

**Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра организации здравоохранения с психологией и педагогикой

Педагогика

Учебно - методическое пособие для клинических ординаторов

Владикавказ, 2020

Составители: к. м. н., доцент А.С. Татров

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

Аликова З.Р. - зав. каф. гуманитарных, социальных и экономических наук
ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России, профессор, доктор медицинских
наук

Е. А. Авдеева - Зав. каф. педагогики и психологии с курсом ПО, доктор
философских наук, канд. пед. н., доцент ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф.
В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

А.Д. Гусова - Зав. каф. психологии канд. психологических наук, доцент
ФГБОУ ВО СОГУ им. К. Л. Хетагурова

Учебно-методическое пособие содержит материалы, соответствующие ФГОС по предметам «Психология высшей школы» и «Педагогика» для аспирантов клинических, фундаментальных и биологических (медицинских) специальностей и клинических ординаторов. Каждый из тематических разделов снабжен методиками психолого-педагогического тестирования с соответствующими ключами. В заключительной части пособия представлены материалы для тестового контроля знаний. Пособие может быть полезно для преподавателей вузов и специалистов факультетов повышения квалификации и постдипломного обучения.

Оглавление

Тема занятия №1. Психология как наука, грани взаимодействия психологии и медицины _____	4
Тема занятия №2. Педагогика как наука, педагогические составляющие деятельности врача _____	23
Тема занятия №3. Психология познавательных процессов _____	70
Глава I. Ощущения и восприятие _____	70
Глава II. Внимание и память _____	79
Глава III. Мышление. Воображение. Речь _____	87
Глава IV. Эмоции _____	104
Тема занятия №4. Психология личности _____	115
Тема занятия №5. Элементы возрастной психологии и психологии развития _____	151
Тема занятия №6. Элементы социальной психологии и их учет в деятельности врача _____	147
Тема занятия №7. Психология здоровья и здорового образа жизни _____	172
Тема занятия №8. Современные педагогические методы и технологии обучения и воспитания _____	198
Тема занятия №9. Основы медико – просветительской деятельности врача _____	213

Тема занятия №1.

Психология как наука, грани взаимодействия психологии и медицины.

Цель: ознакомить с предметом психологии, ее место в системе наук (психология и философия, психология и педагогика, психология и физиология, психология и медицина). Современные психологические школы. Предмет и методы психологии. Этика психологического исследования.

Место проведения: аудитория.

Студент должен знать:

1. Предмет психологии как научной дисциплины
2. Место психологии в системе наук.
3. Современные психологические школы.
4. Методы психологии: наблюдение, эксперимент, квазиэксперимент тестирование.
5. Валидность и надежность методов психологии.
6. Этика психологического исследования.

Студент должен уметь:

1. Уметь пользоваться методами исследования, применяемыми в психологии.
2. Грамотно и самостоятельно анализировать и оценивать социальную ситуацию в России и за ее пределами, осуществлять свою деятельность с учетом результатов этого анализа.

Темы проектов, рефератов:

1. Основные этапы становления психологии как науки.
2. Донаучная психология.
3. Психология и философия.
4. Психология и педагогика.
5. Психология и физиология.
6. Психология и медицина.
7. Методы исследования в психологии
8. Психика и сознания
9. Развитие психики и поведения
10. Основные этапы развития поведения и психики; проблема инстинкта, навыка и интеллекта

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Педагогика в медицине : учеб. пособие под ред. Н.В.Кудрявая М.: Академия,2006
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425022.html>
2. Клиническая психология: учебник Сидоров П.И. Парняков А.В. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2008. <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970414071.html>
3. Педагогическая наука. История и современность: учебное пособие Лукацкий М.А. М.: ГЭОТАР -Медиа, 2012
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970420874.html>

Дополнительная литература:

1. Психология взаимоотношений врача и пациента: учеб. Пособие Ларенцова Л.И., Смирнова Н.Б. М.: ГЭОТАР -Медиа, 2014
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970429358.html>

2. Медицинская психология: учеб пособие Тюльпин Ю.Г. СМ.: Медицина, 2004
3. Общая психология. Маклаков А.Г. СПб., Питер, 2007
4. Психология развития. Словарь 6 т. Под.ред. А.Л. Венгера М.: ПЕРСЭ,2006
5. Психология управления. Лекции: учеб. Пособие Творогова Н.Д. М.: ГЭОТАР -Медиа, 2008
2010 <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970429358.html>
6. Психология управления. Практикум: учеб. пособиеТворогова Н.Д. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2008 2010 <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970429358.html>
7. Психология : учеб.-метод. пособие для студентов медицинских вузов. Под ред. А. С. Татров. М.: Академия естествознания, 2010
8. Педагогические технологии в медицине: учеб. пособие Романов М.Г., Сологуб Т.В. М.: ГЭОТАР -Медиа,2007
2010. <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970404997.html>

Исходный контроль уровня знаний:

1. Что входит в понятие «наука»?
2. Что изучает психология?
3. На основе какой науки зародилась психология?
4. Кого вы можете назвать из основоположников психологической науки?
5. Какие методы используются в психологическом исследовании?
6. С какими науками наиболее тесно связана психология?

Основные вопросы темы:

1. Предмет психологии, задачи, методы.
2. Место психологии в системе наук.
3. Взаимосвязь психологии с другими дисциплинами.
4. Методы психологии.
5. Этические аспекты психологического исследования.

Итоговый контроль уровня знаний:

1. Какие явления изучает психология?
2. Что является предметом и объектом психологии?
3. Наука как один из видов человеческой деятельности, ее цель, продукт, методы.
4. Взаимосвязь психологии и философии?
5. Взаимосвязь психологии и физиологии?
6. Взаимосвязь психологии и медицины?
7. Взаимосвязь психологии и культурологии?
8. Взаимосвязь психологии и педагогики.
9. Методы психологии: наблюдение?
10. Методы психологии: эксперимент, квазиэксперимент.
11. Методы психологии: тестирование?
12. Валидность и надежность методов психологии?
13. Этика психологического исследования?

Содержательная часть

Вступив в третье тысячелетие и обращая свой взгляд в прошлое, человечество с уверенностью может констатировать, что именно наука оказала самое существенное влияние на его социальное, культурное, экономическое развитие. Наука, повлиявшая на ход человеческой истории, умножившая творческие возможности человека, наделив его силами, порой соизмеримыми с силами природы, и сама прошла длинный путь своего становления. Сегодня наука — это разветвленная сфера производства знаний о той или иной действительности. В эту специализированную сферу органично входит психология, которую многие считают наукой будущего.

Такие взгляды отнюдь не случайны. Они базируются на понимании человека как существа, наделенного способностью управлять собой, ставить перед собой цели и находить адекватные способы их достижения. Глубинное познание сути этих характеристик позволит принципиально изменить наше бытие, представления о себе, о своем месте в природном и культурном универсуме, т.е. психология, а именно она ответственна за такое познание, преобразит человеческую жизнь, сделает ее интересной, насыщенной, осмысленной, комфортной, ответственной, такой, какой она может быть при полном раскрытии человеческого потенциала. Рассмотрению научных основ психологии, науки, на которую возлагаются такие надежды, и посвящена эта глава.

Психология как научная дисциплина, предмет психологии

Человек — особое существо. Жизнь человека настолько многогранна, что все попытки объяснить его бытие с помощью одной универсальной теории неминуемо терпят крах. Именно поэтому сегодняшнее научное видение человеческой реальности распадается на множество частных видений разных областей знания. Одно из них принадлежит психологии, которая, пробуя расколдовать феномен человека, исследует его внутренний мир и поведение, трактуя их как основополагающие, сугубо человеческие характеристики бытия. Осуществляя эту деятельность, психология невольно затрагивает многие стороны жизни людей. В сферу ее интересов попадают и особенности индивидуальной жизни человека, и его личностные устремления, и специфика решения им жизненных и профессиональных проблем, и стороны его социального бытия, и даже не осознаваемые им самим процессы, происходящие в глубинах его психики.

Психология не обходит вниманием и вопросы прикладного характера, связанные с организацией процессов обучения и воспитания, профессиональной ориентации и становления профессионального мастерства, с устранением конфликтов и психологического дискомфорта в человеческих сообществах, с проблемой пола, семьи, психического здоровья и т.д. Сегодня результаты психологического поиска оказывают самое существенное влияние на жизнь людей. Психологией накоплен колоссальный багаж знаний, постепенно становящихся опорой человеку в его неуклонно интенсифицирующейся жизни. Психологические знания стали пронизывать все пространство социокультурного бытия человека с момента его рождения до последних минут жизни. Востребованность психологического знания проявляется, в частности, в том, что без психологического «ликбеза», без помощи профессионала современному человеку не разобраться в перипетиях запутанного человеческого мира. Именно поэтому психолог становится все более привычной фигурой социального ландшафта. Само психологическое знание становится все более разветвленным и дифференцированным. Появляются новые отрасли этой достаточно молодой науки. Вот далеко не полный перечень отраслей современной психологии: социальная психология, педагогическая психология, юридическая психология, медицинская психология, патопсихология, психодиагностика, генетическая психология, психология рекламы, психология управления и т.д.

Делая внутренний мир человека и его поведение предметом изучения, психология самым тесным образом связывает себя с рядом других наук и областей знания: философией, историей, социологией, культурологией, биологией, физиологией, педагогикой. Сближает психологию с этими дисциплинами акцентирование внимания на антропологических проблемах.

Наука — очень сложный феномен. Дать ему такое определение, которое устраивало бы большинство представителей научного сообщества, весьма сложно. На сегодняшний день одним из наиболее распространенных подходов к истолкованию феномена науки является подход, рассматривающий науку в качестве специфической деятельности людей. Любая деятельность, если ее попытаться проанализировать и разложить на составные элементы, включает цель, конечный продукт, методы его получения и самого субъекта деятельности — человека. Если в деятельности участвуют несколько человек, то она всегда представляет собой и определенную форму социальных отношений. По всем этим параметрам наука как специфическая деятельность отличается от других сфер человеческой деятельности.

Стратегической целью, определяющей научную деятельность, выступает получение новых знаний об изучаемой реальности. **Продуктом** научной деятельности является прежде всего новое знание, характеризующее закономерности существования излучавшихся объектов. Для того чтобы добыть новое знание о природе тех или иных объектов, наука использует особые приемы (**методы**), с помощью которых изучается объект, представляющий для науки интерес. Совершенно очевидно, что для того чтобы получить новое знание, необходима опора на соответствующие средства научного познания. Помимо этого, следует иметь в виду и то, что поиск нового знания обычно ведется не одним человеком, а группой единомышленников, которые делают научные открытия, взаимодействуя друг с другом. Эти взаимодействия и конституируют науку как социальный институт.

В отношении главной цели деятельности психология как наука ничем не отличается от других научных дисциплин. Она, так же как и другие науки, призвана получать новое знание. Но это знание должно описывать и объяснять природу и функционирование особых объектов бытия. Эти объекты или, как их принято называть в науке, предметы разные ученые-психологи видят по-разному и дают им отличающиеся друг от друга формулировки. В подтверждение сказанного приведем несколько определений предмета психологии, взятых из психологического словаря и популярных отечественных и зарубежных учебников.

- Психология: учеб. для гуманитарных вузов / под общ. ред. В.Н. Дружинина: «Предметом психологического исследования являются структура субъекта и процессы его взаимоотношений с миром. Субъект представляет собой целостную структуру, фиксирующую модели совершенных взаимодействий, актуализация которых проявляется в поведении и деятельности».
- Аткинсон Р.Л. [и др.]. Введение в психологию: учеб. для студентов университетов: «Психологию можно определить как научное изучение поведения и психических процессов».
- Айзенк М., Брайант П., Куликэн Х. [и др.]. Психология: комплексный подход: учеб. для студентов психологических факультетов: «Психологию часто рассматривают как науку о поведении. Но было бы более точным определять психологию как науку, применяющую информацию о деятельности и об интроспективном переживании для познания внутренних процессов, которые направляют мышление и поступки, совершаемые людьми».
- Психология: словарь / под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского: «Психология — наука о закономерностях развития и функционирования психики как особой формы жизнедеятельности».

Сопоставляя вышеприведенные и многие другие определения предмета психологии, мы можем заметить общее смысловое ядро, содержащееся в них. В несколько упрощенном виде формулировка предмета психологии, отражающая это смысловое ядро, может выглядеть так: предметом изучения в психологии выступают внутренний мир человека и его поведение.

Место психологии в системе наук

Психология как научная дисциплина, изучающая внутренний мир человека и его поведение, находится на стыке многих наук. Она граничит с общественными и гуманитарными, естественными и техническими науками. Наличие границ между психологией и другими науками носит достаточно условный характер, вместе с тем эта условность отнюдь не лишает ее известной самостоятельности. Сохранение самостоятельности задается предметом психологии, исповедуемыми ею теоретическими принципами, собственными методами познания изучаемой реальности.

Психология сосредоточена на человеке, его внутреннем мире и поведении, на человеке, который является предметом самого пристального внимания многих наук. История, философия, социология, культурология, антропология, физиология, биология, медицина и многие другие дисциплины заняты поиском ответов на вопрос: каковы закономерности бытия этого, во многом отличного от других, существа? Нахождение ответов сближает поиски, ведущиеся различными науками, ставящими человека в фокус своих исследований. Русло исследований психологии хотя и не совпадает с руслами других наук, но все они вместе ведут к целостному пониманию человека.

Рассмотрение отличий психологии от других наук позволяет лучше разобраться в специфике и своеобразии этой таинственной и неизменно притягивающей взоры людей науке.

Психология и философия

Долгое время психология была частью философии. Вопрос о том, когда именно не формально, а по существу психология отделилась от философии и оформилась в самостоятельную научную дисциплину, остается дискуссионным. Многие историки психологии утверждают, что в качестве даты отделения психологии от философии может быть названа дата открытия в 1879 г. лаборатории Вильгельма Вундта при Лейпцигском университете. С таким мнением соглашаются большое число тех психологов, которые исследуют прошлое и настоящее этой науки. Но даже после официального оформления психологии в самостоятельную науку и официального отделения ее от философии остается достаточно проблематичным нахождение жестких критериев, разделяющих психологию и философию.

Ключевым отличием психологии от философии можно считать то, что психология, исследующая внутренний мир и поведение человека, стремится описать, объяснить, понять их не только с помощью умозрения, как философия, но и в основном с помощью наблюдений и экспериментов. Для получения своих научных результатов психология, как правило, отказывается от максимально широкого, как в философии, виляла, заостряя внимание на конкретных аспектах внутреннего мира и поведения человека. Психологию, ориентированную на достижение не только теоретических, но и практических результатов, не может устроить, свойственный философии взгляд на изучаемую реальность сквозь «оптический прибор», позволяющий видеть явления крупномасштабно. Ее скорее может устроить точечный взгляд на исследуемый феномен. У обоих этих взглядов есть свои преимущества и недостатки.

Преимуществом взгляда философии выступает то, что он дает возможность увидеть явление целостно, во взаимосвязи с другими, не отвлекаясь на частности.

Преимуществом же психологии является то, что она позволяет видеть именно частности, конкретные стороны действительности, добывая тем самым достоверный и опытно проверяемый материал, характеризующий явление. Не имея такого материала,

принципиально невозможно обоснованно говорить о закономерностях субъективной жизни человека, внешних проявлений его в мире. Вместе с тем надо признать, что без философского осмысления, без понимания того, кто такой человек в широком смысле, что сделало его таким, а не иным, психология не в состоянии разрабатывать свои конкретные представления о закономерностях внутреннего мира человека, его поведения в пространстве совместного бытия с другими людьми.

Психология и физиология

Физиология — это наука о закономерностях жизнедеятельности организма. Сегодня глубинная связь между психологией и физиологией никем не ставится под сомнение. Физиология предоставляет психологии ценнейший материал о лежащих в основе функционирования организма физиологических процессах, без учета которых принципиально невозможно рассуждать о своеобразии функционирования человеческой психики, ее ведущей роли в формировании формы сугубо человеческого поведения.

Данные, полученные физиологией о возрастных особенностях развития организма, центральной нервной системе, высшей нервной деятельности, физиологических характеристиках произвольных движений и двигательных автоматизмах, различных функциональных состояниях, рецепторной и анализаторской функциях и т.д., подтвержденные многочисленными экспериментами, активно используются современной психологией. Время, позволяющее психологии говорить о человеческой душе как о совершенно не зависящей от тела субстанции, прошло. Ему на смену пришло время понимания неразрывности субъективности и телесности, т.е. время, когда психология и физиология не могут не рассматриваться как взаимодополняющие друг друга научные дисциплины, стремящиеся к целостному постижению феномена человека.

Сегодня трудно себе представить психологию, которая бы подчеркнуто дистанцировалась от данных физиологии о коре больших полушарий головного мозга, их асимметрии, физиологическом содержании высшей нервной деятельности, процессах возбуждения и торможения в центральной нервной системе, функционировании слухового, зрительного, вкусового, обонятельного, осязательного анализаторов, об организме как о сложной живой системе. Психология сегодняшнего дня не только не склонна не замечать достижений физиологии, а наоборот, предрасположена соизмерять свои открытия с результатами исследований физиологии, каждый исследовательский шаг которой немислим без продуманной экспериментальной работы.

Психология, которая в настоящее время также идентифицирует себя с экспериментальной деятельностью, с большим доверием относится к данным физиологии, той научной дисциплины, без которой многие стороны жизни человеческого организма остались бы невыясненными. Вместе с тем современная психология не видит себя лишь углублением и продолжением физиологической линии постижения бытия человека. Она хорошо понимает различия в психологической и физиологической постановке вопроса исследования сущности человека и поэтому продолжает оттачивать свой, не похожий на физиологический инструментальный изучения внутреннего мира и поведения человека. Элементарным примером, подтверждающим несхожесть физиологического и психологического подходов к рассмотрению феноменов человеческой жизни, может быть следующий. С точки зрения физиологии описанный ею механизм возникновения боли универсален. С точки же зрения психологии ощущение боли зависит от множества факторов. Так, боль, испытываемая человеком после удаления зуба, с психологической точки зрения зависит и от того, жалеют его или нет окружающие, сосредоточивается он на своей боли или отвлекается, доверяет он врачу, удалявшему зуб, или нет, от того, как переживает он косметический дефект, нанесенный потерей зуба, и т.д. Мало того, достаточно вспомнить всем известные факты, когда физическая боль в момент пиковых душевных переживаний (счастье, трагедия, любовь, ненависть и др.) вообще может не ощущаться человеком, чтобы явственно понять, что физиология и психология охватывают в своем поиске различные стороны бытия.

Но различия между физиологией и психологией - отнюдь не повод для их разведения по разные стороны. Быть может, наиболее явно связь между психологией и физиологией выразилась в оформлении в XX столетии новой научной дисциплины - психофизиологии, ориентированной на изучение механизмов психических процессов и состояний. Психофизиология исторически выросла из физиологической психологии, которая была ориентирована на исследование связи между мозгом и психикой.

В настоящее время под психофизиологией стали понимать науку о физиологических (нейронных) механизмах психических процессов и состояний. Психофизиология как наука использует в качестве методов познания те, которые хорошо себя зарекомендовали в нейрофизиологии, биофизике, нейрхимии, генетике, психологии и др. Использование этих методов позволило психофизиологии открыть много нового в механизмах эмоций, памяти, внимания, мышления. Эти открытия свидетельствуют о намечающемся устранении преград между физиологией и психологией в части их совместного, взаимодополняющего проникновения в тайны человеческого существования.

Психология и медицина

Связь психологии и медицины своими корнями уходит в глубины истории. Медицина как область науки и практической деятельности, направленная на сохранение и укрепление здоровья людей, предупреждение и лечение болезней тела, и психология, испокон веку занимающаяся изучением и врачеванием души, всегда оказывали влияние друг на друга, идя к решению своих задач самостоятельно.

Анатомические исследования, данные о клинических проявлениях различных болезней, достижения хирургии, акушерства, педиатрии, невропатологии, психиатрии и других областей медицинского знания подталкивали психологию к осмыслению и переосмыслению своих представлений, касающихся того, как формируется у человека образ своего тела, как ощущается, воспринимается им собственное физическое здоровье, как переживается состояние болезни и как следует заботиться о своем физическом «Я», как оценивается человеком помощь другого, восстанавливающего его физические силы. В свою очередь, психологические исследования, касающиеся особенностей внутреннего мира человека, становления в нем личности, темперамента, характера, когнитивной деятельности, эмоционально-волевой сферы, побуждали медицину к расширению своих представлений о возможных причинах и факторах телесных заболеваний, включению в их список психологических причин и факторов. Помимо этого, психология подсказывала медицине пути взаимодействия с пациентом, учитывающие его индивидуальность, устойчивые способы восприятия и понимания мира, в котором он живет.

Установленный факт возможности взаимовлияний тела и души или, как сегодня принято говорить, соматопсихических и психосоматических взаимовлияний роднит медицину и психологию, оставляя за каждой свое пространство для исследований. Эти взаимовлияния не плод чьего-то вымысла, а не подвергающаяся сегодня сомнению объективная реальность. Эта реальность требует научного раскодирования, т.е. прояснения того, какие механизмы лежат в основе соматопсихических и психосоматических взаимовлияний. Многие из этих механизмов продолжают оставаться нераскрытыми. Они привлекают к себе внимание медиков и психологов, настоятельно требуют скорейшего изучения, определяя тем самым поле для совместного медицинского и психологического поиска. Следует отметить, что эта проблема уже давно будоражит умы медиков и психологов, заметивших, например, что раны у воинов армий, одержавших победу, заживают быстрее, чем у проигравших, что слово авторитетного человека может вылечить или погубить, что многие соматические недуги имеют психогенное происхождение и т.д.

Во все времена было ясно, что болезнь, какую бы часть тела она ни поразила, всегда есть болезнь всего организма, а не отдельного органа и потому лечить следует не ее, а больного, всегда имеющего неповторимый, уникальный склад души. Это понимание сквозной нитью проходит через всю историю медицины, всю историю медицинской психологии, которая прицельно исследует психологию больного человека и специфику

многосложных взаимоотношений врача и больного. Медицинской психологией накоплен колоссальный объем знаний, касающихся того, как особенности характера, тип личности, темперамент влияют на поведение больного человека, как мотивация к выздоровлению, желание реализовать те или иные жизненные цели помогают людям справляться с болезнями, как люди, страдающие психическими заболеваниями, психологически воспринимают мир и окружающих, как они адаптируются к реальности, как следует вести себя врачу, чтобы не нанести психологическую травму больному.

Медицинская психология также исследует и то, как психологические факторы влияют на течение и проявление соматических заболеваний. В значительной мере уже выяснено, какое влияние оказывают психологические факторы на возникновение таких соматических заболеваний, как язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, язвенный колит, бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, стенокардия, нейродермит, неспецифический хронический полиартрит. Установлено и то, что психологические факторы играют значимую роль в появлении мигрени и эндокринных расстройств. В соответствии с этими научными данными медицина корректирует курсы лечения, включая в них мероприятия, позволяющие устранить негативные влияния одних психологических факторов и усилить позитивные - других. Последний аспект становится все более значимым в медицинской практике, преследующей цель не только исцелить пациента, но и создать устойчивый психологический тонус, способствующий повышению сопротивляемости его организма.

