборник / Пер. с англ. и нем. - М, 1993.
90. Харди. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. -Будапешт, 1988.
91. Хелл Л., Зиглер Д. Теории личности. - СПб., 1997.
92. Шадриков В. Д. Способности человека. - М.; Воронеж, 1997.
93. Butcher J. Essentials of MMPI-2 and MMPI-A Interpretation. -Minnesota, 1999.
94. Costello R.M., Hulsey T.L., Schoenfeld L. S., Romamurthy S. P-A-I-N: A four-cluster MMPI typology for chronic pain //PAIN, 30
95. Everly G.S. A Clinical Guide to the treatment of the Human Stress Response.-N.Y., 1989.
96. Friedman H.S., Tucker J.S. Tomlinson-Keasly Cet. al. Does Children Personality Predict Longevity? //Personality &Social Psychology. -1993.-V. 65(1).
97. Ganellen R.J., Reese M. Integrating the Rorchach and the MMPI-2 In-personality Assessment //Hospital and Medical Center and University of Illinois. -Chicago.
98. Hathaway S.R., McKienley J.C. The Minnesota Multiphasic Personality Inventory Manual.-N.Y., 1953.
99. May W.E. The physician's covenant: images of the healer in medical ethics. —Philadelphia: The Westminster Press, 1983.
100. Moore R.A. Ethics in the practice of psychiatry. -Am. J. Psychiat. -1978.-v. 135.-№2.
101. Veatch R.M. Models for ethical Practice in a revolutionary age //Hastings Center Report. -June, 1972. -vol. 2. - № 3.
102. Veatch R.M. A theory of medical ethics. -N. Y.: Basic Books, 1981.