В продолжение темы взаимосвязи психологии и медицины следует отметить и то, что на сегодняшний день есть несколько теорий о происхождении психосоматических заболеваний. Одна из них объясняет их появление длительно действующими стрессами, психологическими травмами, с которыми человек не в состоянии справиться. Согласно другой, к появлению психосоматических заболеваний ведут внутренние конфликты, которые определяются наличием у человека одинаковых по интенсивности, но разнонаправленных мотивов. В этой связи целесообразно упомянуть всем известные конфликты между потребностью занимать высокое место в социальной иерархии, т.е. иметь насыщенную, яркую, полную разнообразия жизнь, и потребностью в защите, покое, безопасности. Третья теория происхождения психосоматических заболеваний объясняет их появление не конфликтом потребностей, а конфликтом мотиваций. Столкновение разнонаправленных мотиваций порой порождает отказ от мотива достижения в пользу мотива сохранения «statusquo» своего бытия, что зачастую влечет за собой явную или замаскированную депрессию, подталкивающую к заболеванию. Все эти теории подчеркивают ведущую роль интрапсихических причин в процессе возникновения психосоматических заболеваний.

Современная медицина все чаще обращает свои взоры к психологии, отчетливо понимая, что человек — не совокупность частей и систем, а целостность, в которой все связано и все влияет на все. Психика как нечто, без чего человек принципиально немислим, все больше интересует медицину, ныне трактующую болезнь не как патологию того или иного органа, а как отражение общего состояния организма, а значит, и как субъективное отражение физического, социального и душевного неблагополучия. Активное движение медицины к психологии уже принесло ей ряд значимых успехов, что позволяет обоснованно надеяться на то, что союз с психологией будет продолжать придавать медицине импульс развития.

Психология и культурология

Изучением специфики различных культур занимается культурология. Культурология - это гуманитарная наука, исследующая закономерности развития и функционирования культуры, ее структуру и динамику, взаимосвязь и взаимодействие с другими сферами материальной и духовной жизни. Культурологические исследования позволили глубже понять механизмы приобретения человеком своей культурной сущности, своего

неповторимого лица в контексте приобщения к нормам и требованиям культуры. Эти исследования подсказали психологам одно из направлений поиска основ индивидуальных сходства и различий между людьми как представителями различных культур. Приведенные в параграфе сведения о психологических особенностях людей, принадлежащих к разным культурам, - результат движения психологии в направлении, подсказанном культурологией.

За несколько последних десятилетий проблема культурного многообразия мира, в котором мы живем, стала одной из доминирующих в науке. Психология в этом отношении не является исключением. Появление кросс-культурной психологии стало ответной реакцией на включение культурной проблематики в поле психологических изысканий. Психологические исследования, проведенные с представителями различных культур, неоспоримо продемонстрировали: что присуще представителям одной культуры может быть несвойственным представителям другой.

Культура для человеческого сообщества аналогична памяти отдельного человека. Она впитывает в себя все те традиции, которые делают ее тем, чем она является. Погружение человека в эти традиции дает ему возможность понять, каким образом эти традиции ткуют полотно культуры. Человек, вписанный в контекст конкретной культуры, вполне определенным образом воспринимает окружающий мир, осознает сам себя, относится к другим, придерживается определенного набора ценностных представлений, реализует отвечающий духу культуры стиль поведения. Это означает, что для человека, представляющего данную культуру, характерны такие субъективные переживания и нормы поведения, которые отсутствуют или не в такой мере характерны представителю другой культуры. Отличаются в разных культурах и механизмы передачи культурных навыков.

Из этого неукоснительно следует, что для того чтобы понять психологическое состояние конкретного человека, необходимо всерьез учитывать культурный контекст, в котором он живет. Культура налагает неизгладимый отпечаток на многие стороны психологического бытия индивида, его восприятие, познание, стиль интеллектуальной деятельности, эмоциональные проявления, вербальное и невербальное поведение, специфику коммуникаций, особенности отношений к своему физическому «Я», здоровью. Приводимые ниже примеры поясняют зависимость человека, его психологии от принадлежности к той или иной конкретной культуре, зависимость жизни его тела от традиций, диктуемых культурой.

Первый пример — о различиях в формировании представлений о себе («Я концепция») в различных культурах. Представление о себе - важнейший психологический конструкт, который пронизывает любую мысль, чувство, действие человека. Этим конструктом во многом определяется характер внутренней жизни и поведения человека. В ряде исследований была выяснена зависимость этого конструкта от пребывания человека в соответствующем культурном пространстве. В частности, они показали доминирующее влияние индивидуалистической и коллективистической культуры на формирование соответствующей «Я-концепции». В индивидуалистических культурах «Я-концепция» базируется на представлении человека о своих субъективных атрибутах, личных способностях, интеллекте, предпочтениях, целях. Этот свой конструкт они проверяют или перепроверяют путем сравнения себя с другими. В коллективистических культурах «Я-концепция» выстраивается в первую очередь на основе отнесения себя к группе, с которой человек себя идентифицирует. Такая «Я-концепция» должна позволять ее носителю приспособляться к специфике существующих коммуникаций и поддерживать их. Носителю такой концепции должны быть свойственны солидарность, желание участвовать в социальной деятельности, умение понимать другого. Для него ощущение прочной взаимной зависимости, успешность выполнения своей социальной роли — главные критерии высокой оценки себя в отличие от человека индивидуалистической

культуры, где зависимость и отведенная, а не выбранная самостоятельно роль — признак личной неуспешности, причина низкой оценки себя.

Другой пример — о связи стиля мышления человека и его принадлежности к культуре. В конце XX века появились результаты психологических исследований, отражающие когнитивные различия у людей, представляющих культуру Запада и Востока. Было сделано предположение, что для представителей восточной культуры характерен диалектический подход к решению проблемных ситуаций (отыскание возможностей для согласования противоречивых позиций), в то время как западной культуре свойственен выбор одной из установок в качестве правильной при сравнении противоположных позиций. Сделанное предположение было неслучайным, оно основывалось на учете особенностей культур Запада и Востока. Был проведен ряд исследований², в которых сделанное предположение нашло подтверждение. Обнаружилось, что действительно китайские студенты отдают предпочтение диалектическому подходу, ищут диалектические решения при столкновении с логическими противоречиями, противоречивыми социальными ситуациями. Выбор одной точки зрения, выделение ее в качестве приоритетной на фоне другой, воспринимаемой как полярная и неправильная, был в большей мере характерен для американских студентов. Таким образом, исследования подтвердили, что принадлежность к культуре обуславливает и способ мышления.

Еще одним примером, подтверждающим зависимость психологических феноменов от культуры, к которой принадлежит человек, может быть следующий. Нет таких культур, представителям которых были бы незнакомы депрессивные состояния, проявляющиеся крайней печалью, чувством опустошенности, собственной никчемности, отчужденности от себя и окружающих, ощущением боли. Депрессивные переживания, ощущаемые как боль, разные культуры «помещают» в разные части тела. Различаются культуры в том числе и по тому, как в них ощущается и выражается людьми депрессия. Язык некоторых культур не дает возможности дифференцированно описывать свои депрессивные переживания. В языке этих культур нет слов для обозначения ряда эмоций, например эмоции печали. Исследования, инициатором которых явился А. Марселла (A. Marsella), продемонстрировали влияние культурного фактора на проявление депрессии. Так, им было показано, что депрессия в индивидуалистических культурах принимает преимущественно аффективную форму, т.е. проявляется печалью, опустошенностью, чувством вины, экзистенциальным отчаянием. В культурах же коллективистических депрессия проявляет себя преимущественно соматическими симптомами — болью в различных органах тела.

И наконец, пример, демонстрирующий связь культуры, биологии и образа жизни, всегда влияющих на психический склад человека. Люди рождаются с одинаковой анатомической структурой. Этот факт не подлежит сомнению. Вместе с тем вполне очевидно и то, что люди имеют выраженные индивидуальные физические отличия. В медицине факт индивидуальных отличий давно осознан и стал одним из основополагающих при принятии решений о способе лечения. Фактор принадлежности пациента к той или иной культуре также становится значимым чан медицины, разрабатывающей индивидуальный способ лечения для конкретного больного. Так, медики хорошо знают, что кальций играет важную роль в формировании скелета человека, а его недостаток часто становится причиной остеопороза, при котором снижается плотность костей, повышается риск возникновения переломов, что не может не сказываться отрицательно на образе жизни человека. Вместе с тем исследования, проведенные в ряде стран, демонстрируют, что описанное выше по-разному проявляет себя. Так, у японских женщин плотность костей довольно низкая. Тем не менее, статистические данные о количестве у них переломов существенно ниже, чем это можно было бы ожидать, если бы выводы делались лишь на основании показателя плотности костей. Также невысоки статистические показатели переломов костей у страдающих остеопорозом женщин, проживающих на полуострове Юкатан. У женщин, живущих в США и имеющих более высокие показатели

плотности костей, количество переломов существенно выше. Ученые склонны считать, что существующая взаимосвязь между плотностью костей скелета и переломами не так однозначна, как считалось ранее, что она должна быть дополнена. В качестве таких дополнений видятся особенности культуры: специфический образ жизни, своеобразная диета, использование отличающих эту культуру физических упражнений, а также инфраструктура социальных отношений, традиции, характерные для этой культуры. Из этого можно сделать вывод, что психологический строй человека, погруженного в культуру, носящего на себе печать этой культуры, либо прямо, либо опосредованно связан с его биологией, а потому и медицина не должна игнорировать фактор культурной принадлежности, активно влияющий на организацию субъективной жизни конкретного человека.

Психология и педагогика

Психология, прицельно изучающая внутренний мир и поведение человека, и педагогика, исследующая закономерности специально организованного взаимодействия обучающего и обучающегося с целью передачи обучающемуся того социального опыта, который необходим ему для нормальной жизни в обществе, неразрывно связаны. Без знания того, как устроен внутренний мир человека, как выстраивается его поведение в социальном пространстве, невозможно взвешенно говорить о конструктивном педагогическом процессе. Эта непреложная истина была осознана давным-давно. Еще в Древней Греции задумывались о том, как осуществлять детовождение (педагогика в переводе с греческого означает детовождение), каким образом педагоги-наставники должны воспитывать и обучать детей. Античность, Средневековье, эпоха Возрождения, Новое время, эпоха Просвещения и Новейшее время давали свои ответы на вопросы, как обучать и воспитывать детей, способствуя тому, чтобы они становились полноценными членами человеческого сообщества, способными культурно и цивилизационно развиваться. Не является исключением и современность, которая после известных катастрофических событий XX столетия в еще большей степени погружена в решение вопросов обучения и воспитания. Такой разворот в сторону педагогики был продиктован нарастающими угрозами бытию человека (глобальные проблемы, экологические потрясения, техногенные катаклизмы и т.д.). Вызов эпохи обратил внимание ученых на проблему формирования знающих и ответственных за свое поведение поколений, без разрешения которой судьба будущего человечества становится призрачной.

Существенную помощь педагогике в нахождении путей выхода из сложнейшей ситуации оказывает психология. Она обеспечивает педагогике понимание того, как происходит процесс психологического становления человека, как формируется рисунок его поведения, как выстраиваются его отношения с другими людьми и с самим собой, как устроены его память, мышление, интеллект, воля, воображение, как развиваются задатки, способности и таланты, как идет становление характера, личности и т.д. Педагогика, используя этот необходимый ей материал, сначала теоретически осмысливает ответы на свои кардинальные вопросы: кого учить, чему учить, кто должен учить и как он должен учить, а затем на практике выстраивает соответствующий педагогический процесс.

В свою очередь, психология нуждается в педагогике. Без педагогических исследований психология никогда бы не смогла получить экспериментально подтвержденные данные о специфике развития человека. Дело в том, что нет на Земле ни одного человеческого сообщества, в котором бы не осуществлялась передача накопленного социального опыта, знаний, традиций жизнеустройства, т.е. в широком смысле нет на Земле ни одного человеческого сообщества, в котором бы не осуществлялся педагогический процесс. Все, что мы знаем о развитии человека, мы знаем в том числе благодаря изучению особенностей систем трансляции знаний, опыта, традиций, присущих любому обществу.

В сфере образования проведено множество психологических экспериментов, позволивших получить представление о различных психологических аспектах

педагогической деятельности, педагогических функциях и умениях, стилях педагогической деятельности, взаимодействии субъектов образовательного процесса, педагогическом общении, учебной мотивации, самостоятельной работе обучающегося. Полученные в этих экспериментах данные составили основу научной дисциплины, именуемой педагогической психологией.

Сегодня педагогическая психология — развитая область психологического знания, которая имеет свой предмет, методы исследования, способы интерпретации полученных результатов. Вряд ли кто отважится в настоящее время заняться модернизацией образования, не обратившись к наработкам педагогической психологии. Насколько интересными являются феномены, изучаемые педагогической психологией, демонстрирующие следующий пример.

Для всех является очевидным, что педагогический процесс должен развивать учащегося, укреплять в нем веру в свои силы, придавать ему импульс для дальнейшего творческого становления. Традиционное обучение, нацеленное на развитие имитационных способностей ученика, ограничивает возможности его творческого развития, считал выдающийся отечественный психолог Л.С. Выготский. В своей статье «Проблема обучения и умственного развития в школьном возрасте», написанной в 1933-1934 гг., но отнюдь не потерявшей своей актуальности, он ввел в оборот педагогической психологии новое понятие «зона ближайшего развития», использование которого позволяет сделать обучение развивающим. Вот как об этом в своей статье писал сам Л.С. Выготский: «...только в недавнее время было обращено внимание на то, что одним определением уровня развития мы не можем ограничиться, когда пытаемся выяснить реальные отношения процесса развития к возможностям обучения. Мы должны определить, по меньшей мере, два уровня развития ребенка, без знания которых не сумеем найти верное отношение между ходом детского развития и возможностями его обучения в каждом конкретном случае. Назовем первый уровнем актуального развития ребенка. Мы имеем в виду тот уровень развития психических функций ребенка, который сложился в результате определенных, уже завершившихся циклов его развития.

В сущности, при определении умственного возраста ребенка с помощью тестов мы почти всегда и имеем дело с уровнем актуального развития. Однако простой опыт показывает, что уровень актуального развития не определяет с достаточной полнотой состояние детского развития на сегодняшний день. Представьте себе, что мы обследовали двух детей и определили умственный возраст обоих — семь лет. Это значит, что оба ребенка решают задачи, доступные семилеткам. Однако когда мы пытаемся продвинуть этих детей в решении тестов дальше, то между ними оказывается существенное различие. Один из них с помощью наводящих вопросов, примеров, показа легко решает тесты, отстоящие от уровня его развития на два года. Другой решает только те тесты, которые простираются вперед на полгода.

Прежде считалось незыблемым, что для уровня умственного развития ребенка показательна только его самостоятельная деятельность, но никак не подражание. Это нашло выражение во всех современных системах тестовых исследований. При оценке умственного развития только те решения принимаются во внимание, которые ребенок совершил самостоятельно, без помощи других, без показа, без наводящих вопросов.

Однако это положение, как показывает исследование, несостоятельно. Уже опыты над животными убедили, что действия, которым животное способно подражать, лежат в зоне его собственных возможностей.

Иными словами, животное может подражать только таким действиям, которые в той или иной форме доступны ему самому, причем, как установил Келер, возможность подражания у животных почти не выходит за пределы возможностей их собственного действия. Это значит, что если животное способно подражать какому-либо интеллектуальному действию, то оно и в самостоятельной деятельности обнаружит при известных условиях способность к совершению аналогичного действия. Таким образом,

подражание тесно связано с пониманием, оно возможно только в области тех действий, которые доступны пониманию животного.

Существенное отличие подражания ребенка заключается в том, что он может подражать действиям, которые выводят его далеко за пределы собственных возможностей, но они, однако, не безгранично велики. Ребенок в состоянии с помощью подражания в коллективной деятельности под руководством взрослых сделать гораздо больше, и притом сделать с пониманием, самостоятельно. Расхождения между уровнями решения задач, доступных под руководством, при помощи взрослых и в самостоятельной деятельности, определяют зону ближайшего развития ребенка.

Вспомним приведенный пример. Перед нами два ребенка с одинаковым умственным возрастом семь лет, но один из них при малейшей помощи решает задачи, рассчитанные на девять лет, другой — на семь с половиной лет. Одинаково ли умственное развитие обоих детей? С точки зрения их самостоятельной деятельности одинаково, но с точки зрения ближайших возможностей развития оно резко различается. То, что ребенок оказывается в состоянии сделать с помощью взрослого, указывает на зону его ближайшего развития. Следовательно, с помощью этого метода мы можем учесть не только законченный на сегодняшний день процесс развития, уже завершённые его циклы, пройденные процессы созерцания, но и находящиеся сейчас в состоянии становления, созревания, развития.

То, что ребенок сегодня делает с помощью взрослого, завтра он сумеет сделать самостоятельно. Зона ближайшего развития поможет нам определить завтрашний день ребенка, динамическое состояние его развития, учитывающее не только уже достигнутое, но и находящееся в процессе созревания. Двое детей в нашем примере показывают одинаковый умственный возраст с точки зрения уже завершённых циклов развития, но динамика развития у них совершенно разная. Состояние умственного развития ребенка может быть определено по меньшей мере с помощью выяснения двух его уровней — актуального развития и зоны ближайшего развития».

Приведенная выдержка из статьи Л.С. Выготского дает возможность, что называется, «почувствовать» проблематику педагогической психологии. Следует отметить, что идея Л.С. Выготского о зоне ближайшего развития, взросшая на ниве отечественной педагогической психологии, стала одной из доминантных идей и для отечественной педагогики, отечественного образования. Ее воплощению посвящены многие научные труды, накоплен значительный опыт практической реализации.

Завершая тему взаимосвязи психологии и педагогики, целесообразно отметить, что в условиях динамично изменяющейся действительности количество проблем и вопросов, подлежащих совместному психологическому и педагогическому решению, не только не уменьшается, а стремительно нарастает. В этом отношении следует вспомнить о проблемах и вопросах, связанных с движением к постиндустриальной экономике, информационному обществу, обществу, основанному на знаниях, которые предполагают радикальное обновление сферы образования. Достижение этих целей станет возможным только в том случае, если педагогика в содружестве с психологией сможет найти адекватные ответы на запросы времени.

Методы психологии

Психология располагает и специальными методами познания внутреннего мира человека и его поведения. В число этих методов входят наблюдение, эксперимент, квазиэксперимент, тестирование.

Наблюдение. Этот широко распространенный в психологии метод позволяет фиксировать поведение людей в той или иной конкретной ситуации. Существует несколько видов наблюдения. Есть несколько различных оснований для их классификации. Согласно им наблюдения делятся на наблюдение в естественных условиях и наблюдение в искус-

ственно созданных условиях, внешнее (наблюдение со стороны) и внутреннее (самонаблюдение), свободное и стандартизированное.

Наблюдение в естественных условиях. Психолог, осуществляющий такую процедуру наблюдения, не вмешивается в происходящие события. Невмешательство в происходящие события позволяет не допустить изменения поведения людей, так как понимание ими того, что они стали предметом исследования, может существенно повлиять на их поведение. Наблюдение в естественных условиях — один из широко распространенных методов, использование которого восходит к самым началам становления психологии. В соответствии с этим методом наблюдатель должен держаться в стороне от наблюдаемого явления и не привлекать к себе внимания. Он должен замечать и фиксировать все события, имеющие отношение к изучаемому явлению. Фиксация событий наблюдателем может осуществляться в том числе и с помощью различных инструментов: фотокамеры, магнитофона, диктофона и др. Узким местом метода наблюдения в естественных условиях выступает то, что в полученных результатах весьма сложно выявить существенное и второстепенное, а значит, и адекватно интерпретировать изучаемое явление.

Многие психологи не без основания считают, что наблюдение, осуществляемое в естественных условиях, имеет неоспоримое преимущество перед другими видами наблюдения, состоящее в том, что при его использовании не нарушается естественное развитие событий, а значит, и полученные в ходе такого наблюдения данные характеризуют предмет исследования сам по себе. В условиях естественного наблюдения исследователь — всего лишь искусный зритель, фотограф, способный запечатлеть событие и сделать профессиональные выводы из увиденного. Наблюдение в естественных условиях часто называют полевым исследованием по той причине, что исследователь-психолог точно так же, как исследователь-естествоиспытатель, направляется в «поле» для сбора данных.

Одним из многочисленных примеров, подтверждающих эффективность наблюдения в естественных условиях, может служить следующий. В течение длительного времени психологов, занимающихся сравнительной психологией, интересовало, может ли какое-либо существо, кроме человека, использовать орудия труда. На первом этапе собирали данные наблюдения за поведением шимпанзе в зоопарках. Полученные результаты показали, что животные не используют орудий труда. Вскоре, однако, ученые стали сомневаться в правильности своих выводов. Они предположили, что орудиями труда не пользуются те шимпанзе, которые находятся в неволе. Это может происходить по той простой причине, что в зоопарках эти орудия им недоступны, да и не нужны. Животным подбрасывали различные инструменты, но они упорно их не замечали и не использовали. Так продолжалось до тех пор, пока одна из исследовательниц (Джейн Гудалл) не поселилась на территории, где в естественных условиях обитали шимпанзе. В течение нескольких лет Джейн Гудалл, живя среди обезьян, внимательно наблюдала за их поведением. Однажды она стала свидетелем того, как обезьяна, взяв в руку ветку, счистила с нее листья, укоротила, а затем, искусно пользуясь ею, стала извлекать из термитника лакомство — термитов. Увиденное потрясло ее. Джейн не без оснований сочла, что она видит пример использования обезьяной орудия труда. Впоследствии дополнительно проведенные исследования подтвердили гипотезу Джейн Гудалл. Вполне очевидно, что не будь этих наблюдений в естественных условиях, вопрос о том, способны ли животные использовать орудия труда, долго оставался бы решенным неверно, односторонне.

Наблюдение в искусственно созданных условиях. Кардинальным отличием метода наблюдения в искусственных условиях от метода наблюдения в естественных условиях является то, что в данном случае изучение психологического феномена осуществляется в специально организованном пространстве. Таким пространством могут стать, например, оборудованное помещение для проведения бесед, игровая комната или иная специально созданная среда. В таких условиях процесс наблюдения можно сосредоточить на строго

определенных аспектах изучаемого явления. Полученные данные позволят точнее описать характеристики феномена, ставшего предметом исследования.

Например, предметом наблюдения в лабораторных условиях неоднократно становился феномен агрессии. Подобное изучение этого феномена многие исследователи считают наиболее приемлемым, так как в этом случае агрессия контролируема и поэтому, гораздо менее опасна для испытуемых, как в физическом, так и в психологическом плане. Для наблюдения агрессии в лабораторных условиях был разработан ряд способов, позволяющих получать психологические данные о сущности агрессии, ее разнообразных проявлениях. К этим способам относятся вербальное нападение на других, нападение, якобы приносящее вред, и др. К классическим примерам наблюдения за агрессией в лабораторных условиях можно отнести исследования с «куклой Бобо», осуществленные А. Бандурой. В рамках этого исследования дети становились свидетелями того, как другие люди били куклу, стучали по ее голове игрушечным молотком, швыряли, сопровождая это вербальными угрозами по отношению к кукле. Затем детей, ставших свидетелями этой сцены, приглашали в комнату, где они находили множество различных игрушек, некоторые из которых были похожи на куклу, подвергшуюся избиению. За поведением детей устанавливалось наблюдение. Все это делалось для того, чтобы ответить на вопрос: станут ли дети дублировать увиденное поведение, т.е. усвоят ли они агрессивный способ обращения с куклой. В ходе наблюдений А. Бандура обнаружил, что большинство детей скопировали агрессивное поведение. Полученные данные позволили ученому углубить существующие представления о социальных факторах формирования агрессивности человека.

Внешнее (наблюдение со стороны) и внутреннее (самонаблюдение). В классификации, изложенной выше, наблюдение трактуется как процесс сугубо внешний, т.е. как процесс, позволяющий изучать явление со стороны, извне. Однако не все психологи согласны с тем, что наблюдение — это всегда процедура внешнего изучения предмета. Некоторые исследователи к одному из видов наблюдения относят метод самонаблюдения. Основанием для этого служит то, что самонаблюдение позволяет исследователю непосредственно концентрировать внимание на своем поведении и своем внутреннем мире. Непосредственно оперируя субъективными данными, исследователь получает возможность описать и интерпретировать свое поведение и те или иные субъективные процессы, ставшие предметом изучения.

Непревзойденные образцы самонаблюдения содержат в себе выдающиеся литературные произведения, относящиеся к исповедальному жанру. «Исповедь» А. Аврелия, «Исповедь» Ж.-Ж. Руссо, «Исповедь» Л.Н. Толстого дают ценнейший материал для психологии, пытающейся отметить на вопрос, насколько данные самонаблюдения помогают разгадать тайну внутреннего мира человека.

Свободное и стандартизированное наблюдение. Свободное наблюдение осуществляется без жестко составленной программы. Исследователь, столкнувшийся с заинтересовавшим его феноменом, старается зафиксировать как можно больше данных, характерных для этого феномена. Обычно метод свободного наблюдения используется психологами в момент первичного знакомства с феноменом, который будет впоследствии подробно и систематически изучаться. Стандартизированное наблюдение выстраивается на плановой основе с использованием регламентированных процедур наблюдения. Оно имеет программу, содержащую алгоритм проведения наблюдения.

Наблюдение как метод психологического исследования имеет ряд преимуществ и недостатков по сравнению с другими видами психологического исследования (эксперимент, квазиэксперимент). Основным недостатком метода наблюдения является то, что оно не позволяет психологу выяснить сущность и закономерности изучаемого явления, так как в контексте наблюдения невозможно выявить многие факторы, во взаимодействии с которыми формируется данное явление. Вместе с тем данные наблюдения позволяют с той или иной степенью точности и достоверности описать

исследуемый феномен. Результаты наблюдений, как показывает динамика развития психологии, обычно предшествуют дальнейшему углубленному изучению явления в рамках тщательно продуманного эксперимента.

Эксперимент. Эксперимент является наиболее эффективным научным методом исследования психической реальности. Именно эксперимент в отличие от наблюдения позволяет выявить существенные характеристики изучаемого феномена и причинно-следственные связи между событиями, определяющими бытие этого явления. В этом и состоит кардинальное отличие экспериментального метода от метода наблюдения: эксперимент дает возможность осуществлять точный контроль за переменными величинами, ставшими предметом психологического исследования. Теория эксперимента использует два понятия: независимая переменная и зависимая переменная. В рамках этой теории «та переменная, значение которой измеряют и на которую предположительно действует независимая переменная, называется зависимой переменной», а переменная, «значение которой изменяет экспериментатор, называется независимой переменной». Проведение эксперимента с необходимостью предполагает также формулирование утверждения, подлежащего проверке. Такое утверждение в науке принято называть гипотезой. Описание любого выверено поставленного эксперимента демонстрирует использование понятий «зависимая и независимая переменные», «гипотеза». В качестве одного из множества возможных примеров приведем эксперимент Хесса (Hess). Этот ученый предположил, что существует взаимосвязь между интересом, проявляемым людьми одной культуры, к некоторым изображениям и реакцией их зрачков на это изображение. Он предъявлял группе студентов и студенток серию фотографий, на которых были изображены маленькие дети, матери с младенцами, обнаженные мужчины и женщины, пейзажи. В ходе эксперимента было установлено, что вид пейзажа не вызывал дополнительного расширения зрачка у испытуемых обоего пола. У студентов-мужчин, рассматривающих фотографии, также почти не наблюдалось расширения зрачков при демонстрации изображения младенцев и матерей с детьми. Однако зрачки мужчин существенно расширялись при виде фотографий обнаженных женщин. Для студенток был характерен несколько иной тип реагирования. Их зрачки расширялись при рассматривании фотографий матерей с детьми, младенцев и обнаженных мужчин. Таким образом, в рамках эксперимента было подтверждено предположение о существовании связи между психологическим (интерес к изображениям определенного содержания) и физиологическим (реакция зрачков) фактором.

Гипотезой данного эксперимента выступало утверждение о том, что существует взаимосвязь между интересом, проявляемым людьми одной культуры, к некоторым изображениям и реакцией их зрачков на это изображение. **Независимая переменная** (переменная, не зависящая от действий испытуемых) эксперимента: содержание предъявляемых фотографий. **Зависимая переменная** (переменная, значения которой в конечном счете зависят от значений независимой переменной): реакция зрачка на стимулы разного содержания.

Эксперимент можно проводить как в естественных условиях (**естественный эксперимент**), так и в искусственных условиях (**лабораторный эксперимент**).

Описанный выше эксперимент относится к числу лабораторных экспериментов, так как для его проведения испытуемые помещались в условия специально оборудованной лаборатории.

Приведем в качестве примера естественного эксперимента эксперимент Р. Розенталя. Этим ученым был обнаружен и объяснен оригинальный феномен, получивший название «эффект ожидания экспериментатора», или «эффект Пигмалиона (Pigmalion effect)». Суть этого эффекта сводится к тому, что ожидания экспериментатора оказывают существенное влияние на результаты исследования. Р. Розенталь после открытия этого эффекта в лаборатории решил изучить особенности его проявления и конкретной, внелабораторной обстановке — в школьной среде. Для этой цели с разрешения администрации одной из

школ все учащиеся с первого по шестой класс в самом начале учебного года прошли тестирование на определение коэффициента интеллекта (IQ). После тестирования учителям были представлены результаты диагностики таким образом, чтобы создать у них систему определенных ожиданий результативности освоения программы рядом учеников. Учителям был выдан список фамилий 20% учеников, которые якобы получили наибольшее число баллов по тесту интеллекта и именно поэтому имеют возможность продемонстрировать более высокую академическую успеваемость. На самом деле этот список в соответствии с замыслом экспериментаторов был составлен случайным образом без учета результатов тестирования. В конце учебного года все дети, участвовавшие в эксперименте, с помощью того же теста были подвергнуты повторному IQ-исследованию. Выяснилось, что значительно больший рост IQ наблюдался у тех детей, чьи фамилии вошли в предложенный учителям список. Таким образом, было продемонстрировано, что ожидания учителей по поводу интенсивности умственного развития учащихся стали «самоисполняющимся пророчеством». Был сделан вывод о существенном влиянии учительских ожиданий на реальные достижения учеников и необходимости учитывать этот феномен в построении эффективного процесса обучения. К сказанному следует добавить, что этот эксперимент, как и положено любому экспериментальному исследованию, опирался на гипотезу, предполагал наличие зависимых и независимых переменных, проводился с контрольной и экспериментальной группами.

Необходимость создания, помимо экспериментальной, еще и контрольной группы диктуется потребностью получения в контексте экспериментальной работы данных (контрольных данных), сравнение с которыми позволит делать более взвешенные, оправданные в научном отношении выводы.

Квазиэксперимент. Существует множество проблем, решение которых с помощью экспериментального метода затруднено из-за ряда реальных обстоятельств. Вместе с тем актуальность и значимость для науки этих проблем фокусируют на них исследовательское внимание. Перед учеными, изучающими эти проблемы, встают сложнейшие вопросы, связанные с выбором адекватного сложившимся условиям метода их исследования. Одним из методов, позволяющих приблизиться к разгадке того или иного феномена, привлекавшего к себе внимание ученого, выступает квазиэксперимент. Коренное отличие квазиэксперимента от эксперимента заключается в том, что первый позволяет выявить корреляционные отношения, существующие между переменными величинами, а второй дает возможность определить сущность зависимости между независимой и зависимой переменными. Например, в ходе изучения агрессивности у детей выяснилось, что агрессивные дети чаще других смотрят фильмы со сценами насилия и жестокости. Говоря языком статистики, существует положительная корреляционная связь между этими явлениями. Означает ли это, что жестокие фильмы обуславливают асоциальное поведение ряда детей? Ответить на этот вопрос, опираясь лишь на корреляционные данные, не представляется возможным.

Однако выявленная корреляционная зависимость может стать предметом детального экспериментального исследования, в рамках которого и будет получен ответ на возникший сложный вопрос. Психологические исследования, опирающиеся на корреляционный анализ (квазиэксперимент), в последнее время чрезвычайно распространены. Преимущества квазиэкспериментов очевидны. Квазиэксперимент позволяет за короткое время получить большое количество данных, характеризующих внутреннюю жизнь и поведение значительного числа испытуемых. Помимо этого, метод можно использовать в ряде случаев, в которых осуществление экспериментальной работы невозможно или сопряжено с трудностями. Еще одной позитивной стороной квазиэксперимента является то, что он дает возможность получить информацию, основанную на самых разнообразных выборках испытуемых, в отличие от экспериментов, предполагающих наличие жестко фиксированных экспериментальной и контрольной групп.

Валидность и надежность методов

Методы научных психологических исследований — это те приемы и средства, с помощью которых ученые-психологи проникают в мир психической реальности человека. Предмет психологии — субъективность человека — настолько сложен, ускользающ и труднодоступен, что методы, с помощью которых он зондируется, должны быть в максимальной степени выверенными. Критериями такой научной выверенности и адекватности методов служат валидность и надежность методов исследования.

Валидностью (от англ. validity — полноценность) принято называть «такое качество метода, которое выражается в соответствии тому, для изучения и оценки чего он предназначен». Так, например, валидность эксперимента означает, что с помощью этого реального эксперимента можно получить результаты, достоверность которых близка к результатам «безупречного», эталонного эксперимента. А валидность теста означает, что «данный тест измеряет то, для чего он предназначен», т.е., например, с помощью теста интеллекта можно получить сведения именно об интеллекте испытуемого, а не о его памяти, скорости реакции и т.д.

Надежностью метода считают «качества метода исследования, позволяющие получить одни и те же результаты при многократном использовании данного метода». Другими словами, надежность — мера согласованности и воспроизводимости количественных и качественных показателей, полученных с помощью данного метода при повторном его использовании в тех же условиях на той же или сходной выборке испытуемых.

Этика психологического исследования

Психологическая наука — это наука о закономерностях строения и функционирования внутреннего мира и поведения живых, чувствующих, переживающих существ: человека и животного. Этот факт налагает на ученых-психологов особую ответственность, касающуюся настоящей необходимости неукоснительного соблюдения физической и психологической безопасности испытуемого. Эта ответственность во многих странах закреплена в специальных документах — этических стандартах психологов. Такие документы приняты Американской психологической ассоциацией, аналогичными организациями в Канаде, Великобритании и других странах. Придерживаются подобных документов и отечественные психологи. Основными принципами этического отношения к испытуемым являются:

- **принцип минимизации риска** («риск при ведении исследования не должен превышать риск, связанный с обычной повседневной жизнью»);
- **принцип информированного согласия** испытуемого на проведение с ним исследовательских процедур и его права на выход из исследования на любом этапе;
- **принцип права испытуемого на конфиденциальность.**

Расширительное толкование этих базовых принципов позволяет составить следующий перечень положений, на соблюдении которых целесообразно строить безукоризненную с этической точки зрения исследовательскую и практическую работу психолога:

- забота о физическом и психологическом благополучии испытуемого в процессе исследования;
- принятие на себя ответственности, в основе которой объективность, честность и поддержание высоких профессиональных норм и своей работе;
- соблюдение моральных и правовых норм, соответствующих моральным требованиям общества;
- корректность и сдержанность в публичных заявлениях;
- гарантированное сохранение конфиденциальности, информации об индивиде;
- выстраивание отношений с испытуемым на основе доверительности, информирование его о цели обследования и последующем характере использования результатов;
- неразглашение результатов обследования;
- соблюдение ограничений в публикации результатов;

- осторожность и деликатность в их интерпретации.

Документ, носящий название «Этические стандарты психологов», принятый Американской психологической ассоциацией в 1963 г. и действующий до сих пор, начинается со следующего, по сути, программного, заявления: «Психолог придает большое значение достоинству и ценности бытия отдельного человека. Он принимает на себя обязательство улучшить понимание человеком самого себя и других людей. Следуя этим обязательствам, он охраняет благополучие каждого человека, который может нуждаться в его помощи, а также любого человека или животного, который может быть предметом его изучения. Он не только сам не использует свое профессиональное положение или связи, но также сознательно не позволит воспользоваться плодами своего труда и другим с целью, не совместимой с ценностью этих трудов. Испрашивая для себя свободы исследования и сообщения результатов, он принимает на себя ответственность на следующих условиях: компетентности, на которую он претендует, объективности в сообщении данных психодиагностического обследования и внимания к интересам своих коллег и общества».

Тема занятия №2.

Педагогика как наука, педагогические составляющие деятельности врача

Цель занятия: изучить общие основы педагогики, ознакомиться с основными категориями и понятиями. Изучить цели, содержание обучения, ознакомиться с методами обучения, педагогические ситуации в работе врача. Барьеры общения. Ознакомить с условиями эффективного общения. Конфликты в медицине.

Место проведения: аудитория.

Студент должен знать:

1. Определение понятия «педагогика».
2. Функции педагогической науки в медицинском образовании. Инновационные педагогические технологии.
3. Основные категории и понятия педагогики.
4. Цели высшего медицинского образования.
5. Цели и содержание обучения. Модели и методы обучения.
6. Методы обучения в медицинских вузах.
7. Формы организации учебного процесса.
8. Функции педагогического контроля.
9. Педагогическое общение в работе врача.
10. Средства общения. Невербальные компоненты общения.
11. Конфликты в медицине. Виды, стратегии поведения в конфликте.

Студент должен уметь:

1. Использовать педагогический процесс, используя следующие аспекты:
 - цели - для чего учиться;
 - содержание - чему учиться;
 - методы и средства - как учиться.
2. Использовать методы и формы обучения в учебном процессе.
3. Владеть определенным минимумом информации, который становится основой для планирования и осуществления правильного лечения.
4. Владеть средствами общения, невербальными компонентами, необходимыми для успешного диалога с пациентом.
5. Владеть стратегиями поведения в конфликтной ситуации.

Темы проектов, рефератов:

1. Становление и развитие науки «педагогика».
2. Выдающиеся педагогические деятели в Античный период.
3. Выдающиеся педагогические деятели в Средние века.
4. Выдающиеся педагогические деятели в эпоху Возрождения.
5. Выдающиеся педагогические деятели Нового времени.
6. Функции педагогической науки в медицинском образовании.
7. Инновационные педагогические технологии.
8. Цели высшего медицинского образования.
9. Методы обучения в медицинских вузах.
10. Формы организации учебного процесса.
11. Функции педагогического контроля.
12. Педагогическое общение в работе врача.
13. Средства общения. Вербальные и невербальные компоненты общения.
14. Конфликты в медицине.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Педагогика в медицине: учеб. пособие под ред. Н.В.Кудрявая М.: Академия, 2006
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425022.html>
2. Клиническая психология: учебник Сидоров П.И. Парняков А.В. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2008. <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970414071.html>
3. Педагогическая наука. История и современность: учебное пособие Лукацкий М.А. М.: ГЭОТАР -Медиа, 2012
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970420874.html>

Дополнительная литература:

1. Психология взаимоотношений врача и пациента: учеб. Пособие Ларенцова Л.И., Смирнова Н.Б. М.: ГЭОТАР -Медиа, 2014
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970429358.html>
2. Медицинская психология: учеб пособие Тюльпин Ю.Г. СМ.: Медицина, 2004
3. Общая психология. Маклаков А.Г. СПб., Питер, 2007
4. Психология развития. Словарь 6 т. Под ред. А.Л. Венгера М.: ПЕРСЭ, 2006
5. Психология управления. Лекции: учеб. Пособие Творогова Н.Д. М.: ГЭОТАР -Медиа, 2008 <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970429358.html>
6. Психология управления. Практикум: учеб. пособие Творогова Н.Д. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2008 <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970429358.html>
7. Психология : учеб.- метод. пособие для студентов медицинских вузов. Под ред. А. С. Татров. М.: Академия естествознания, 2010
8. Педагогические технологии в медицине: учеб. пособие Романов М.Г., Сологуб Т.В. М.: ГЭОТАР -Медиа, 2007
2010. <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970404997.html>

Исходный контроль уровня знаний:

1. Что вы понимаете под термином «педагогика»?
2. Какие педагогические методы вы знаете?
3. Как взаимосвязаны психология и педагогика?
4. Какие формы педагогического воздействия вы знаете?
5. Какие педагогические методы могут применяться в медицине?

Основные вопросы темы:

1. Определение понятия «педагогика».
2. Инновационные педагогические технологии.
3. Основные категории и понятия педагогики.
4. Цели высшего медицинского образования.
5. Цели и содержание обучения. Модели и методы обучения.
6. Методы обучения в медицинских вузах.
7. Формы организации учебного процесса.
8. Функции педагогического контроля.
9. Функции педагогической науки в медицинском образовании.
10. Педагогическое общение в работе врача.
11. Средства общения. Невербальные компоненты общения.
12. Конфликты в медицине. Виды, стратегии поведения в конфликте.

Контрольные вопросы:

1. Назовите основные категории и понятия педагогики.

2. Каковы цели высшего медицинского образования на современном этапе?
3. Что для вас означают понятия «воспитание», «обучение», «развитие»? Как ваше собственное понимание этих понятий соотносится с их научной трактовкой?
4. В чем вы обнаруживаете сходство и различие процессов обучения и лечения как древнейших видов гуманитарной практики?
5. Влияние каких типов образовательных сред вы ощущаете в большей степени? В чем оно проявляется?
6. Назовите преимущества и ограничения каждой из рассмотренных моделей обучения.
7. Какие модели обучения оптимальны на доклиническом и клиническом этапах медицинского образования?
8. Какие формы и методы обучения наиболее рационально использовать на разных этапах обучения в медицинском вузе и при обучении разных категорий обучаемых (медицинского персонала, пациентов, их родственников)?
9. Укажите сходство и отличия форм и методов контроля в разных моделях обучения. Какие из них способствуют развитию самоконтроля в профессиональной деятельности?
10. Какие представления о лично и практико-ориентированном обучении вы используете для понимания собственного образовательного процесса?
11. Приходилось ли вам осознавать какую - либо жизненную ситуацию в медицинской практике, как педагогическую?
12. Когда, при каких, на ваш взгляд, условиях процесс лечения можно назвать врачеванием? Как в этом случае должно измениться общение доктора с пациентом? Какими качествами должен быть наделен врач?
13. Назовите и опишите возможные обстоятельства медицинской практики, в которых возникает необходимость педагогических действий врача. Кому адресовано такое действие? Какие задачи решаются с его помощью?
14. Какие средства построения пространства встречи и общения врача с пациентом вы знаете? Какие из них вы наблюдали в действии: при обращении к вам как к пациенту, в работе врачей – преподавателей, в художественном изображении (в книгах, кинофильмах)?
15. Перечислите дополнительные материалы, которые могут использовать врачи в общении с разными категориями слушателей (пациентами, их родственниками, коллегами, учениками) для передачи специального материала медицинского содержания.
16. Каковы условия эффективного общения? Что способствует, а что мешает собеседникам понять друг друга.
17. Какие индивидуальные особенности пациентов необходимо учитывать для организации терапевтического сотрудничества?
18. Какие черты характера и особенности поведения, способствующие возникновению конфликтов, выделяют психологи?
19. Вспомните последний конфликт, участником которого вы были. Какую стратегию вы использовали для его решения и почему? Была ли она эффективной.
20. К какой стратегии вы чаще всего прибегаете при разрешении конфликтных ситуаций? Почему?

Содержание занятия.

Педагогика как наука. Объект и предмет педагогики

Профессиональное и личностное становление студента-медика и овладение в процессе высшего медицинского образования основами культуры врачебной деятельности и профессионального общения опираются на пласты общей культуры общества, которые отражены в педагогике.

Что такое педагогика в высшем медицинском образовании? Ответы на этот вопрос могут быть самыми различными: педагогика — это педагогическая составляющая в медицинском образовании; педагогика — это искусство врачевания и общения с пациентом, искусство, которому необходимо научить студентов; педагогика — это разнообразные методические рекомендации по разработке учебных планов и программ, учебных пособий, задач, тестов.

Педагогика одновременно и теоретическая и прикладная наука. В медицинском образовании она описывает и объясняет организацию педагогического процесса.

Надо учитывать, что педагогика впервые была введена в базовое образование будущих врачей сравнительно недавно. С середины 90-х гг. XX в. на основании ГОСа (Государственного образовательного стандарта) началось ее преподавание студентам медицинских вузов совместно с психологией в дисциплине «Педагогика и психология» (90 ч). В нашей стране педагогика высшей школы, в том числе и в медицинском образовании, стала самостоятельной отраслью с середины 70-х гг. XX в.

Невозможно не учитывать огромный практический опыт отечественных медиков-педагогов, который составляет «золотой фонд» высшего медицинского образования. Большой вклад в развитие отечественного высшего медицинского образования внесли такие ученые и практики, как М.Я.Мудров (1776—1831), Н.И.Пирогов (1810-1891), И.М.Сеченов (1829-1905), Г.А.Захарьин (1829/30-1897), С.П.Боткин (1832-1889), И.П.Павлов (1849-1936), С.С.Корсаков (1854-1900), В.М.Бехтерев (1857-1927), А.В.Вишневский (1874—1948), П.Б.Ганнушкин (1875—1933), И.В.Давыдовский (1887—1968), А.Н.Бакулев (1890—1967), А.А.Вишневский (1906—1975) и многие другие.

Что же представляет собой наука педагогика и что она изучает?

В самом общем виде педагогику определяют как сферу человеческой деятельности, в которой происходит выработка и теоретическая систематизация знаний о педагогической действительности (В. В. Краевский). В этом случае задача педагогики сводится к передаче культуры и социального опыта, приобретенного в различных сферах человеческой деятельности, в том числе в области медицины.

До последнего времени в определении объекта и предмета педагогики отмечалось немало неясностей. В истории школьной педагогики объектом признавалось воспитание в широком понимании, включающее процессы обучения и воспитания в узком смысле. Когда же педагогика высшей школы выделилась как самостоятельная наука, ее объектом стало считаться образование, в нашем случае — высшее медицинское.

Точка зрения, согласно которой в качестве *объекта педагогики* предлагается рассматривать образование как феномен, включающий обучение, воспитание в узком педагогическом смысле и развитие, утвердилась в конце XX в.

Вместе с тем на то, что образование, понимаемое как способ культурного наследования, является интегративным термином, еще в середине XIX в. указывал великий русский писатель, мыслитель и педагог Л. Н.Толстой. Он писал: «Воспитание не есть предмет педагогики, но одно из явлений, на которое педагогика не может не обратить внимания, предметом же педагогики должно и может быть только образование. Образование в обширном смысле, по нашему убеждению, составляет совокупность всех тех влияний, которые развивают человека, дают ему более обширное мирозерцание, дают ему новые сведения. Детские игры, страдания, наказания родителей, книги, работы, учение насильственное и свободное, искусства, науки, жизнь — все образовывает».

Современные отечественные ученые (В. В. Краевский, Г. Б. Корнетов) считают, что такое толкование образования, как объекта педагогики, снимает ряд противоречий в трактовке понятия воспитания (и в широком, и в узком смысле), помогает преодолеть рационалистическую установку понимания образования только как процесса и результата усвоения систематизированных научных знаний, умений и навыков познавательной деятельности.

Педагогика, как и любая другая наука, имеет не только объект исследования (образование), но и *предмет*. Ее предметом является педагогический (учебно-воспитательный) процесс, с позиций которого она изучает и проектирует образование человека. При этом педагогический процесс рассматривается как особый вид взаимодействия людей, а педагогика изучает сущность, закономерности, принципы, методы и формы его организации.

Закон Российской Федерации «Об образовании» (1992, новая редакция — 1996) трактует образование в качестве общей педагогической категории, включающей в себя процессы воспитания и обучения.

Согласно такому пониманию, мы будем рассматривать воспитание и обучение как две подсистемы целостного процесса образования.

Подчеркнем еще раз, что педагогика раскрывает сущность, цели и механизмы целенаправленного образовательного процесса (педагогического, учебно-воспитательного), включающего в себя подсистемы воспитания и обучения; разрабатывает пути и способы повышения их эффективности; конструирует их продуктивные модели.

Слово «образование», по определению словаря В.И.Даля, происходит от глаголов «организовать», «образовывать». Этот глагол имеет много значений: создавать вид, образ; обтесывать; слагать целое, отдельное; улучшать духовно, просвещать.

Принято выделять три основных значения термина «образование»:

- образование как достояние личности;
- образование как процесс обретения личностью своего достояния;
- образование как система, как социальный инструмент, существующий для того, чтобы помогать всем гражданам обрести такое достояние.

Процесс образования можно рассматривать как движение личности в культурном поле человеческого сообщества. С одной стороны, человек активен, он движется по пути познания, у него складывается индивидуальная система картины мира; с другой — личность развивается в культурной среде, присваивая нормы, обычаи, привычки (иногда нежелательные, но свойственные данному обществу), становясь ее неотъемлемой частью.

Образование — это ценностно-смысловое самоопределение личности в пространстве культуры (ее значений, смыслов, образов). На этом пути исканий происходит культивирование в человеке человеческого, его «второе» рождение.

Огромное значение в образовании имеет текст (носитель информации). Если в прошлые эпохи это были письменные словесные источники, то в современную эпоху к ним прибавились аудиовизуальные, компьютерные тексты.

Само появление систем образования связано с сохранением и ретрансляцией культуры. Вначале ее традиции передавались изустно, а после возникновения письменности — с помощью неживых носителей информации.

Зарождение первых образовательных учреждений связано с необходимостью встречи носителей культуры с теми, кто должен был ее унаследовать. В культурной среде появляются педагоги (учителя), работающие в специально создаваемых образовательных учреждениях (школах, университетах).

По мере усложнения культуры система образования начинает отбирать необходимый для нее материал, преобразовывать его в содержание учебных дисциплин, т.е. создавать соответствующее эпохе и ее запросам содержание образования.

«Высшее образование — это образование, обеспечивающее активную социальную позицию субъекта, успешную интеллектуальную деятельность в избранной общественной жизни, не имеющую полного предписания и осуществляемую на научной основе, а также потенциал творческого развития избранной сферы деятельности и самостоятельного усвоения новых объектов этой сферы».

По отношению к студенту образование — это одновременно и процесс и результат обучения, воспитания, его развития.

В содержании образования выделяются два аспекта:

- внешний — образовательная среда, учебные планы, учебники, методические пособия и различные средства наглядности (в медицинском вузе — пациент, внутренняя картина болезни);
- внутренний — личностные изменения и приращения, уникальные для каждого студента (знания, способы деятельности, способности, смысл и ценности).

Педагогика в медицинском вузе — это наука о социально - личностно-детерминированном медицинском образовании, характеризующемся целеполаганием и руководством, созданием условий для освоения студентами основ профессиональной компетентности, духовного и профессионального развития.

Объектом педагогики становится медицинское образование, а предметом — педагогическое взаимодействие между участниками учебного процесса, обеспечивающее студентам овладение основами профессиональной компетентности. На клинических кафедрах такое взаимодействие достигается в триаде «врач - педагог- студент - будущий врач - пациент». Объект науки — область действительности, которую она исследует, в нашем случае такой действительностью является само высшее медицинское образование.

Медицинское образование осуществляется как додипломное, последипломное (ординатура, аспирантура), дополнительное.

В последние десятилетия в связи с необходимостью гуманизации высшего образования в качестве дополнительного к медицинскому предлагаются психолого-педагогическое, психологическое образование, подготовка в области клинической психологии и др.

Цели высшего медицинского образования

К общим надпрофессиональным компетенциям относятся такие значимые для помогающих профессий навыки, как работа с собой, работа с людьми, работа с информацией. Они также предусматривают определенные знания, умения и качества более широкого личностного плана, которые помогают будущему врачу узнать, что такое быть и работать врачом, показывают, как научиться этому, а главное, как становиться хорошим врачом.

Цели высшего медицинского образования связаны с формированием личности будущего врача, компетентного и ответственного, способного оказывать помощь, человека милосердного и сострадающего. Они отражают две главные составляющие врачебной деятельности: первая из них — ценностно-смысловая — связана с развитием гуманистического профессионального самосознания, профессиональной идентичности, принятием гуманистических установок; вторая заключается в технологическом овладении основами профессиональной культуры и деятельности. Перед высшим медицинским образованием стоит задача гармонизации этих составляющих, что и определяет уровень профессионального и личностного развития врача.

Эти общие глобальные направления обуславливают промежуточные задачи на всех этапах обучения. Они ставятся всеми кафедрами, участвующими в подготовке будущих врачей, влияют на понимание студентами основополагающих концепций обучения. Такая стратегия общих и частных целей называется целеполаганием. Чем понятнее студентам эта стратегия, тем осмысленнее, а следовательно, эффективнее будет учебно-воспитательный процесс.

Назначение курса педагогики в медицинском вузе состоит в том, чтобы содействовать формированию и развитию личности будущего врача и становлению его компетентности.

Функции (задачи) педагогической науки в медицинском образовании

Ученые выделяют три основные функции (задачи) педагогики как науки:

аналитическую — теоретическое изучение, описание, обобщение, интерпретация педагогического опыта;

прогностическую — эффективное управление образовательной политикой (государства, вуза, кафедры), разработка научно обоснованных рекомендаций целеполагания и стратегий обучения;

проективно-конструктивную — создание новых педагогических технологий, систем, основ инновационной деятельности, внедрение результатов педагогических исследований в практику.

Нельзя смешивать научные и практические задачи педагогики в области высшего медицинского образования. Ее научные задачи состоят в выявлении законов и закономерностей, принципов и тенденций развития, которые характеризуют процесс обучения.

В своей работе преподаватели опираются на следующие законы целостного образовательного процесса:

- социальная обусловленность целей, содержания, форм и методов;
- обязательное присвоение младшим поколением опыта старших. Выражая объективный характер этого закона, Л.Н.Толстой назвал его «законом движения вперед образования»;
- взаимосвязь творческой самореализации студентов и образовательной среды;
- взаимосвязь обучения, воспитания и развития;
- обусловленность результатов обучения характером образовательной деятельности студентов;
- целостность и единство образовательного процесса.

Одна из наиболее важных задач — выявление *объективных закономерностей образовательного процесса*, т.е. того, как тот или иной закон проявляется в действительности. Анализируя закономерности, исследователи отвлекаются (абстрагируются) от целей и условий каждой образовательной ситуации, выделяют постоянные, неизменные черты процесса в целом.

Закономерность выявляется тогда, когда устанавливаются всеобщность и повторяемость каких-то условий в деятельности студентов и преподавателей. (Например, чем больше студент в процессе обучения действует самостоятельно — находит и обосновывает решения задач, обследует пациента и выполняет конкретные манипуляции, — тем выше эффективность усвоения учебного материала.)

Педагогическая наука определяет и общие тенденции развития высшего медицинского образования, которые при повторяемости положительных результатов, обнаруживаемых в ходе педагогических исследований, могут стать закономерностями.

К таким тенденциям, преобразующимся в закономерности, мы относим:

целеполагание как общую стратегию организации образовательного процесса, в которой участвуют и студенты, и преподаватели, как поэтапное построение учебной деятельности;

практическую ориентированность подготовки студента-медика с учетом и оценкой результатов обучения как основы профессиональной компетентности, теоретической и практической готовности и ответственности врача-выпускника при выполнении профессиональной деятельности;

усиление интеграционных начал подготовки студента-медика для планомерного развития профессионального мышления от доклинического до клинического этапа и самостоятельной деятельности;

использование ценностно-духовных, воспитательных, социализирующих компонентов подготовки специалиста-медика в целостном образовательном процессе — специальных требований ГОСа, учебных программ, методических указаний к практическим занятиям, особенностей моделирования и решения задач, возникающих в ходе обучения.

Выявление указанных закономерностей и тенденций связано с глобальной задачей педагогики в области высшего медицинского образования — обоснованием современных инновационных педагогических систем.

Если в конце 70-х—начале 80-х гг. XX в. «первое знакомство» педагогической науки с высшим медицинским образованием произошло при выполнении государственного заказа Совета Министров СССР к отрасли здравоохранения, предусматривающего разработку модели выпуска врача (и задание это было выполнено), то в наши дни речь идет о построении модели подготовки студента-медика.

При построении модели ориентировались на следующую иерархию врачебной деятельности: 1) деятельность обобщенного характера для всех выпускников вузов; 2) профессиональную деятельность в широком смысле слова; 3) узкую специализацию определенного профиля.

Внедрение инновационных педагогических систем опирается на принципы, которые известный польский педагог В. Оконь назвал принципами преподавания. Выделим важнейшие из них, регламентирующие учебную деятельность студентов и преподавателей: гуманизация; научность, доступность и системность содержания обучения; сознательность и самостоятельность студентов; наглядность методологии преподавания, его деонтологическая и профессиональная направленность.

К основополагающим задачам педагогической науки в медицинском образовании относятся обоснование и внедрение инновационных технологий обучения.

Сравнительно недавно, во второй половине XX в., в педагогической литературе и практике появился непривычный термин — «технология образования», или «педагогическая технология». Первоначально он встречался в работах зарубежных и отечественных авторов, занимавшихся проблемами программированного обучения, для реализации которых был чрезвычайно важен аспект, указывающий на умение обучаемых самостоятельно учиться.

В настоящее время в медицинском образовании используются следующие технологии:
структурно-логические, заключающиеся в поэтапной организации учебного процесса (например, блочно-модульное обучение), построении схем ориентировочной основы деятельности, алгоритмов и т.д.;

интеграционные, предусматривающие взаимосвязанность разнопредметных знаний и умений, видов деятельности на уровне интегрированных курсов, учебных тем, научных проблем (например, изучение тем: «Воспалительные заболевания в полости рта», «Клетка», «Метаболизм», «Нервная система», «Опорно-двигательный аппарат»);

игровые, использующие различные виды деловых учебных игр, моделирующих реальные профессиональные ситуации (например, на темы: «Ревматический порок сердца», «Острый живот в гинекологии», «Разбор жалобы больного на врача «скорой помощи»», «Инфекционно-токсический шок при менингококковой инфекции», «Жалоба в отделение стоматологии детского возраста» и т.д.);

тренинговые, определяющие алгоритм решения наиболее типичных практических задач (оказание неотложной помощи, позитивное общение с пациентом);

диалоговые (например, эмпатические беседы);

информационно-компьютерные.

В высшем медицинском образовании выявленные законы, закономерности, принципы и тенденции служат материалом для обоснования современных педагогических инновационных образовательных моделей и технологий по различным изучаемым дисциплинам.

Основные категории и понятия педагогики

Основные понятия, описывающие образовательный процесс, — «обучение», «воспитание», «развитие». Существующие между ними взаимосвязи условно и весьма обобщенно показаны на рис. 1.



Рис. 1

Область педагогики, изучающая обучение, называется дидактикой. Дидактика высшей школы — это теория и практика обучения студентов и аспирантов.

Обучение, понимаемое как процесс присвоения человеком норм и способов действий, социально значимого опыта, осуществляется посредством самостоятельной деятельности обучаемого (*учение*), организованной преподавателем (*преподавание*). Следовательно, это всегда двусторонний процесс.

В медицинском вузе профессионально-направленное обучение начинается уже с 1-го курса. Его особенность состоит в том, что содержание и методы обучения ориентированы не только на промежуточные, но и на конечные цели подготовки студентов-медиков. Такая заданность далеко не очевидна для слушателей 1-го и 2-го курсов, что оказывается достаточно сложным фактором при изучении таких предметов, как физика, химия, биология, биохимия, анатомия, гистология, физиология, философия, иностранные языки. Конечная цель становится для студентов понятной лишь при взаимодействии с клиническими кафедрами на старших курсах, когда происходит постепенный переход от совместной с преподавателем деятельности к самостоятельной работе с человеком (пациентом) в режиме помогающих отношений: диагностика, лечение, профилактика, реабилитация.

Воспитание характеризуется как воздействие на потребности и ценности человека, как процесс осмысления внешних целей и превращения их во внутренние. Воспитание предопределяется направленностью на личность, ее интересы и ценности.

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

Таким образом, по своему назначению педагогический процесс является специально организованным целенаправленным процессом передачи последующим поколениям социального опыта, который обеспечивает становление фундаментальных способностей человека. На технологическом уровне его можно рассмотреть, используя следующие аспекты:

- цели — *для чего учиться (учить)'*,
- содержание — *чему учиться (учить)'*,
- методы и средства — *как учиться (учить)*.

Взаимосвязь этих понятий может быть представлена схематично на рис.2

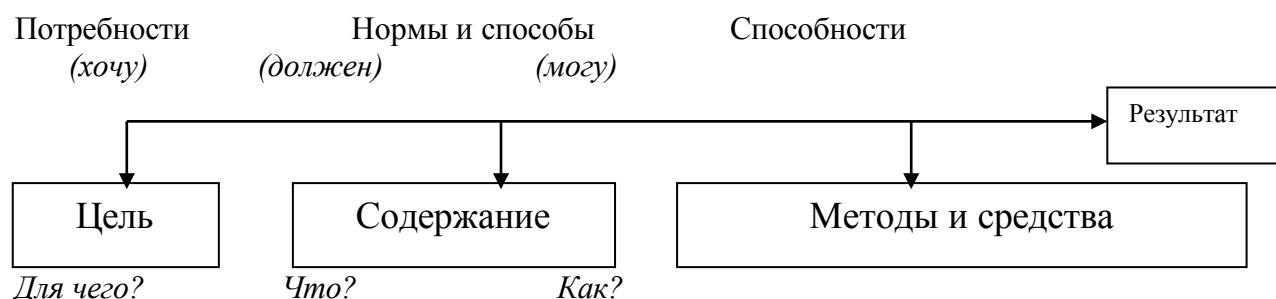


Рис. 2

С точки зрения развития человека, становления его индивидуальности важнейшей способностью является самостоятельное обнаружение и восстановление связей между «я *хочу*» и «я *должен*» через выбор (отбор) из разнообразных собственных «я *хочу*», таких, которым необходимо подчинить все другие желания, интересы, потребности. Этот выбор предполагает добровольное ограничение своего «Я» или, наоборот, выход за пределы знакомого и безопасного в неизвестное. Долженствование («я *должен*») в рамках свободного выбора определяется как долг перед самим собой и рассматривается как самоиспытание: «Я должен попробовать это сделать во что бы то ни стало, иначе это буду уже не я», в отличие от «Я должен это сделать, потому что от меня этого ждут или требуют другие».

Отсутствие противоречия между «я *хочу*» и «я *могу*» обеспечивается наличием реальных средств и ресурсов, позволяющих человеку осуществить то, что он хочет. Однако при обучении студент очень часто, столкнувшись со своим «я *хочу*», осознает, что не владеет достаточным знанием норм и способов деятельности для его осуществления. Возникающее при этом реальное противоречие создает «разность потенциалов», в результате оказывающуюся столь необходимой для целеустремленного освоения опыта, уже накопленного человечеством в данной области знания или практики.

Отношения, которые человек выстраивает между вершинами «*хочу*» — «*должен*» — «*могу*», обладают двунаправленным характером. С одной стороны, они содействуют самоопределению — познанию самого себя, своих отличий (физических, интеллектуальных, нравственных, творческих) от других, своих сильных и слабых сторон («хочу — не могу», «могу, но не хочу», «не могу, но должен»). С другой стороны, помогают познавать общечеловеческие ценности — отношение к миру людей, вещей, природы, морали, поведения, творчества.

Таким образом, образовательный процесс направлен на познание мира, на идентификацию собственного «Я» и самого себя в мире; на развитие способностей к самоопределению, самосовершенствованию и самореализации, основанных на обретении опыта.

На основе методики векторного моделирования (соотношений «свобода — зависимость», «активность — пассивность» учащихся) ученые выделяют несколько типов различных образовательных сред. Для примера рассмотрим особенности влияния на обучаемых четырех типов образовательных сред, выделенных польским педагогом Я.Корчаком:

догматическая образовательная среда способствует развитию пассивности и зависимости студентов;

карьерная среда содействует формированию у них активности, но вместе с тем сохраняет определенную зависимость;

среда безмятежного потребления благоприятствует свободному становлению личности, но и обуславливает возникновение некоторой пассивности;

творческая образовательная среда предполагает свободное активное развитие студентов.

Образовательная среда оказывает соответствующее влияние на формирование тех или иных черт и качеств личности. На это обстоятельство обращали внимание многие педагоги прошлого (Л.Н.Толстой, П. Лесгафт, Я. Корчак).

Теория здоровья как целостное явление применительно к образованию подробно рассматривалась в статье «Здоровье молодежи — забота общества».

Авторы этого подхода исходили из следующих концептуальных оснований.

1. Здоровье — это состояние полного физического, душевного и социального благополучия человека, а не только отсутствие у него болезней и физических дефектов (определение понятия «здоровье», зафиксированное в уставе ВОЗ).

2. Только после 24 лет можно говорить о наличии у человека целостной сформировавшейся системы, объединяющей физическое, душевное и социальное здоровье.

3. Наиболее существенные изменения в здоровье детей происходят при переходе к взрослому состоянию. Таким возрастом является период от 10 до 24 лет, в котором могут быть выделены при необходимости три фазы, продолжительностью в пять лет каждая (10—14, 15 — 19 лет и 20—24 года).

Студентам медицинских вузов небезынтересно знать факторы, которые эксперты ВОЗ определили как приводящие к нарушению нормального процесса формирования здоровья как системы:

1) индивидуальная предрасположенность — наследственность, особенности развития в перинатальный период, несчастные случаи или заболевания в прошлом, характер воспитания в детском возрасте и т.п.;

2) социальная предрасположенность — ценностная ориентация общества, социальный тип человека, индивидуальный образ жизни, особенности поведения, характерные для определенной группы, воспитание и образование в подростковом возрасте и т.п.;

3) обстоятельства жизни ребенка, сложившиеся к подростковому возрасту, — доход и стиль семейной жизни, жилищные условия, возможность получить работу, стрессы и кризисные ситуации и т.п.;

4) возможности по сохранению здоровья, имеющиеся у конкретного индивида, — наличие свободного доступа к службам здравоохранения, характер питания, санитарно-профилактические мероприятия, образование в области сохранения и укрепления здоровья и т. п.

Специалисты обращают внимание на то, что основным фактором, влияющим на здоровье молодежи в переходных обществах (наше государство относится к их числу), оказываются трудности эмоционального характера.

Проблемы воспитания и самовоспитания

Воспитание — это целенаправленная помощь в развитии характера и положительных качеств личности, способностей и привычек. Такие качества определяются прежде всего отношением человека к Другому, к обществу, ко всем реалиям окружающего мира, к науке и процессу познания. Это отношение закрепляется в сознании в виде убеждений и в подсознании — в привычных формах поведения, устойчивой эмоционально-волевой позиции. Но закрепляется только в том случае, если человек устойчив в своих предпочтениях, и тогда они воплощаются в личностных качествах.

Воспитание требует особого уклада жизни и деятельности в мире соответствующих ценностей, особой организации всей системы взаимоотношений с окружающим миром, что, в свою очередь, связано с пониманием значения проблем нравственности и духовной культуры.

Самовоспитание — осознанная, целеустремленная деятельность самого человека, предусматривающая познание и развитие, формирование и совершенствование в себе положительных личностных качеств и преодоление отрицательных, овладение умением гармонизировать свой внутренний мир и отношения с окружающими.

Из всего многообразия воспитательных подходов для высшего медицинского образования наиболее значимы **личностно ориентированный и философско - антропологический подходы**.

Для уяснения их особенностей сопоставим личностно ориентированный подход с традиционным. Использование в педагогической деятельности и того и другого предполагает учет индивидуальных особенностей студентов. При личностно ориентированном подходе главной целью является развитие личности студента, а при традиционном реализуется другая целевая установка — обретение студентом социального опыта, определенных знаний, умений и навыков, обозначенных в типовых программах и обязательных для усвоения.

Выбор первого подхода обусловлен стремлением содействовать проявлению и развитию в человеке индивидуального, а выбор второго — социализацией, опорой на типичное без учета личностных особенностей. В этом и заключается принципиально важное отличие двух подходов.

Исходным положением в становлении философско-антропологического подхода была идея К. Д. Ушинского о взаимосвязи педагогики как науки о воспитании с целым комплексом наук о человеке и опоре педагогов на эти знания при проведении воспитательной работы. Выделим наиболее важные положения этого подхода, значимые для практики медицинских вузов:

- способность человека к самопознанию, саморазвитию, самоопределению, используемая в качестве средства и механизма подготовки студента-медика;
- способность к диалогическому взаимодействию;
- воспитание и самовоспитание, обучение и учение как способы бытия субъектов воспитательного процесса, требующие адекватных методов, средств, форм воспитания;
- утверждение ценностно-смыслового равенства участников воспитательного процесса, диалогический стиль общения и взаимодействия по типу «субъект—субъект».

Приведем несколько наиболее близких нашему пониманию определений понятия «воспитание», которые даются в рамках философско-антропологического подхода.

Воспитание — это способ бытия человека, один из модусов, когда человек посредством собственных усилий, энергии, потребностей в диалоге с культурой (как условия бытия) самоосуществляется, реализуется, актуализируя свои природные задатки.

Воспитание — это не просто подготовка студентов к жизни, а сама их жизнь во всей ее полноте и многообразии.

Философско-антропологический подход обуславливает новый способ педагогического мышления, ориентированный на такие категории бытия (онтологические), как жизнь, смысл, любовь, стыд, милосердие, радость, печаль, смерть, но не на категории познания (гностические). Строй подобного мышления и практика воспитания направлены на сбережение, сохранение, выражение бытия, на оказание помощи развивающейся личности в том, как достичь согласия с собой, как прожить жизнь, реализуя свое главное предназначение.

Данный подход выдвигает следующие *принципы* воспитания:

- единство образовательного и воспитательного процессов;
- профессиональность и деонтологическая направленность;
- помощь и поддержка, сотрудничество;
- психологическая безопасность.

Достоинством философско-антропологического подхода для практики воспитания является его особое внимание к формированию в человеке человеческого, основанное:

- на уяснении и усвоении сущности родовых характеристик человеческого бытия —

духовности, нравственности, творчества, без чего невозможна врачебная деятельность;

- ориентации на самопознание, личностный рост, продуктивные отношения, а не на тренировку определенных свойств в искусственно создаваемых ситуациях;
- отказе от насилия и авторитаризма, создании обстановки психологической безопасности;
- использовании таких действенных модусов, как общение, понимание, диалог, сострадание, сопереживание, любовь, стыд, разочарование и т.д.

Все эти проявления и качества реализуются на практических занятиях, а в дальнейшем на этапах обследования и лечения пациентов.

Таким образом, метод воспитания становится способом *события воспитателя и воспитанника*, в котором достигается взаимное влияние и изменение обоих участников процесса.

Подобные идеи близки педагогическим размышлениям Л.Н.Толстого. «Воспитание представляется сложным и трудным делом до тех пор, — считал он, — пока мы хотим, не воспитывая себя, воспитать своих детей».

Следует особо остановиться на характере употребления и значении отдельных, важных для описания сути педагогического процесса, психологических понятий.

Усвоение — психологический процесс, благодаря которому человек присваивает знания и общественно-исторический опыт, накопленный поколениями: «Усвоение — процесс воспроизведения человеком исторически сформированных, общественно выработанных способностей, способов поведения, знаний, умений и навыков, процесс их превращения в формы индивидуальной субъективной деятельности».

Процесс усвоения начинается с момента рождения человека и осуществляется разнообразными путями и в многообразных формах в течение всей жизни, являясь основой развития его психики и поведения.

В настоящее время исторически сложились основные формы усвоения — непосредственно-эмоциональное общение, предметно-манипулятивная форма, игровая, учебная, общественно полезная и собственно трудовая деятельности. Этой последовательности соответствуют основные возрастные периоды жизни человека. После усвоения объективные сведения превращаются в субъективные навыки, знания, умения, убеждения.

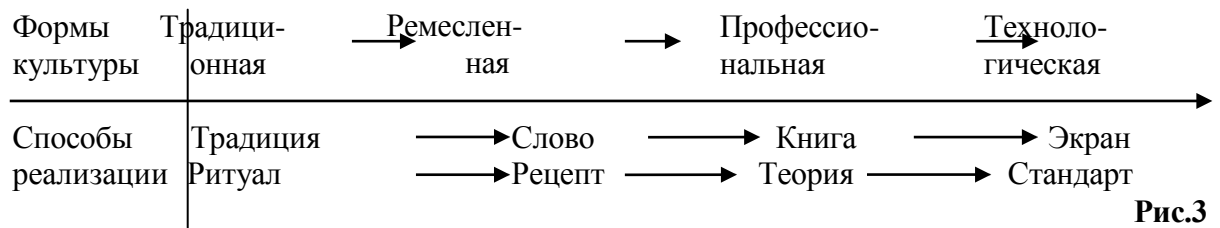
Освоение — это синоним термина «усвоение», применяемый в тех случаях, когда речь идет об усвоении манипулятивных или деятельностных элементов объективного опыта человечества — операций, действий, форм деятельности. **Управляемое освоение** — целенаправленное усвоение, осуществляемое, например, студентом под непосредственным или опосредованным руководством преподавателя (группы преподавателей).

Педагогика как область гуманитарной практики

К. Д. Ушинский, обсуждая вопрос о статусе педагогики, утверждал, что она, наряду с медициной и политикой, не может быть названа наукой в строгом смысле слова, так как своей целью имеет практическую деятельность, а не мир явлений природы или человеческой души. Педагогика, по мнению К.Д. Ушинского, является искусством, а не наукой воспитания, не собранием правил воспитательной деятельности. В этом смысле педагогика соответствует терапии в медицине. Но как для медицины недостаточно ограничиться одной только терапией, так и для воспитания невозможно опираться только на изучение знаний о воспитании.

В контексте исторического развития ученые выделяют разные этапы образовательной практики, соответствующие определенным формам культуры (В. Г. Никитин, 2004).

Логическая последовательность смен форм культуры и способов их реализации представлена на рис. 3. Рассмотрим ее более подробно.



В *традиционной культуре* образовательные задачи решались за счет непосредственного участия в жизни сообщества и нахождения ученика рядом с учителем. Таким образом осуществлялась передача опыта от отца к сыну, от мастера к подмастерью: традиция передавалась непосредственно от носителя к носителю в ритуалах. Определяющей была культура умений — «Делай, как я».

Следующий этап трансформации образования связан с формированием *ремесленной культуры*, в которой происходит отчуждение умения от носителя. Культура умений сменяется культурой знаний. Вокруг деятельности, организованной ремесленно, стали выделяться образцы и рецепты их воссоздания. Задача образования заключалась в сохранении рецептов и в их передаче. А инструментом для такой передачи служило слово — «Будь таким, как я». Это привело к созданию универсальных мастерских и цеховых школ для учеников. Появились трактаты с рецептами организации работ (учебники), изыскивались логические формы передачи культуры.

Профессиональная культура (как самостоятельная область человеческой деятельности) породила идею формирования единой картины мира. Постепенно происходил переход от сохранения и передачи рецептурных знаний к разработке и передаче знаний теоретических. Субстанцией профессиональной культуры стал организованный и гармонизированный свод знаний, основным видом производства — продуцирование знаний. Культура умений сменилась культурой знаний. Объективное их содержание постепенно замещалось знаковой формой, складывался опыт знаковых форм и способов их хранения: документы, тексты, картины, памятники. Умение создавать и передавать научные знания привело к тому, что главным инструментом передачи культуры и распространения теоретических знаний стала книга. Профессиональная культура сохранялась и транслировалась будущим поколениям с помощью ее описаний. На этой же базе решался вопрос о том, можно ли признать явление уникальным, или оно уже принадлежит к определенному ряду.

В профессионально организованном обществе наука приобретает статус одного из важнейших институтов, так как в ее рамках формируются общие теории и единая картина мира. При этом возникают частные теории и соответствующие им профессиональные предметные области. Задачей образования становится овладение научными знаниями. Во второй половине XX в. обнаруживаются противоречия в развитии профессионального способа организации общества и культуры, в строении единой картины мира, и происходит фактическое оформление двух концепций и культур — естественнонаучной и гуманитарной, что вызывает потребность в изменении научных парадигм. На смену профессиональной культуре приходит *технологическая* ссоответствующими общественными формациями и экранной культурой. Технические способы оказываются оптимальными для организации деятельности в современном мире (управлении, финансах, массовых коммуникациях, образовании). Специфическая проблема этого периода состоит в том, что ни одна профессия, теория или предметная область не могла охватить все многообразие технологических циклов. Бывшие профессии обеспечивали одну или две ступени больших технологических циклов, но для успешной деятельности или карьеры становилось важным умение грамотно включаться

в весь технологический цикл. Сложная организация технологических процессов требовала поиска средств, обеспечивающих преемственность управления. Таким средством явились программы, которые определяли ориентацию и указывали необходимые шаги движения. Программирование в качестве средства обучения использовало проектный подход. Таким образом, программирование и проектирование стали важнейшими аспектами подготовки управленцев и организаторов больших технологических циклов. Для осуществления управляющих технологических взаимодействий сложилась новая базовая форма передачи содержания в профессиональной культуре — экран. От текста он отличался способом употребления — одно устройство можно было использовать и как экран, и как текст.

Современная культура стала преимущественно экранной культурой. Экран позволял технически осуществлять управление и координацию технологической программы и являлся тем звеном, где проецировались и согласовывались действия отдельных участников процесса. Причем один человек мог одновременно работать в разных группах и функциональных схемах за счет выработки способности и средств удержания в поле зрения многих и разнообразных факторов. К таким средствам относятся схемы — идеальные представления о реальных действиях.

Использование возможностей экрана привело к созданию виртуальной реальности — приданию объективного статуса тому, чего нет, но что выглядит правдоподобно и наглядно.

Наука и жизнь заполнили мир потоками информации. Сведения из самых различных областей — политики, науки, права, религии, морали, искусства — образовали насыщенное информационное пространство. Стремление охватить (овладеть) все больший его объем оказывалось бессмысленным. Возросла роль системных знаний, рассматривающих мир как структуру, указывающих уровни и взаимосвязи в этой структуре. Они позволяют ориентироваться в потоке информации и прогнозировать появление новых ее составляющих. Актуальная задача современной педагогической науки состоит в проектировании образовательного пространства.

Система педагогических наук

Система педагогических наук более или менее окончательно оформилась сравнительно недавно. В ней выделился ряд отраслей — дидактика (теория обучения), теория воспитания, история педагогики, сравнительная педагогика. Вместе с тем сложился и иной логический подход, согласно которому каждая отрасль педагогики занята изучением своей области: одни отрасли изучают процесс образования человека в возрастном аспекте — с раннего детства до глубокой старости; другие — с точки зрения нормы и отклонений от нее; третьи — с учетом профессиональной направленности (медицинская, военная, искусствоведческая, спортивная педагогика); четвертые — в соответствии с этапом обучения и типом образовательного учреждения (школьная, внешкольная педагогика и педагогика высшей школы), особенностями и характером обучения, осуществляемого, например, в семье (семейная педагогика), в местах изоляции (пенитенциарная педагогика).

Тем не менее господствующим остается традиционное понимание системы педагогических наук, в которую входят (с возможностью выделения указанных направлений) следующие отрасли:

- общая педагогика, исследующая закономерности воспитания;
- дидактика, или теория обучения;
- история педагогики, изучающая развитие педагогических идей в различные исторические периоды;
- сравнительная педагогика, выявляющая закономерности развития образования в разных странах;
- возрастная педагогика, рассматривающая особенности формирования человека на

различных возрастных этапах (именно сюда входит педагогика высшей школы наряду с дошкольной и школьной педагогикой, а также андрогогикой);

- специальная педагогика, изучающая специфику воспитания и обучения людей (детей и взрослых) с отклонениями в физическом развитии;
- методики преподавания разных учебных дисциплин, в которых отразился опыт дифференциации различных отраслей знаний (сюда относятся и профессиональная медицинская подготовка, в нашем случае — врачей разных специальностей, лечебное дело, стоматология, педиатрия и др., в русле которой разрабатываются частные методики преподавания учебных дисциплин медицинского вуза, предусматривающие определенную их субординацию);
- профессиональная педагогика, осуществляющая теоретическое обоснование и разработку научно-методических рекомендаций в конкретно-профессиональной сфере деятельности, например в медицине.

Следует отметить, что подготовка специалиста-медика строится «сверху вниз»: от выпускающих профильных кафедр (их цели определяются в соответствии с ГОСом и запросами практического здравоохранения как социальный заказ общества) к кафедрам общеклиническим, медико-биологическим, теоретическим и общественным. Завершается этот процесс формулировкой требований к абитуриенту. Горизонталь подготовки и определение соответствующего содержания складываются из межпредметных связей между учебными дисциплинами каждого курса. В идеале такая структура подготовки должна свести к минимуму «замкнутость» студента в период обучения в различных предметных «полях», так как в реальной деятельности врачу предстоит распространять и воплощать полученные знания в решениях повседневно возникающих профессиональных задач. Оптимальным является положение, при котором осмысление целей учебной подготовки — «Зачем я изучаю анатомию, биологию, биохимию и т.д.» — обеспечивается специальной тактикой разработки учебных программ, планов и т.д. и дает ответы на эти вопросы в ходе обучения.

Связь педагогики с другими науками

Педагогика неотделима от обширного контекста наук о человеке в многообъемлющей системе человекознания. Цели воспитания и обучения указывают и помогают формулировать философия, психология, история. Изучением человека занимаются такие науки, как анатомия, физиология и патология, психология, логика; прямое отношение к человеку как разумному существу, живущему на земле, и продуктам его деятельности имеют география, статистика, политическая экономия, история (включающие религии, философские системы, литературу, искусства). Средства достижения целей обучения и воспитания определяются антропологическими науками.

Наиболее тесно педагогика связана с психологией, которая исследует законы становления психики человека, в то время как педагогика разрабатывает стратегию управления развитием личности через процессы образования, воспитания, обучения. У педагогики и психологии много общего в методах исследования, например, эффективности той или иной модели обучения или воспитания (психометрия, психологические тесты, анкеты). Педагогика как научная дисциплина пользуется психологическими знаниями для выявления, описания, объяснения, систематизации педагогических фактов. Так, результаты педагогической деятельности (например, система подготовки студентов на доклиническом этапе) выявляются с помощью тестов, анкет, интервью.

Педагогическую и психологическую науки связывают такие ветви психологии, как педагогическая и возрастная психология, психология управления и т.д.

В антроповедческих профессиях вопрос о психологической культуре приобретает особый смысл. Нередко мы слышим суждения о том, что талантливый врач отличает искусство понимания другого человека, способность оказывать психологическое

воздействие на людей, ориентироваться в проявлениях их внутренней жизни и субъективных свойствах (настроении, физическом состоянии, намерениях). Это качество можно определить как психологическую зоркость. Такая способность, сопровождающаяся осмыслением и подкреплённая умением формулировать наблюдаемое в обобщающих понятиях, находит свое выражение в объективизации внутреннего мира человека — субъективные проявления человека и наблюдения за ними обозначаются через знаковую речевую систему. В такой форме (отделённые от их носителя и от ситуации, в которой возникли) они становятся доступными для анализа и обобщения. На донаучном уровне такие знания получали отражение, иногда образное или метафорическое, в произведениях литературы, искусства, в традициях, в общезначимых ценностях и нормах взаимоотношений людей.

Возможности передачи психологического знания (как научного, так и донаучного) связаны с «проживанием» приобретаемого субъективного знания, соотношением его с личным опытом, т.е. с самопознанием. Эта особенность предопределена тем, что ключом к постижению субъективности другого является собственная субъективность познающего. Для формирования психологической компетентности недостаточно одного только рационального узнавания психологических закономерностей и теорий: необходим опыт применения этих знаний для анализа реальных жизненных ситуаций при решении профессиональных и личных задач. Именно поэтому врачебная деятельность основывается на соединении самопознания, дающего возможность опереться на собственный внутренний опыт и интуицию, с использованием научного психологического знания для анализа явлений и построения профессиональных психологически компетентных действий.

Значительную роль играет и определенное специфическое различие педагогических и психологических взглядов на человека: психология изучает человека реального — такого, каковым он является сам по себе, педагогика изучает, каким человек может стать под влиянием воспитания и обучения и какие для этого необходимы условия.

Важно понять также, в чем сходство и различие между педагогикой и психотерапией. Обе эти науки, служащие человеку, реализуются благодаря специфическим формам общения, используя которые они оказывают запланированное влияние на человека. Педагогика побуждает его к освоению норм и способов деятельности, концептуальных знаний и навыков, т.е. к развитию в себе фундаментальных способностей к мышлению, действию, общению. Психотерапия мобилизует психические и духовные силы человека для преодоления болезней, внутренних «блокад», конфликтов, жизненных трудностей.

В деятельности педагога усматриваются психотерапевтические аспекты, косвенным результатом которых становится терапевтический эффект — личностное развитие и профессиональный рост. Вместе с тем и в психотерапевтической работе с пациентом раскрываются его духовные ценности, развиваются знания и представления о себе и мире, влияющие на его мышление, формируются навыки понимания и взаимодействия с другими людьми, т.е. обнаруживается триединство задач воспитания, обучения и развития, присущих педагогическому процессу.

Психотерапия — это научно обоснованный и эмпирически проверенный вид деятельности, направленный на помощь человеку при психических, психосоматических и социальных проблемах или состояниях страдания и использующий для этих целей психологические средства. Позиция врача реализуется в психогигиеническом, профилактическом и диагностическом подходах, пронизывающих его профессиональную деятельность и общение.

Педагогика тесно связана и с *физиологией*. Студенты медицинского вуза, изучая физиологию, знакомятся с глубинными механизмами управления физиологическим и психическим развитием человека, жизнедеятельностью организма в целом, его отдельных частей и функциональных систем. Вместе с тем и педагоги, основываясь на знаниях закономерностей функционирования высшей нервной деятельности, возрастных

особенностей развития и социализации могут адекватно конструировать обучающие и здоровьесберегающие педагогические технологии.

Наиболее тесно педагогика связана с *философским знанием*, которое является своеобразной методологией педагогической науки и практики. Как бы в подтверждение того, что философско-антропологические знания становятся базовыми для формирования педагогического мышления, на стыке философии и педагогики возникло новое направление научного знания — философия образования.

Философия образования оформилась в самостоятельную дисциплину во второй половине XX в. и соединила в себе ценностно-смысловые аспекты жизни человека, его отношение к собственной личности и другим людям, к деятельности и образовательный опыт поколений.

Самостоятельной отраслью педагогики философия образования стала благодаря активной позиции многих известных ученых-педагогов, которые понимали, что организация и качество образовательной среды и мировоззрения формирующейся личности тесно взаимосвязаны, что образовательная среда может оказывать психотравмирующее воздействие, которое необходимо предусматривать и которому следует противостоять. Умственное и нравственное развитие человека происходит в определенной культурной среде, и эта среда может либо содействовать этому процессу, либо исказить его.

Предназначение философии образования — изучать сущность и природу всех явлений, составляющих образовательный процесс: что такое образование само по себе (онтология образования); каким образом оно осуществляется (логика образования); каковы его источники и природа основополагающих ценностей (аксиология образования); каким может быть и каким должно быть поведение участников образовательного процесса (этика образования); какие методы содействия ему возможны и оптимальны (методология образования).

Принято различать образование естественное, происходящее в процессе повседневного общения и взаимодействия людей (в нашем случае — наблюдения студентов в клиниках, на практических занятиях специальных кафедр), и образование организованное, которым целенаправленно занимаются подготовленные для этого врачи-преподаватели, сотрудники кафедр, администрация вузов. Нередко наблюдается рассогласование между «бессознательным, жизненным» и «сознательно организованным» образованием, осуществляемым учебными заведениями. Иногда житейское образование гораздо больше способствует развитию личности, нежели запланированное, в котором господствует дух догматизма, конформизма, не поощряются инициатива и творчество.

Философию образования интересует становление и развитие индивидуальной культуры в поле культуры сообщества, что согласуется с пониманием проблем образования в личностно ориентированном подходе.

Для воспроизводства культуры немаловажное значение имеет характер системы образования. В связи с этим в последнее время вызывают огромный интерес и оформляются как самостоятельные области знаний философия воспитания, философия культуры, философия истории, философия науки, философия права, которые предоставляют педагогике материал для решения ее насущных задач. Наблюдается и встречающаяся тенденция: ряд наук (юриспруденция, информатика, кибернетика, техника, медицина, массовые коммуникации, управление) опирается на педагогику для решения собственных задач. Связи педагогики с литературой, историей, экономикой, этнологией и этнографией, политологией, географией, экологией, с точными техническими науками (кибернетикой) расширяют пространство их взаимодействия, свидетельствуют о значении научного и практического потенциала педагогики.

Образовательный процесс в медицинском вузе. Обучение значимое для личности врача.

Цели и содержание обучения

Студентам, чтобы осознанно и эффективно участвовать в образовательном процессе, необходимо располагать знаниями о наиболее распространенных его моделях и принципах, об условиях, целях и способах формирования действий врача, методах и формах обучения, о приемах педагогического контроля и самоконтроля. Собственный образовательный опыт послужит для них основой для перехода к освоению своей профессиональной деятельности и для дальнейшего непрерывного образования.

В медицинском образовании мы обнаруживаем различные подходы к организации подготовки студентов — информационный, операционально-деятельностный и лично ориентированный. Каждый из них обладает своими преимуществами и недостатками, а потому на разных этапах обучения (доклиническом, клиническом) студент имеет возможность находить и использовать лучшее, учитывать ограничения, обнаруживать дополнительные ресурсы конкретного подхода.

Образовательный процесс направлен на достижение целей обучения, которые сформулированы в квалификационной характеристике специалиста и заключаются в освоении соответствующего им содержания обучения.

В разделе ГОС «Требования к обязательному минимуму содержания основной образовательной программы» выделяются следующие дисциплины: гуманитарные, социально-экономические, математические, естественно - научные, медико-биологические, профессиональные, дисциплины и специальности.

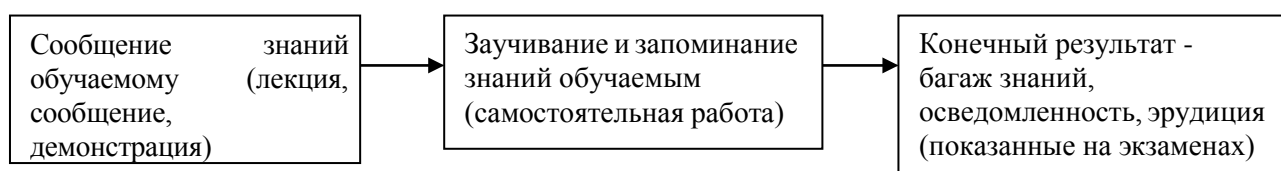
Логика подготовки студента в медицинском вузе диктуется квалификационной характеристикой врача-выпускника, в которой изложены требования общества к данному специалисту. Они и становятся конечной целью обучения.

Движение к конечным целям — достижение промежуточных целей — определяется вкладом каждой дисциплины в конечный результат. Порядок изучения дисциплин на доклиническом и клиническом этапах соответствует логике развития клинического мышления: от фундаментальных знаний, законов и закономерностей, закладывающих основы клинического мышления, к специальным дисциплинам, при овладении которыми завершается формирование способности решать профессиональные клинические задачи на основе обобщенного владения знаниями, способами и приемами деятельности.

2.2. Модели и принципы обучения

Информационные модели обучения. В информационных моделях реализуется представление о том, что основная цель обучения — овладение знаниями, умениями и навыками в их предметном содержании. В рамках данного подхода разрабатываются нормативные требования к их усвоению и критерии оценки деятельности и преподавателя, и студента. При этом под усвоением содержания учебных программ обычно принято понимать запоминание (заучивание) определенного объема информации. Общим результатом учения считается получение знаний — «багаж знаний». При этом подразумевается, что формирование умения применять полученные сведения, пользоваться ими в работе происходит по мере осуществления реальных действий. Иначе говоря, этому учит сама жизнь.

Тем не менее, всегда считалось необходимым связывать учебу с жизнью, теорию с практикой, для чего предусмотрены практические занятия (семинары-практикумы, упражнения в решении задач по применению изучаемой теории в различных ситуациях и т.п.). Однако на таких занятиях удается лишь фрагментарно, с помощью отдельных примеров показать принципиальную возможность использования теоретических знаний, на большее не хватает времени. Поэтому учебный процесс, построенный на основе информационной модели, чаще всего имеет структуру, показанную на рисунке 5.



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

Основную проблему при подобном алгоритме усвоения для учащегося составляет «потеря информации» по ходу обучения. Далее мы рассмотрим причины этого явления для того, чтобы студент в ситуации обучения, построенной по типу информационной модели, мог по возможности помочь себе, предприняв дополнительные усилия.

Первая причина состоит в том, что при сообщении преподавателем знаний студентам не всегда и не все бывает понятно. Такое недопонимание психологически вполне оправдано, ибо абстрактные теоретические положения, не связанные с личным опытом и практикой, осмыслить очень трудно, а порой и невозможно. Поскольку сообщение знаний всегда идет впереди какой бы то ни было практики (даже иллюстрации в виде примеров порой бывает невозможно втиснуть в узкие рамки учебного времени), то этот недостаток в принципе непреодолим, пока сохраняется подобная система обучения. Педагоги это учитывают и обычно успокаивают студентов, говоря о том, что после прохождения следующих тем эти пробелы исчезнут.

Вторая причина заключается в трудностях запоминания даже понятной информации. Объясняется это тем, что сообщаемые знания до их сопоставления с реальным объектом, отраженным в теоретических построениях, часто можно запомнить только путем механического запоминания, поскольку представления о соответствующих им жизненных реалиях у студентов в этот момент еще отсутствуют.

Третьей причиной является такой простой фактор, как забывание. Многое из того, что было понято и, казалось, запомнилось, с течением времени может забыться. Даже частичное забывание ведет к потере логики процессов, разрывает причины и следствия, нарушает целостную взаимосвязь когда-то приобретенных знаний. Забывание — процесс естественный. Из объема сведений, закрепленных в памяти, рано или поздно значительная часть обязательно теряется «в ее закоулках», иногда безвозвратно. 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 превращается в зубрежку, совершенно неприемлемую для взрослых людей, и категорически отвергается ими. Любой человек, чтобы не забыть важную информацию, предпочитает записать ее, а не занимается бездумным повторением, что естественным образом не входит в его сознание как важное, полезное дело.

Самым простым и понятным способом борьбы с забыванием является практическое применение знаний. Но в том-то и беда, что в структуре учебного процесса, соответствующего информационной модели, не остается ни места, ни времени на практическую обработку получаемых научных знаний.

Четвертая причина неумения студентов практически пользоваться теоретическими знаниями заключается в том, что часть этих знаний, даже прочно запечатлевшихся в памяти, нередко оказывается вовсе неприменимой, настолько они бывают далеки от реальной практики. Между тем на их приобретение были затрачены те драгоценные часы, дни и недели, которые могли бы пригодиться для получения *действительно* полезных сведений. Наличие в учебных курсах подобных «лишних» знаний (избыточной информации) обычно объясняют необходимостью повышать общую эрудицию обучаемых, однако на деле это объяснение не оправдывается. Знания, которые даются «на всякий случай», перегружают память. Они создают иллюзию обучения, отдаляют его от практики.

Итак, уже в ходе самого образовательного процесса весьма значительная часть сообщаемых студентам знаний теряется. Еще больше забывается после обучения, если такие знания сразу же не получают подкрепления в виде практического применения.

Это происходит по одной, общей для всей традиционной системы обучения причине — обучение действиям подменено обучением знаниям, а сам процесс их приобретения отделен от процесса их применения. Таким образом, часть заблаговременно сообщаемых знаний не доносится до практики и в принципе не может быть в практике применена. Следовательно, дать 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 не может быть решена на его базе.

Возникает вопрос: как же сделать так, чтобы все сообщаемые знания были полезны и могли быть использованы в практической деятельности, чтобы студенты сразу учились применять их на практике? Для ответа на этот вопрос вернемся к схеме и проанализируем функции каждого из элементов означенной на нем структуры учебного процесса: «сообщение знаний — их запоминание — конечный результат обучения — багаж знаний».

Все эти элементы имеют одну общую функцию — обеспечить студентов разнообразными знаниями, выполняющими роль ориентиров в будущей врачебной деятельности. Имеется в виду, что, запечатлев в памяти эти знания, человек будет способен по мере надобности извлекать необходимое из кладовой памяти примерно так же, как хирургическая сестра вовремя подает хирургу инструменты при операции.

Деятельность учащегося в рамках информационной модели сводится к реализации технологии усвоения знаний, заключающейся в приеме, хранении, воспроизведении и переработке научной информации. Качество усвоения определяется тремя показателями:

- воспроизведением знаний,
- их применением по образцу,
- их использованием в нестандартных ситуациях.

Познавательная активность студентов рассматривается как движение от незнания к знанию, от неумения к умению. Ее критерии для каждого студента берутся из ориентации на «усредненного учащегося». Нормативные требования к обязательному минимуму знаний и умений не учитывают индивидуальный опыт студента, его личностные особенности, глубину освоения предметного содержания. Часто это приводит к отчуждению студента от процесса обучения, снижает его эффективность, останавливает его на пути познания.

Операциональные модели. Понимая эти проблемы, педагоги и психологи-исследователи давно задаются вопросом о том, как обеспечить человеку более эффективную ориентировку в будущей деятельности. Путь к решению этой сложной задачи в начале 50-х гг. XX в. был обозначен известным отечественным психологом П.Я. Гальпериным, автором теории поэтапного формирования умственных действий и понятий. Возникла психологическая теория, которая легла в основу совершенствования в нашей стране всей системы обучения вообще и системы профессионального обучения в частности. Появилась возможность создавать новые, более эффективные методики, значительно ускоряющие процесс становления практических навыков, обеспечивающие быстрое продвижение от ученичества к профессионализму. Так, наряду с использованием информационных моделей возникли операциональные модели обучения.

Логика рассуждений П.Я.Гальперина, поставившая под сомнение традиционную структуру процесса обучения («сообщение знаний — их запоминание — 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 ему достаточные для правильного выполнения действий зримые (наглядные) ориентиры, при опоре на которые человек, только начинающий обучаться, мог бы сразу, без получения каких-либо предварительных знаний (и их механического запоминания), безошибочно действовать в практическом плане.

Такие ориентиры были названы *схемами ориентировочной основы действия* (ООД). В схемах ООД применительно к диагностике и лечению содержатся все сведения о порядке и последовательности заданных действий и операций. Они призваны полностью ориентировать студента в осваиваемой деятельности.

Психологическая теория исходит из понимания всякого действия — мыслительного, речевого, физического (двигательного), перцептивного (деятельности органов чувств: зрения, слуха, обоняния и т.д.) — как единства взаимосвязанных и взаимообусловленных частей: ориентировочной, исполнительной и контрольно-оценочной. Без четкого понимания того, что и как делать, невозможно верно оценить результат каждого действия, прогнозировать дальнейшие действия и продолжать деятельность. Именно схемы ООД делают безошибочной ориентировочную часть действия, ибо при пользовании ими не нужно вспоминать, что, как и в какой последовательности следует делать.



Схема ООД представляет собой структурно-логическую последовательность практических действий. По форме предъявления материала в ее состав входят: схемы, таблицы, графы, учебные карты, инструкции, ряд последовательных вопросов, вспомогательные предметы — модели, устройства, указывающие правильные ориентиры действий (двигательных, перцептивных, мыслительных, речевых). Термин «схема» имеет условный и обобщенный характер. В каждом конкретном случае содержание понятия «схема ООД» может быть реализовано в тех или иных методических (ориентирующих) средствах.

Благодаря использованию схемы ООД исключаются ошибки в осуществлении ранее незнакомых действий, 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 отсутствует угроза ошибиться, нет боязни сделать что-то неправильно, если не тратится время на исправление ошибок, ложных навыков и привычек, что порой бывает равносильно переучиванию. В этом механизме и скрыт секрет сокращения времени обучения, а главное — повышения его качества.

Методика самого обучения заключается в следующем:

- обучаемый читает предлагаемую задачу, решения которой он знать не может (обучение предмету только начинается);
- затем он, следуя схеме ООД и опираясь на нее, проделывает нужные действия в соответствии с условиями задачи;
- если он строго выполнял указания схемы, при необходимости обращаясь за консультацией к преподавателю, то через какое-то время задача будет решена.

Достоинство конкретной методики заключается в том, что, будучи составлена один раз, схема ООД может применяться любыми пользователями (преподавателями и студентами), быть эффективной не только для обучения, но и для самообучения.

Таким образом, исследования психологов привели к выводу, что учить нужно не для того, чтобы давать сумму знаний, а для того, чтобы научить действовать. Действие является не чем иным, как применением знаний на деле. Согласно информационной модели обучения, оно формируется после получения знаний, чаще всего за рамками самого процесса обучения, а в рассматриваемом методе умение действовать формируется не после, а в процессе приобретения знаний, т.е. знания усваиваются в ходе их практического применения.

Операциональные модели обучения внедряются в практику преподавания большинством клинических кафедр медицинских вузов. Накоплен большой опыт построения схем ООД в соответствии с профессиональными задачами врача. Заслуга в этом принадлежит ученикам П.Я.Гальперина (в частности, Г.И.Лернер).

Для реализации операциональных моделей обучения большое значение имеют педагогический контроль, осуществляемый через систему логических нормативов (ситуационных задач), и самоконтроль по ходу выполняемых действий.

Однако и в операциональных моделях обучения не уделяется специальное внимание учету субъективного опыта студента — запаса знаний, житейских представлений, личностных ориентации, которые значимы для субъекта, но не всегда существенны с позиции логики познания. Было замечено, что использование в обучении на клинических кафедрах схем ООД, свойственных им алгоритмов и предписаний иногда снижает познавательную активность и самостоятельность особенно сильных студентов. Это послужило поводом для критики данного подхода.

Главный эффект внедрения операционально - деятельностного подхода в медицинском образовании с точки зрения педагогики состоит в четкости формулировок требований, предъявляемых к специалисту-медику на языке профессиональной деятельности, что обеспечивает подготовку студентов к решению задач и выполнению обязанностей врача. Однако важнейшие составляющие этого подхода — нормативность (соответствие стандарту, заданным нормам), управляемость и технологичность, ориентированность на среднего обучаемого — не могут быть оценены однозначно.

Личностно ориентированный подход. Основная цель личностно ориентированного подхода в образовании — способствовать личностному росту студента при сохранении всей значимости подготовки к профессиональной деятельности. Определяющей ценностью данного подхода являются личность и достоинство каждого, побуждение к творчеству, ориентированность на индивидуальность процессов самопознания и самовыражения, на нравственные аспекты образования. Его педагогическая стратегия — это стратегия сотрудничества, помощи, основанной на понимании трудностей вхождения студентов в новые и неизвестные знания и дела, на поддержке их собственных устремлений и инициатив.

Важнейшее условие успешного обучения в этом подходе — осмысленность и понимание значимости для учащихся содержания и способов деятельности. «Пусковым механизмом» профессионального становления личности признается процесс смыслообразования, основанный на способности студента к целеполаганию и рефлексии, объединяющей ценности и средства профессиональной деятельности.

Главным источником ресурсов педагогического процесса выступает деятельность самих учащихся, т. е. активность студентов. Педагог является фасилитатором, он создает психолого-педагогические условия для саморазвития, для осмысленного освоения основ профессиональной деятельности и развития профессионального сознания будущих врачей.

Критериями оценки эффективности обучения становятся показатели личностного роста студентов. Они проявляются в осознанном, зрелом отношении к обучению не как к формальной подготовке к будущей «настоящей» жизни, а как к проживанию ситуации «здесь и сейчас», что чрезвычайно важно для формирования личности и собственной профессиональной позиции. Формальные приемы оценки (например, тесты)

превращаются только в инструмент выявления степени освоения необходимой информации, знаний. Упор делается на решении реальных врачебных или моделируемых ситуаций (совместное обследование пациентов и клинический разбор случаев из практики), максимально приближенных к профессиональной жизни (решение конкретизированных клинических и психологических задач).

Стиль общения и взаимодействия между преподавателем и обучаемым, характерный для лично ориентированного подхода, базируется на следующих принципах:

- безусловном принятии партнера по общению;
 - отказе от негативных оценок продвижения и развития учащегося, внимании к продуктивности проб и ошибок;
- равноправии и искренности при взаимодействии;
 - открытости общения, возможности взаимооценок всех участников учебного процесса;
- взаимопонимании и сопереживании (эмпатии);
- сотворчестве и сотрудничестве.

В этой связи продуктивным признается общение на уровне межличностного диалога в триаде «врач-педагог—пациент—студент - будущий врач».

В настоящее время лично ориентированный подход в сочетании с операционально - деятельностными моделями широко используется для улучшения качества подготовки будущих врачей на доклиническом и клиническом этапах медицинского образования. Особенную его актуальность подчеркивают изменения социальных и профессиональных требований, связанных с включением врача в непрерывное профессиональное образование.

В системе высшего медицинского образования используются различные варианты моделей обучения и их сочетания. То, как складывается практика преподавания в конкретном вузе, зависит от множества условий. Для нас важно отметить наличие инновационного движения, которое характерно для последних 10—15 лет. Под его влиянием постепенно меняются не только методы преподавания, но часто и системы обучения будущих профессионалов.

Принципы организации педагогического процесса. В практике организации педагогического процесса мы руководствуемся определенными принципами, выдержавшими оценку и временем, и опытом. Рассмотрим их в самом обобщенном виде.

Принцип диалогизации отражает идею неограниченных возможностей человека на пути к самосовершенствованию в ходе общения с другими людьми. Педагогический процесс включает две деятельности: деятельность ученика — учение и деятельность учителя — преподавание. Их взаимодействие в современном вузе должно строиться как равноправное сотрудничество. Однако понятно, что изначально ситуация встречи преподавателя и студента всегда «неравная». В образовательном процессе высшей школы должно происходить преобразование руководящей позиции преподавателя и подчиненной позиции студента в позиции равноправных соучастников. Подобное преобразование имеет свои этапы, на которых преподаватель создает условия для большей самостоятельности студентов, формирования у них способности к самоуправлению и ее усилению. В ситуации обучения преподаватель — это не только посредник между массивом культуры, этики, знания и студентом. Важнейшая его роль заключается в актуализации и стимуляции стремлений студентов к общему и профессиональному развитию, в создании условий для их самосовершенствования. Нельзя забывать, что только в таком диалоге складываются условия для личностного роста и творческого саморазвития как студента, так и педагога.

Принцип проблематизации раскрывает творческий характер всей подготовки студента медицинского вуза, как ее содержания, так и методов. Как известно, процесс

творчества включает в себя открытие нового (в учебном процессе — «переоткрытие»): объектов, знаний, проблем, методов постановки диагноза и лечения.

В медицинском вузе содержание обучения чаще всего представлено как поиск путей и способов решения проблем, а процесс обучения — как фокусирование проблем и обретение навыков их решения. Чем более успешно принцип проблематизации реализуется на доклиническом этапе, тем более четко он осуществляется на клинических кафедрах, когда все содержание и методы обучения направлены на поиск путей и способов решения проблем.

Принцип персонализации предусматривает преодоление недостатков традиционного ролевого педагогического взаимодействия, когда учебный процесс основывается на отношениях личностей, а не ролевых участников. Благодаря этому выявляются их дополнительные функции, ресурсы и возможности: актуализируется личный опыт, учитываются стремления, действия и поступки, которые приобретают индивидуальный, а не только нормативный характер.

Принцип индивидуализации предполагает ориентированность обучения не только на так называемого «среднего» студента, но и на «сильного» и «слабого», с учетом всех их разноликих задатков и возможностей. Его реализация достигается в результате педагогических наблюдений, психодиагностики, знания способностей и склонностей студентов, а также установки на их развитие.

Принцип деонтологической направленности подготовки специалиста отражает этическую составляющую профессиональной деятельности врача и предусматривает как моральный аспект — применение принципов нравственности в специфической деятельности врачевания, — так и проблемы межличностных отношений между врачами и теми, кто не является специалистами в области медицины, и соблюдения профессиональных норм в целях исключения возможных затруднений в отношениях с пациентами и их родственниками. Деонтологическое воспитание студентов-медиков — уникальная, необычайно сложная проблема, связанная с развитием духовной культуры человека. Более подробно мы рассмотрим ее в главе 9 нашего пособия.

Формирование профессиональных действий врача (диагностика и лечение)

Модернизация учебной деятельности существенно влияет на эффективность обучения, так как позволяет опираться на основные компоненты ориентировки в реальной структуре действий врача (для студента — в ходе курации пациентов): анализ исходной ситуации, этапы, орудия и средства, критерии и способы самоконтроля.

В медицинском образовании в качестве основного способа обучения традиционно использовалось совместное (а потом и самостоятельное) «ведение» пациента врачом-педагогом и студентом. Этот реальный процесс включал все этапы обследования и диагностики, составления и реализации плана лечения, последующего обсуждения динамики состояния пациента и оценки результатов лечения. В нем происходила передача опыта врачевания от одного специалиста к другому и присвоение обучаемым профессиональных ценностей, знаний, навыков и даже индивидуальных приемов, стиля поведения и общения с пациентами и коллегами.

Обучение у наставника, учителя, мастера — одно из важнейших достижений медицинского образования. Вместе с тем этот способ передачи опыта имеет определенные ограничения. Обучение рядом с профессионалом ведет к усвоению «видимой» части опыта и к опасной недооценке «невидимой», скрытой от наблюдения, осуществляемой как бы автоматически или на основе уже сложившегося у мастера интуитивного чувства. Дистанция от «Смотри, как это делаю я» до «Делай, как я» в обучении огромна. Этот путь был весьма типичен для обучения методом «проб и ошибок» со всеми характерными для него недостатками: эмпирическими обобщениями наиболее часто встречающихся в практике случаев, увеличением сроков обучения,

трудностями и ошибками в нестандартных и нетипичных ситуациях. Проходило немало лет, прежде чем начинающий врач вырабатывал свой стиль действий, обретал свой опыт (а не повторял или копировал пусть даже очень ценный, но чужой). Среди врачей бытует трагический афоризм «У каждого доктора — свое кладбище», отражающий ту боль и цену, которую платит профессионал за обретение своего опыта.

Достижения педагогической психологии — науки, изучающей закономерности развития и изменения человека в процессе обучения и те условия, которые делают обучение успешным, — позволили сформировать новый взгляд на профессиональное образование и иной подход к процессу становления профессионала.

В высшем медицинском образовании для развития клинического мышления и профессиональных навыков стали применяться методики, созданные на основе теории поэтапного формирования умственных действий и понятий П. Я. Гальперина. Ведущие ее идеи удивительно созвучны всей логике становления медицинского образования в России. (Уже с середины XIX в. в клиническую подготовку врачей были включены три этапа: пропедевтический, факультетский и госпитальный, — которые студенты проходят в соответствующего типа клиниках терапевтического и хирургического профилей.)

Современное медицинское образование ориентировано на активную деятельность самого обучаемого при решении профессиональных задач (реальных или моделируемых). Согласно такому подходу, теоретические знания усваиваются одновременно с практическим освоением профессиональных норм и способов деятельности, а не отдельно и заранее. Эта теория предусматривает практику подготовки специалиста на основе овладения конкретными профессиональными действиями (диагностикой, лечением, профилактикой, реабилитацией) и концептуальными знаниями и навыками (профессиональным мышлением, способами общения, мануальными клиническими навыками). При этом концептуальные знания становятся «обеспечением», условием и залогом точного выполнения практических действий.

Для реализации данного подхода создаются психологические модели деятельности, благодаря которым обучаемым становится понятным, как, в какой последовательности и почему следует делать определенные операции, чтобы правильно осуществить всю деятельность.

Такие модели разрабатываются на основе психологического анализа осваиваемой деятельности. Подобный анализ дает возможность понять объективную логику деятельности: что является ее целью, в какой конечный результат эта цель должна воплотиться и благодаря каким конкретным действиям она достигается на практике; и субъективную (психологическую) составляющую этой логики, в частности почему допускаются ошибки, характерные для начинающих. Затем проводится структурирование деятельности — ее разделение на последовательные действия и операции, выделение в них ориентировочной, исполнительной и контрольной частей; выявление типичных ошибок и трудностей в процессе работы.

Созданная таким образом структура деятельности представляет наглядную картину всего: что за чем, с помощью чего и для чего выполняется. Такая уточненная структура позволяет составить подробную *ориентировочную основу формируемого действия*, указать конкретные ориентиры, которыми может руководствоваться обучаемый, осваивая новую для него деятельность. Такими ориентирами могут служить:

- последовательность этапов действия (что за чем?);
 - используемые орудия и средства (с помощью чего?);
 - критерии и способы самоконтроля (для чего выполняется?);
 - оценка завершенных действий (какой достигается результат?).
- Четкое описание ориентировочной основы действия обеспечивает правильное выполнение исполнительной части.

Таким образом, в учебном процессе модель осваиваемой деятельности представлена двумя взаимосвязанными частями: первая из них — схема ориентировочной основы

действия (учебная карта), т.е. система последовательных указаний на то, что, когда и как следует делать, которая отражает логику и технологию процесса; вторая часть — учебные практические задачи, моделирующие сам процесс деятельности, охватывающие все варианты, встречающиеся в практике (фактический материал для задач, соответствующий логике профессиональной деятельности, которая едина в различных ситуациях, может быть подобран из реальной практики или смоделирован).

Ориентирующие средства, используемые в обучении, должны обеспечить обучаемому безошибочное выполнение с первого раза ранее незнакомого действия. Для этого схемы должны соответствовать определенным требованиям.

1. Для изучения каждой темы составляется своя схема ориентировки.

2. В ней должны быть учтены все признаки понятий и их проявления в клинической ситуации, все условия, влияющие на выполнение действия.

3. Логика анализа клинической ситуации должна быть представлена в виде четкой структуры, чтобы исключить выбор не правильного направления действий обучаемого. Достигается это системой поставленных вопросов, которые формулируются также с учетом определенных требований:

а) быть понятными обучаемому;

б) быть краткими и однозначными;

в) предусматривать четкий и однозначный ответ;

г) содержать основные понятия в соответствии с научной, медицинской терминологией.

4. Каждый вопрос схемы, отражая логику и смысл осваиваемого действия, должен четко ориентировать исполнителя в последовательности выполняемых операций. Цепочка таких вопросов, четкость их формулировок направляют мысль обучаемого, постепенно подводя его к решению (акцент делается не на механическую память и припоминание правильного ответа, а на рассуждения и поиск решения и его обоснование).

Система учебных задач — это своеобразный тренажер, благодаря которому студент учится выполнять действия (деятельность).

При формировании новых действий (а не просто новых знаний) важно учиться им в реальной практической ситуации или на адекватных ей моделях. Поэтому система учебных задач охватывает все возможные варианты, встречающиеся в деятельности врача, и содержит модели разнообразных практических ситуаций, с которыми он может сталкиваться часто, а иногда, напротив, достаточно редко. Обучаемый должен приобрести умение действовать во всех случаях. Именно в этом и состоит необходимость обращения к психологическому моделированию деятельности.

Профессиональные умения и навыки, как и знания, не передаются преподавателем студенту «из рук в руки». Они формируются в самостоятельной безошибочной деятельности студента, которая организована педагогом. Главная особенность такого обучения в том, что студент действует (решает задачи) с опорой на ориентирующие средства — схемы ООД. Задача преподавателя — четко организовать и адекватно управлять самостоятельной деятельностью студентов: ставить задачи, корректировать ход их решения на основе схем ООД, фиксировать и оценивать результаты усилий обучаемых. Для этого он сознательно отказывается от привычной позиции «давать знания».

Своеобразие методики требует, чтобы в начале обучения педагог ознакомил студентов с порядком действий на занятиях, т.е. с процедурной стороной учебной деятельности. Очень важно и самому педагогу, и студенту преодолеть «школярские» установки, согласно которым сначала предьявляется «вся теория», а потом на примерах показывается, как она реализуется в жизни. Благодаря этой методике мотивирующим становится понимание того, что только самостоятельные действия по решению профессиональных задач приводят к пониманию «теории». А поэтому роль преподавателя состоит не в навязывании учебного материала, а в предоставлении

студенту возможности успешно учиться самому, в создании для этого соответствующих благоприятных условий — разработке учебно-методических материалов, схем ориентировки, выборе задач, пробуждающих активность и заинтересованность, подготовке адекватных вопросов и заданий для контроля результатов обучения.

Для обретения студентом мотивационной готовности к самообучению необходима общая ориентировка в особенностях обучения по методике поэтапного формирования умственных действий.

Задача студентов состоит в самостоятельном обучении в присутствии преподавателя — наставника и консультанта. Прежде всего для этого требуется готовность с точки зрения мотивации — понимание своих целей и ценностей: «Хочу научиться этому (для чего или ради чего)». Не менее важно осмысление и интеллектуально-познавательных устремлений — приобретение концептуальных знаний, норм и способов деятельности: «Могу научиться (знаю, чему именно и как)». Согласованное принятие педагогом и обучаемым учебных задач и установок открывает перед ними широкое пространство совместной деятельности как условие реализации личностно ориентированного подхода.

В ситуациях, связанных с оказанием реальной помощи пациенту, роль преподавателя заключается в создании условий для рефлексии обучаемого — обдумывания, анализа предстоящих и уже выполненных действий, их обоснования, оценки их правильности или ошибочности с точки зрения требований, которые диктует всякая конкретная ситуация (клиническая, деонтологическая, социальная). Этому служат так называемые целевые паузы, выделяемые на тех этапах, когда необходимо проанализировать меняющуюся клиническую картину, сравнить свои действия с профессиональной нормой, предупредить возможное осложнение ситуации. В качестве речевого этапа — проговаривания — используются обсуждения клинических случаев (аналогичные врачебным конференциям и анализу записей в историях болезни).

Главной целевой установкой для студента является вдумчивый, заинтересованный подход ко всем своим действиям, а не стремление «все знать и все уметь».

При очевидном различии учебных (модельных) и реальных ситуаций их объединяет одно: если будущий врач стремится действовать профессионально, то ему надо уметь правильно рассуждать и мыслить в соответствии с логикой норм и способов деятельности. Практические или моделирующие практику задачи и упражнения, решаемые студентами с использованием ориентирующих схем, исключающих ошибки, направляют их мыслительные действия в нужное русло, приводят к овладению общим способом целенаправленного анализа условий ситуации (что дано и что надо найти) и в конечном счете к освоению данной деятельности.

Однако следует отметить, что игнорирование принципиальных различий между практическими и моделирующими задачами недопустимо, ибо встреча и работа с реальными проблемами пациентов учит студентов принимать и справляться с неопределенностью ситуации, критически относиться к своему опыту, творчески применять профессиональные навыки. Работа с конкретными реальными проблемами является особым видом совместной деятельности студентов и преподавателей, в которой заключены возможности для создания творческой развивающей атмосферы.

Успешная профессиональная практика в условиях клиники (умение работать с проблемами пациентов в реальных условиях и в контакте с другими подразделениями на основе междисциплинарного подхода) может быть осуществлена через рефлексивное проектирование и системное построение учебной ситуации. При этом необходимо учитывать специфику обучения на каждой из клинических кафедр, в процессе которого могут возникать определенные трудности:

- при использовании схем ориентировки в условиях реальной помощи пациенту невозможно действовать по схеме (в последнее время функции таких схем стали выполнять разработанные преподавателями кафедр «схемы истории болезни», в которых формулируется последовательность этапов действий при диагностике, лечении и оценке

его результатов);

- при решении всевозможных проблемных задач, которые не имеют однозначного (правильного или неправильного) ответа и предполагают неопределенность, критерием адекватного выбора является необходимость оказать помощь пациенту, а не требования собственно процесса обучения;

- освоение системы профессиональных отношений и ценностей, навыков межличностного общения, которые формируются через организацию взаимодействия между людьми в совместной деятельности, происходит в иной логике, чем усвоение знаний и действий.

Методы обучения

Проблема поиска и выбора методов обучения является для отечественной педагогики центральной. Особый интерес для любого творческого педагога всегда представляет вопрос о том, какие методы наиболее современны, наиболее эффективны. «Любая метода хороша», — замечал еще Л.Н.Толстой в середине XIX в., когда отстаивал новации и противостоял догматизму в обучении. Однако как человек, проникший в глубины человеческой сущности, много мыслей и сил отдававший педагогической деятельности, он понимал, что, казалось бы, самый обычный и знакомый метод (например, объяснение, беседа) в руках мастера обладает огромным творческим потенциалом и не может в таком случае рассматриваться как устаревший.

Действительно, даже привычные методы в контексте лично ориентированной педагогики приобретают иную окраску, с их помощью реализуются гуманитарные цели и ценности, они способствуют осмыслению обучения. С помощью этих методов видоизменяются роли участников педагогического процесса — преподаватель становится помощником студентов: его цель не только «вооружение» знаниями, приемами, развитие познавательной сферы, но и формирование личностной зрелости будущих врачей. Кроме того, многие из таких методов, как, например, беседа, всегда вызывают у студентов живой интерес.

В учебной ситуации диалог осуществляется в триаде «врач-педагог—пациент—студент - будущий врач», где первый выступает в качестве эксперта, приглашающего студента к проведению экспертизы и показывающего ему, что исследование проблемы включает не только выявление симптомов, анализ анамнеза заболевания, адекватную трактовку объективных данных осмотра (опроса, обследования), но и постижение их ценностно-смысловых оснований и причин. При этом врач-педагог неизбежно сталкивается с особенностью гуманистического подхода — признанием сложности, противоречивости, постоянной изменчивости, неповторимости человеческого в человеке.

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

Методы обучения являются одним из важнейших компонентов педагогического процесса наряду с его целями и задачами, содержанием, организационными формами и результатами. Так, метод обучения служит:

- для обмена информацией между преподавателем и студентом (словесной, наглядной, практической);

- управления познавательной деятельностью студентов (непосредственного, опосредованного, самоуправления);

- общения преподавателей и студентов (фронтального, группового, индивидуального);

- стимулирования и мотивации учения и деонтологического воспитания;

- контроля за эффективностью учебной деятельности.

Вначале метод обучения существует как проектируемая преподавателем модель учебно-профессиональной деятельности, а затем реализуется на практике как

совокупность конкретных приемов, действий, операций. Например, метод решения задачи состоит из различных приемов:

- выделения существенных и несущественных симптомов заболевания;
- формирования учебных гипотез (предположение о диагнозе);
- их доказательства (обоснование диагноза, способов лечения, профилактики);
- формулирования выводов, обобщений и др.

В практике медицинского образования закрепился термин «активные методы обучения». В свое время он отражал общую тенденцию отхода педагогики от традиционных догматических пассивных методов обучения, в которых преподаватель выступал транслятором знаний, информации, а используемые им методы должны были облегчить студентам ее восприятие. Происхождение этого термина связано также с педагогическими течениями начала XX в. за демократизацию образования в Западной Европе и Америке. В тот период данный термин относился к педагогическому процессу в начальной и средней школе. И только в ходе реформ высшего образования в 60-е гг. XX в. в США, Франции, Великобритании и ряде других стран он стал использоваться применительно к высшему образованию в противовес «пассивным методам обучения».

Среди активных методов обучения в медицинских вузах выделяются:

- лабораторные практикумы (изучение материальных и материализованных объектов; препаратов, муляжей, приборов, макетов, фантомов);
- решение клинических задач, выполнение мануальных действий на моделях или пациентах (навыки пальпации, перкуссии, аускультации, остановка кровотечения, искусственное дыхание и т.д.);
- учебные ролевые и деловые игры;
- учебно-исследовательская работа студентов (УИРС) и научно-исследовательская работа студентов (НИРС); рецензирование и реферирование литературы, выполнение курсовых и дипломных работ, составление учебной истории болезни.

Большинство указанных методов обучения носит проблемный характер. Они наиболее адекватно соответствуют логике врачебного (профессионального, клинического) сознания и мышления, поэтому они предпочтительны для всего периода обучения в вузе. Степень самостоятельности студентов должна возрастать по мере продвижения, 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 у студентов способность к творческой профессиональной деятельности и потребность в ней, развить мыслительные способности, рефлексивность и целеполагание. Использование проблемно-поисковых и исследовательских методов обучения во внеаудиторное время определяет систему учебно-исследовательской (УИРС), научно-исследовательской работы студентов (НИРС).

Формы организации учебного процесса

Вузовская лекция. В медицинских вузах России наиболее распространены следующие формы обучения: лекции, практические занятия, семинары, лабораторные работы и практикумы, самостоятельная работа студентов под контролем преподавателя, производственная практика.

В век новейших информационных технологий лекции по-прежнему остаются одной из ведущих форм обучения в медицинском вузе. Заменить живое общение лектора со студентами не удастся даже ставшему столь популярным среди молодежи Интернету. Однако выражение древних *vivavoxdocet* («живой голос учит») остается верным только в тех случаях, когда лектор использует живой язык, а не академический язык диссертаций, теоретизированный и не затрагивающий внутренний мир слушателей.

В медицинском вузе особое место занимают клинические лекции, которые издавна использовались 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: М.Я.Мудрова, Н.И.Пирогова, С.П.Боткина, Н.В.Склифосовского, В.А. Опеля, В. И. Воячека, В.Ф.Войно-Ясеницкого, И.В.Давыдовского, Н.Н.Еланского, А.В.Вишневого, В. П. Покровского и других.

Впервые стремление выступать с лекциями и слушать их возникло в Древней Греции; лекции получили развитие в Древнем Риме и широко использовались как основная форма обучения в Средние века. Успешное и оправданное их существование продолжается и по сей день. Слово «лекция» происходит от латинского корня «lectio» («чтение»), что и отражало первоначальную методику ее проведения как чтения текстов первоисточников, иногда с небольшими комментариями.

В России в XVIII в. лекции благодаря М. В.Ломоносову начали читать на русском языке. Постепенно лекция, отражая нравственную позицию автора, стала использоваться для систематического изложения научных знаний и влияния на аудиторию с целью формирования определенного мировоззрения.

В настоящее время в медицинском вузе чтение лекции в учебном процессе необходимо в следующих случаях:

- 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 эффективной формой эмоционального воздействия, направленного на становление профессионального самосознания и профессиональной позиции, деонтологическое воспитание личности, формирование осмысленного отношения к профессиональной подготовке. Подчеркнем преимущества лекции: творческое непосредственное общение лектора с аудиторией, сотворчество, эмоциональное взаимодействие, экономный способ приобщения студенческой аудитории к новым достижениям науки, способ мотивации к последующей самостоятельной работе.

Применительно к высшему медицинскому образованию критериями продуктивности лекции можно считать:

- научность, информативность, доказательность, аргументированность содержания; наличие ярких, убедительных примеров, фактов;
- преимущественное использование проблемной формы предъявления материала;
- четкая структура и логика его раскрытия;
- 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 взаимодействия с аудиторией, создание условий для активизации мышления, использование парадоксальных приемов, эффекта новизны, занимательности, элементов дискуссии, постановка вопросов исследовательского характера и вовлечение студентов в «лабораторию» клинического мышления;
- наличие в содержании гуманитарных целей и ценностей.

Приоритет гуманистических ценностей развития личности, внимание к тем психолого-педагогическим условиям, которые необходимы для саморазвития, для актуализации лучших свойств личности, побуждают преподавательский состав медицинских вузов к поискам новых лекционных форм. К таким новациям мы относим проблемную лекцию, лекцию вдвоем, лекцию-визуализацию, лекцию с заранее запланированными ошибками и лекцию-конференцию, или консилиум.

Проблемная лекция, в целом связанная с творческим обучением и умением преподавателя создать проблемную ситуацию, — весьма древняя форма. Прием обучения через преодоление и разрешение противоречий открыли миру так называемые

сократические, эвристические беседы, связанные с именем древнегреческого философа Сократа. Для проблемной лекции характерны создание дискуссионной ситуации, ее актуализация (силами лектора или с помощью слушателей), представление нового материала в виде проблемной задачи, поиск средств для ее решения (размышления лектора, привлечение к ним слушателей), следование шаг за шагом к искомой цели как к своеобразному открытию.

Процесс познания у студентов в ходе такой лекции приближается к поисковой, исследовательской деятельности. Лектор предусматривает также условия для перехода в дальнейшем от учебно-познавательной к учебно-профессиональной деятельности на практическом занятии. По мере вовлечения студентов в решение той или иной задачи повышается уровень проблемности лекции: студенты могут увидеть и объяснить, в чем состоят противоречия, принять активное участие в поиске способов решения. А это уже свидетельствует об устойчивой обратной связи, отсутствие которой является основным недостатком информационной лекции. Поэтому можно говорить о проблемной лекции как о соответствующей требованиям диалогового (интерактивного) обучения.

В медицинском вузе на доклиническом этапе обучения, когда эффективно реализуется принцип наглядности (на кафедрах биологии, патологической анатомии, гистологии, физиологии и др.), наиболее распространена лекция-визуализация.

Визуализированная лекция представляет собой систематизированную, методически обработанную устную информацию, преобразованную в визуальную форму, которая служит опорой для формирования умственных действий и понятий, для лучшего осмысления студентами этапности их отработки. Собственно такая лекция сводится к комментированию подготовленных визуальных (или аудиовизуальных) фрагментов.

В задачи преподавателя входит создание условий для систематизации студентами имеющихся материалов, усвоения ими новой информации, понимания причинно-следственных связей и зависимостей, выявления и решения проблемных ситуаций, выбора разных способов визуализации (натуральные объекты, рисунки, схемы). Лекция-визуализация проходит успешно при соблюдении ряда эргономических требований: расположения объектов в соответствии с закономерностями зрительного ряда (слева направо и сверху вниз), плотности содержания информации в кадре и т.д.

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

Если ее темой служит дискуссионный материал, например выявляются точки зрения представителей разных научных школ, то необходимо соблюдать ряд условий, свойственных ведению дискуссий (диалог преподавателей должен демонстрировать культуру дискуссии); возможно привлечение к такому диалогу студентов с уточнением их отношения к обсуждаемому.

Лучше всего лекции вдвоем удаются в тех случаях, когда лекторы обладают интеллектуальной и личностной совместимостью, владеют развитыми коммуникативными умениями, способны к быстрой реакции в ходе обсуждения и к импровизации. Такая форма проведения занятия создает условия для актуализации имеющихся у студентов навыков, необходимых для диалога, что позволяет им более глубоко и всесторонне понять изучаемые проблемы, их связь с практикой. Кроме того, она служит естественной преградой догматизму и конформизму, опасность которых возникает при преобладании информационных лекций.

Лекция с заранее запланированными ошибками выполняет одновременно мотивационные, диагностические и контрольные функции. В медицинском вузе

материалом для подобной лекции могут стать врачебные ошибки (диагностические, поведенческие, этические и т.д.).

При подготовке к такой лекции преподаватель вводит в ее содержание определенное количество ошибок, а после нее предлагает студентам их перечень для совместного обсуждения, запланированного в конец занятия. Приступая к лекции, он не скрывает свой замысел и просит слушателей фиксировать те ошибки, которые будут замечены.

Эта форма проведения занятия мотивированно побуждает студентов к внимательному слушанию, а лектору позволяет оценить степень понимания ими учебного материала.

Лекция-консилиум, или конференция, предполагает, что, сообщив студентам тему, лектор просит их в письменном виде задать интересующие их вопросы, сортирует эти вопросы по содержанию и после этого приступает к занятию. Лекция строится как связный, структурированный текст, в который включаются ответы на вопросы слушателей. В конце проводится анализ вопросов, отражающих интересы и уровень знаний студентов, и ответов на них, заключенных в самом докладе педагога.

Такую лекцию можно проводить: в начале определенного цикла занятий для выявления потребностей, интересов, возможностей, установок студентов и слушателей факультета повышения квалификации; в его конце — для систематизации и подведения итогов, уточнения дальнейших перспектив работы; в середине — для мотивации, создания атмосферы сотрудничества и внимания к проблемам обучающихся.

Семинарское занятие. Такая форма обучения, как семинар, в истории образования известна еще с периода становления первых европейских университетов (примерно в XI — XIII вв.). Эпоха Возрождения после «темных» времен Средневековья характеризовалась всплеском стремления к образованию, к обновлению. В то время преподавание в европейских университетах, изначально создававшихся при соборах и монастырях, велось на латинском языке. Первые лекции, представлявшие собой обращение к приобретенным знаниям, читали с кафедры (по подобию алтаря в церкви) служители церковных библиотек. При этом слушатели имели возможность записать текст, тем самым размножив его, но не всегда понимали смысл прослушанного. В такой ситуации и стали необходимыми особые занятия, основной целью которых был разбор лекций или книг, содержащих знания в той или иной области.

Главными отличиями семинаров от других видов вузовской учебной работы являются дискуссионная форма их проведения и большая самостоятельность студентов, возможность проявления ими личных качеств и учебных притязаний. По способу и характеру организации различаются семинары вводные, обзорные, самоорганизующиеся, проводимые в форме «круглого стола», получившие название «мозгового штурма».

Вводный семинар, как правило, предшествует изучению темы и предполагает актуализацию знаний и опыта студентов: под руководством преподавателя они, чаще всего коллективно, собирают информацию, касающуюся запланированной темы, классифицируют ее по подтемам и разделам.

Обзорный семинар предусматривает самостоятельно подготовленный студентами обзор определенной темы с использованием учебных материалов, рекомендованных преподавателем. Безусловно, приветствуется привлечение и дополнительных источников информации. Обзор строится примерно по такому плану:

- 1) смысл данной проблемы;
- 2) возможные направления рассуждений, существующие в рамках рассматриваемого вопроса;
- 3) описание изучаемых объектов;
- 4) различные варианты освещения данной темы в разных источниках;
- 5) возникшие по ходу обсуждения вопросы.

Всамоорганизующемся семинаре студентам предоставляется возможность самостоятельного выбора цели обучения в рамках темы на определенный отрезок учебного времени. Эта форма работы весьма эффективна при условии высокой

познавательной мотивации студентов, наличия в студенческой группе достаточных навыков самоорганизации.

«Круглый стол» предполагает равноправный обмен мнениями по изучаемой теме между студентами и приглашенными экспертами «на равных». Понятно, что подобная атмосфера достигается благодаря предварительной хорошей подготовке. Эффективность работы значительно повышается, если в качестве эксперта выступает специалист, имеющий особый взгляд на обсуждаемую проблему. В таком случае за небольшое количество времени и в живом общении удастся выявить и уяснить спорные моменты, а иногда и значительно выйти за границы обсуждаемого вопроса.

«**Мозговой штурм**» — так на межвузовском жаргоне называются семинары, в ходе которых преподаватель ставит перед студентами практическую задачу, решение которой требует от них мобилизации всех необходимых знаний «прямо сейчас», сию минуту. Успешность обучения при этом зависит от умелой организации коллективной работы всей группы. Для этого всем участникам надо придерживаться определенных правил (по А. Ф. Осборну):

1) исключаются замечания и критические высказывания «с места»: они мешают четкой формулировке идей;

2) приветствуется «парение мыслей» — чем необычнее идея, тем интереснее проходит обсуждение;

3) поощряется возможно большее число предложений, так как это повышает вероятность появления новых идей;

4) желательны комбинации идей (и их вариативность), а так же их развитие;

5) высказываться следует кратко, избегая развернутой аргументации;

6) полезно «разделение труда»: одни генерируют идеи, другие доводят их до совершенства.

Практическое занятие. В медицинском вузе на эту форму обучения отводится значительная часть времени, и она имеет свои особенности. Рассмотрим структуру практического занятия, выделив в нем наиболее типичные этапы.

После организационных моментов (первый этап занятия) преподаватель, как обычно, приступает к проверке исходного уровня знаний (второй этап). Традиционный опрос является одной из возможных, но малоэффективных форм проведения этого этапа. Студентам выборочно предлагается выполнить несколько заданий из методических указаний либо заданий, заранее выбранных преподавателем. Отвечать можно как устно, так и письменно, при условии, что затраченное на это время не превысит намеченного. Тематика задач (или заданий) зависит от цели занятия, сложности рассматриваемого вопроса и уровня знаний группы.

Третий этап занятия представляет собой решение ситуационных задач (имитирующих клинические ситуации). Традиционно эта часть занятия посвящается разбору преподавателем теоретических вопросов (микролекция), что оправдывается необходимостью подготовить студентов к работе с больными или отработке действий на фантомах. Такое положение не совместимо с представлением о развитии деятельности студентов, которая должна обеспечиваться схематизированными средствами обучения. Обязательными условиями успешности практического занятия являются собственная активность и самостоятельная работа студентов с методическими указаниями. В них содержатся задачи и схемы, которые ориентируют обучаемых в материале и обеспечивают их четкую работу на этапе ведения пациентов.

Если тема сложная и группа недостаточно подготовилась к ее обсуждению дома, что обнаруживается при проверке знаний, то лучше начать с анализа схемы ООД, который выполняют студенты, но руководит ими преподаватель. Он дает необходимые разъяснения, задает направляющие вопросы, предлагает небольшие задачи, после чего студенты с помощью схемы самостоятельно решают учебные задачи. Иногда бывает полезно всей группой обсудить одну из наиболее интересных задач.

Возможен и иной вариант проведения этого этапа практического занятия. Преподаватель поручает всей группе решить одну наиболее полную и интересную задачу с использованием схемы. Кто-нибудь из студентов начинает решение, остальные контролируют его по схеме и вместе с преподавателем направляют его действия. Групповое обсуждение процесса решения задач — особенно интересная и вместе с тем сложная форма работы, так как требует от педагога и студентов внимания и постоянной готовности к действиям. В медицинском вузе такая работа особенно важна, поскольку врач обязательно должен уметь правильно формулировать свои мысли, четко обосновывать принятые решения, чему как раз и учит коллективная работа и обсуждение клинических случаев. Следует подчеркнуть, что, в отличие от традиционных форм проведения практических занятий, в данном случае студенты получают возможность принимать решения с учетом основных принципов диагностики и лечения, формулировать и обосновывать ответы с помощью схемы. После обсуждения можно переходить к самостоятельному решению сходных задач.

Еще один вариант проведения таких занятий предполагает, что студенты хорошо поработали, готовясь к нему, и уже неоднократно занимались по методическим указаниям. Поэтому им сразу предлагается самостоятельно с опорой на схемы решить одну-две задачи, сообщить преподавателю результаты, а затем, если необходимо, кто-то из них выступает с устным объяснением своего решения, а остальные проверяют его по схеме. Работа над различными задачами по схемам должна сопровождаться использованием слайдов, рентгенограмм и т.д.

Опыт экспериментального обучения позволяет рекомендовать и четвертый вариант проведения практических занятий. Студенты решают учебные задачи в игровой ситуации, когда один из них берет на себя роль пациента, а остальные — врачей. При этом содержание избранной ситуации должно быть типичным для клинических случаев. Так, «пациент» моделирует определенное заболевание и анамнез, «врачи» на основании опроса и по возможности осмотра ставят диагноз. Подобная игра может проводиться и попарно: один студент — «больной», другой — «врач». Условием правильного проведения таких игровых ситуаций является использование схем ООД, что позволяет каждому адекватно выполнять свою роль и помогает усваивать намеченные в занятии действия.

Использование игровой формы приближает учебные занятия к реальным ситуациям работы врача; они проходят живо и занимательно, что значительно повышает заинтересованность и активность студентов. Однако организация игр требует много времени, поэтому они используются при отсутствии тематических больных.

Третий этап в том виде, как он описан выше, осуществляется на клинических занятиях. Для фантомных курсов, которые предшествуют работе с реальным пациентом, рекомендуется работа на фантомах с обязательным использованием схем, однако решение клинических ситуационных задач не исключается.

Четвертый этап занятия состоит в самостоятельной работе студентов с больными, и на него отводится основное время. В некоторых случаях, например для тем по хирургии внутри этапа «курация больных», возможно выделить отдельные компоненты: работа в палате, участие в перевязках, присутствие на операциях. И хотя курация больных является признанной 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 взаимоотношений «врач — пациент». Важно, чтобы студенты принимали пациентов самостоятельно и могли ознакомиться с различными видами заболеваний. Результаты приема обязательно отражаются в самостоятельно заполненной истории болезни.

Завершает занятие пятый этап — контроль результатов усвоения. Строится он в форме обсуждения хода курации больных, которое организуют ассистенты, либо с каждым студентом индивидуально, либо со всей группой. Такая форма работы, являясь вариантом клинической конференции, обеспечивает формирование у студентов грамотной

профессиональной речи, что непосредственно связано со становлением клинического мышления.

Вариантом контроля результатов усвоения может быть решение клинических задач. Для этого подбираются задачи, в которых ответом служит и оценивается сам ход рассуждения, поэтому для сокращения времени они могут выполняться в письменной форме.

Ситуационно-ролевые, или деловые, игры. В последние годы широкое распространение в высшем медицинском образовании получили ситуационно-ролевые, или деловые, игры. Суть их состоит в импровизированном создании ситуаций, моделирующих некую типичную деятельность, решение проблем, возникающих в ходе этой деятельности. В игре участвуют несколько человек, выполняющих различные роли. Одна и та же ситуация может проигрываться несколько раз, чтобы дать возможность всем студентам ознакомиться с функциями разных действующих лиц.

Существуют многочисленные модификации ситуационных игр с использованием различных методик. Их выбор определяется конкретными задачами обучения. Важнейшим моментом является характер задаваемой ситуации, которая включает в себя сюжет игры, поставленную проблему, особенности предусмотренных отношений и исполняемых ролей. При выборе ситуации надо учитывать следующее:

1) ее содержание должно быть адекватным реальной деятельности, т.е. правильно моделировать ее;

2) проблемы, возникающие в ходе игры, должны быть значимы для ее участников.

Обязательное условие эффективности обучения — проигрывание нескольких игр, предъявляемых с учетом нарастающей степени сложности, так как участие в однотипных играх обычно не дает желаемого результата.

Специалисты в области разработки деловых игр выделяют игры с достаточно жестким сценарием и ролевые игры свободной импровизации на заданную тему. В первом случае указываются эталоны действий на каждом этапе, допускаются лишь возможные варианты состояния объекта имитации (в клинических случаях — пациента или его родственников) в зависимости от характера действий играющих (правильных или ошибочных). Для каждого из таких вариантов также имеются соответствующие эталоны действий и формы поведения (состояния) в зависимости от принимаемых последовательных решений и т.д.

В медицинском образовании используются различные виды деловых игр, представленные разными методами.

Игра «врач—пациент».

1. Викторина «Что? Где? Когда?».

Получив определенную информацию, студенты обсуждают между собой, что следует предпринять в данной ситуации и необходимы ли дополнительные сведения (консультации специалистов, проведение лабораторных и инструментальных исследований и т.д.). Приняв согласованное решение, они сообщают его ведущему или вводят в 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 такой игры в последовательном или произвольном порядке роль врача поручается разным студентам.

3. Проигрывание ситуации в микрогруппах с последующим обсуждением. Ведущими в микрогруппах могут быть наиболее подготовленные студенты.

Игра «консилиум» — распределение ролей между студентами производится в зависимости от числа участников, вместе с тем в каждой роли могут последовательно выступать несколько студентов.

Комплексные игры типа «отделение больницы», «поликлиника», «стационар», «санитарно-эпидемиологическая станция» и т.д. Подобные игры можно использовать в ординатуре, на кафедрах социальной гигиены и организации здравоохранения, общей

гигиены. Они наиболее близки к широко применяемым управленческим играм, но в то же время сохраняют свою медицинскую специфику.

Ролевые игры без жесткого сценария не имеют четких эталонов действий и представляют собой 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, выбранную из реальной жизни (например, разыгрывание различных психологических ситуаций общения врача с больными).

Образовательная диагностика — педагогический контроль и самоконтроль

Диагностика результатов обучения является обязательным компонентом образовательного процесса, позволяющим и преподавателям, и студентам судить о достижении целей обучения, о степени сформированности учебных действий и усвоении знаний, о понимании студентами смысла учебной деятельности, т.е. об эффективности обучения. Образовательная диагностика — достаточно сложный и многоплановый процесс определения результатов учебной деятельности студентов и преподавателей с целью их осмысления и анализа и, в случае необходимости, коррекции всего процесса. При этом уточняются цели обучения (они могут быть слишком общими или частными, могут не соответствовать определенному этапу обучения и т.д.), а также его содержание, избираются более адекватные или внедряются новые педагогические технологии, используются дополнительные методы и средства обучения, фиксируются результаты, и они соотносятся с целями.

Анализ и оценка достигнутого осуществляются с помощью средств педагогического контроля и самоконтроля, позволяющих достаточно точно выявлять уровень и качество усвоенных студентами знаний, умений и навыков, степень сформированности учебных действий, а также «внутренних» приращений, связанных с индивидуальными особенностями понимания студентом содержания обучения и под его влиянием осмысления себя самого, своих изменений. В этом сложном процессе отметка является лишь условным обозначением оценки и может быть заменена рейтинговым баллом, заключением готовности (или не готовности) к практической деятельности.

Чрезвычайно важно, чтобы студенты понимали функции педагогического контроля, для того чтобы они могли сотрудничать с преподавателями и содействовать совершенствованию образовательного процесса. (Как свидетельствует практика, зачастую педагогический контроль приводит к отчуждению между преподавателями и студентами, к возникновению психологических барьеров и взаимного недоверия.)

К функциям педагогического контроля относятся:

мотивационная функция — педагогический контроль поощряет образовательную деятельность студентов и стимулирует ее продолжение;

диагностическая функция — педагогический контроль позволяет выявить уровень подготовки и установить причины успеха или неудачи студентов;

обучающая функция — педагогический контроль позволяет выявить, систематизировать, уточнить полученные знания, умения, навыки;

воспитательная функция — формирует самосознание студента и его самооценку в учебной деятельности, необходимое отношение к предмету и профессии, ответственное отношение к занятиям; побуждает к развитию своих способностей, т. е. личностному и профессиональному росту.

Какие же виды педагогического контроля используются в практике высшего медицинского образования?

Уже на первых курсах студенты сталкиваются с такими его видами, как предварительный (диагностика исходного уровня знаний), текущий, рубежный и итоговый контроль.

Само их название говорит, что все они связаны с временным фактором. Формы их реализации и применяемые методы могут быть различными, но в целом они образуют четко продуманную систему контроля, которая позволяет управлять качеством подготовки специалиста и контролировать его.

Качество подготовки студента-медика — основной показатель эффективности работы кафедры, факультета и вуза в целом. А это напрямую связано с рейтингом того или иного медицинского вуза в нашей стране или в системе медицинского образования России в образовательном пространстве стран СНГ.

Как важная составляющая в задачу педагогической подготовки входит понимание студентами образовательной стратегии вуза, в котором проходят лучшие годы их жизни, осознание и принятие ими методов и форм педагогического контроля, с которыми они сталкиваются в течении этих лет ежедневно.

Именно поэтому мы остановимся подробнее на содержании, методах и формах контроля и постараемся выявить, *что именно, каким методом и в какой форме должно контролироваться*. Сразу оговоримся, что традиционно педагогическому контролю подлежат знания, умения, навыки, которые проверяются с помощью письменных контрольных работ, собеседований, зачетов, экзаменов.

С конца 70-х гг. XX в. в медицинских вузах стали использоваться тесты для проверки знаний и ситуационные задачи для оценки развития клинического мышления, выявления того, насколько студенты понимают связь между теоретическим материалом и практическими действиями, умеют ли анализировать, обобщать материал и прогнозировать развитие ситуаций.

Внедрение тестов и ситуационных задач, которые также можно назвать «педагогически ориентированными» тестами, позволяет проанализировать этот опыт с позиций как студента, так и преподавателя.

Тесты активно вошли в медицинское образование в период своеобразного тестового бума 60-х гг. XX в. на Западе, сопряженного с разработкой и внедрением программированного обучения. Идея программированного обучения предусматривала создание такого способа подачи учебной информации, который требовал бы постоянной обратной связи после каждого шага обучаемого, корректировки его действий, увеличения темпов усвоения этой информации. Опыт использования программированного обучения на клинических кафедрах медицинских вузов обнажил недостатки методологии этого подхода, который нельзя было считать универсальным, и выявил немало его негативных сторон. Интересно, что и наши зарубежные коллеги сами достаточно критично отнеслись к тестовым методикам, многие из которых оказывались неадекватными специфике медицинского образования, но все же могли быть использованы если не для педагогического контроля, то для самоконтроля студентов. Весьма любопытно сравнение теста как диагностического инструмента с термометром в нашумевшей на Западе книге «Суд над системой образования: стратегии на будущее».

Термометр показывает 37 °С. 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 °С, 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 отсутствии 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 стандартизованного теста столь же приблизительно выявляют здоровье вуза, как и термометр определяет здоровье человека. Однако термометр хотя и поверхностный, но доброкачественный индикатор. Баллы стандартизованного 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 обследуемых 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 стандартизованных тестовых баллов.

Переход к личностно и проблемно-ориентированному обучению настоятельно требует от преподавательских коллективов медицинских вузов разработки систем педагогического контроля, которая будет открытой и понятной студентам, сможет обсуждаться в специальных группах, подвергаться экспертной оценке и корректировке после проведения зачетов и экзаменов. Результаты оценки знаний и действий студентов должны стать объектом их собственных интересов, служить для них постоянным и надежным показателем успешности продвижения к избранной профессии.

Базой реализации достоверной системы контроля является всестороннее использование компьютеров, технических аудиовизуальных систем и современные формы ее осуществления, отражающие условия профессиональной деятельности врача, а именно — имитационные деловые игры, которые также с успехом могут внедряться на базе компьютерной техники. Компьютер не может заменить преподавателя, но он повышает уровень, степень объективности оценок и заключений, делает знания достижимыми для каждого студента с учетом его личностных особенностей, индивидуального стиля деятельности, темпа обучения.

Что выявляет преподаватель в ходе контрольно-оценочных процедур? Как эксперт и наставник, он выделяет показатели учебной и будущей врачебной деятельности студента: уровень сформированности основ профессиональной деятельности, степень мотивации к конкретному предмету, дисциплине и профессии в целом, уровень интеллектуального, психологического, нравственного развития студентов с учетом их индивидуальных особенностей и характера межличностных отношений.

Особенно ценными в этом отношении являются разработки клинических кафедр МГМСУ, например задания, моделирующие клинические ситуации и тесты для выявления основных умений врача лечебного профиля.

Задачи и вопросы для контроля исходных знаний служат для самоподготовки и самоконтроля студентов. Их содержание для занятий каждого вида (вводных, заключительных, пропедевтических, госпитальных) зависит от задачи, которая ставится перед студентами при самоподготовке, от сложности темы и поставленной на занятия цели.

До начала занятия целесообразно уяснить знание общетеоретических вопросов, основных определений и классификаций, а также умение выполнять различные диагностические и лечебные действия по ранее изученным дисциплинам и темам учебного плана. При подборе содержания задач для контроля исходных знаний следует учитывать материалы схем ООД и ЛДС (логико-дидактической структуры), особенно те вопросы, которые там лишь обозначены, но подробно не изложены.

Форма задач должна удовлетворять следующим условиям: быть четкой, предусматривать однозначные ответы и краткие решения. В медицинских вузах широкое распространение получили тесты, в которых студентам из нескольких ответов на вопрос предлагается выбрать правильный. Однако этого недостаточно, чтобы оценить знания студента, так как ответ может оказаться случайным (выбранным наугад). Для повышения

достоверности такого контроля рекомендуется в одном задании использовать несколько тестов. Более компактными являются схематизированные задачи-таблицы, в которых студент должен одновременно указать взаимозависимость ряда явлений, выделить соподчиненные и причинно-следственные связи. Эти задачи строятся по следующей схеме: предлагается вопрос и дается таблица с ответами, среди которых студент отмечает знаками «плюс» — верные и «минус» — неверные.

Для проверки точности понимания студентом некоторых положений, основных понятий медицинской науки чаще всего используются вопросы, сформулированные в терминах действий («Укажите анатомические нарушения при скрытых расщелинах неба», «Дайте определение понятия "пародонтит"» и т.п.), для контроля исходных знаний вводится клинический материал — контрольно-диагностические модели, слепки, рентгенограммы, слайды.

Для уточнения и проверки исходных знаний и одновременной самоподготовки студентов используются клинические ситуационные задачи и задачи из уже пройденных тем. Число заданий для контроля, как правило, соответствует числу основных вопросов темы, иногда в них включается предшествующий материал, если он будет необходим студентам на данном занятии.

Рассматривая суть и особенности образовательной диагностики, необходимо еще раз подчеркнуть, как важно для студентов понимать, существуют ли объективные ориентиры для оценки результатов их учебной деятельности и каковы они.

Традиционно такими ориентирами являются:

- конкретные предметные знания, смысл и содержание основных понятий по фундаментальным дисциплинам (анатомии, биологии, физиологии, биохимии);
- познавательные и практические навыки;
- способность действовать самостоятельно в учебных и реальных ситуациях;
- проектная продукция, в которой проявляется способность не только к нормативной, но и к творческой деятельности, в том числе и в нестандартных ситуациях.

До недавнего времени в число таких ориентиров не входили навыки профессионального общения и деонтологического поведения.

Образовательная диагностика направлена на выявление и оценку двух сторон учебной деятельности — внешней (материализованной образовательной продукции студентов) и внутренней (личностной — самопознание и самовоспитание). Если в традиционном, информационном подходе основное внимание уделялось внешним образовательным продуктам, то при личностно ориентированном подходе не менее важными являются личностное становление человека, специалиста в процессе учебной деятельности, развитие его профессионально значимых качеств, обретение им навыков чуткого и проницательного взаимодействия с окружающими. Для будущего врача большую роль играют такие личностные качества, как целеполагание, рефлексия, способность генерировать гипотезы, идеи, обнаруживать причинно-следственные связи, смысловое и системное видение процессов и явлений, инициативность, адекватная самооценка. Эта сфера пока остается за пределами обычной контрольной процедуры и рассматривается лишь в научных исследованиях, посвященных выявлению успешности учебной и профессиональной деятельности.

К новациям образовательной диагностики можно отнести успешное использование на некоторых теоретических кафедрах медицинских вузов принципов модульного построения обучения и рейтингового контроля.

Модуль — это логически завершенная часть учебного материала, обязательно сопровождающаяся контролем знаний и умений студентов. Основой для формирования ее содержания служат рабочие программы соответствующих дисциплин. Число модулей зависит как от особенностей предмета, так и от желаемой частоты педагогического контроля.

Такая форма обучения связана с рейтинговой системой контроля: чем крупнее или важнее модуль по своему содержанию, тем большее число баллов ему отводится.

Как правило, в него входят как профессиональные предметные знания, так и практические умения, и навыки, приобретенные на основе этих знаний. Особую важность приобретает соотношение теоретической и практической наполненности модуля, что определяется преподавателями. Контроль при модульном построении обучения проводится три-четыре раза в семестре, обычно в него входит зачет или экзамен по курсу.

По своей направленности такой контроль может быть:

- содержательным — усвоение системного знания;
- деятельностным — умение действовать с применением знаний;
- содержательно-деятельностным — уровень понимания материала, навыки выполнения экспериментов, решения задач.

Каждый модуль предусматривает достижение заранее планируемого результата обучения. Итоги контроля в равной мере характеризуют и успешность учебной деятельности студентов и достоинства (или недостатки) педагогической технологии, избранной преподавателем.

Контрольные задания для *модулей, построенных на содержательной основе*, позволяют оценить уровень освоения конкретных предметных знаний по виду их использования и выявляют три уровня знаний — критический, достаточный, оптимальный.

Задания для *модулей, построенных на деятельностной основе*, предусматривают оценку уровня сформированности умений, необходимых для выполнения конкретной деятельности и отдельных входящих в нее действий и операций. В этом случае критический уровень соответствует умению студента выполнять отдельные операции и деятельность в целом только по заданному алгоритму (воспроизведение по образцу). Достаточный уровень — самостоятельному выполнению всех необходимых действий при отсутствии готового алгоритма (самостоятельное построение всей деятельности). Соответствующими оптимальному уровню могут быть признаны полностью осознанные самостоятельные действия, сопровождаемые исчерпывающим отчетом и обоснованием.

Контрольные задания для *модулей, сочетающих знания и умения*, объединяют направленность содержания модулей первого и второго типов.

При рейтинговом контроле самостоятельной работы студентов оцениваются отдельно результат выполнения заданий каждого вида занятий и результаты отдельных этапов работы. Оценка (баллы) за каждый отдельный модуль зависит от качества и сроков выполнения всех входящих в него заданий. Общая оценка деятельности студента определяется суммой баллов, полученных по отдельным модулям и видам заданий.

Несомненные преимущества рейтингового контроля состоят в следующем:

- оценка результатов отдельных звеньев работы обеспечивает надежность контроля;
- такая его форма удовлетворяет требования содержательной и конструктивной валидности (соответствие форм и целей);
- развернутый текущий контроль объединяет и реализует мотивационную и воспитательную функции;
- детализированная и поэтапная процедура контроля развивает у студентов навыки самооценки работы, формирует опыт самоконтроля в профессиональной деятельности.

Педагогическая ситуация в работе врача.

Профессиональное общение. Конфликты в медицине.

В основе деятельности врача лежат специальные знания, в целом относящиеся к естественным наукам. Однако в ситуации практического действия врач выступает как сотрудник медицинского учреждения, или как профессионал, обязанный действовать согласно нормам, принятым в этой деятельности, и постоянно повышать уровень своего мастерства. Однако в деятельности врача существуют такие ситуации, которые

предполагают не только принятие решения о своем действии, но и необходимость управлять действиями другого, строить взаимные с ним действия. К ним можно отнести общение с подчиненными и начальством, разрешение деловых конфликтов, установление отношений с пациентом и его родственниками и т.п. В этих случаях недостаточно только осознания собственной позиции и привлечения неких положений, описывающих поведение людей, включенных в ситуацию. Требуются дополнительные знания, выступающие в функции регуляторов деятельности и дающие представление о возможных вариантах действий. Таким практическим знанием отражающим опыт управления другими людьми, может служить педагогика.

Педагогические действия предполагают обращенность к человеку, но одновременно и к определенному культурному содержанию с целью передачи и усвоения содержания этим человеком. В рамках обобщенного понимания педагогической ситуации такого человека называют учащимся - постигающим для него неизвестное, чужое. Для педагогической ситуации принципиально, что между преподавателем и обучаемым лежит особый предмет, сформированный в ходе отбора культурного содержания, в процессе обучения его называют учебным предметом. Схематично педагогическую ситуацию можно описать, как наличие трех составляющих и их связей: преподаватель, обучаемый и то отобранное культурное содержание, которое приготовлено к передаче.

Во всем многообразии человеческой жизни каждый сталкивается с ситуациями, которые могут быть определены с точки зрения педагогики. Часто позиции обучаемого и преподавателя обозначены социальными ролями и имеющимися у участников жизненным опытом. Так, студенты почти автоматически воспринимаются в качестве учеников, а на родителей возлагаются педагогические функции, так же как и на лектора или выступающего по отношению к аудитории. И пациент почти всегда ждет от врача не только профессиональной помощи, но и человеческой поддержки, которая не в последнюю очередь связана с передачей опыта в формировании умений. Таким образом, пациент готов быть «обучаемым», он нуждается в том, чтобы врач занял по отношению к нему позицию сходную с педагогической. В практике повседневной работы врач попадает в педагогическую ситуацию не только с пациентом. В качестве его партнера – могут выступать другой работник здравоохранения (коллега – врач или средний медицинский персонал), родственники пациента, социальные работники и др.

В работе врача в качестве педагогических признаны случаи:

1. Обучение младшего персонала отдельным приемам и навыкам.
2. Передача личного опыта коллегам.
3. Составление методики приема лекарственных препаратов для пациентов.
4. Обучение родственников навыкам ухода за тяжелобольными.
5. Формирование у пациента ответственного отношения к лечению.
6. Объяснение ему значений процедур и лекарственных средств.
7. Убеждение пациента в необходимости соблюдения определенного образа жизни.
8. Участие в просветительских программах.

Приняв на себя педагогическую задачу, врач должен позаботиться о психологической комфортности пациента, которая состоит в защищенности от стрессовых состояний, возможности выяснить все для него необходимое. Особое значение в таком случае приобретает характер протекания беседы, которую ведет врач.

Практические советы.

1. Сделайте знак приветствия, который будет символом того, что вы готовы принять другого человека как друга. Посмотреть ему в лицо, укажите рукой и на словах, куда присесть. Если вы начнете встречу с рукопожатия, то кроме жеста вежливости это может дать вам важную информацию. Во – первых, то, как человек пожимает руку, может

многое рассказать о характере, физическом психологическом состоянии. Во – вторых, сама форма его поведения может прояснить его настрой на встречу с вами (нерешительность, смущение или, наоборот, агрессивность).

2 Выберите удобное место для общения, которое подчеркнет равноправность ваших позиций в диалоге. Если есть возможность сесть, то лучше поставить стул напротив, а не рядом или повернуться к пациенту (его родственнику) лицом. Если такой возможности нет, то при разговоре вам самому надо встать.

3 После вашего приветствия или первого сообщения сделайте паузу, позволив вступить в диалог вашему партнеру.

4 Сразу же объясните, каким вы видите ход данной встречи, и когда он сможет задать вам вопросы.

5 Обязательно время от времени уточняйте, все ли ему понятно и не испытывает ли он каких либо затруднений.

6 При разговоре старайтесь смотреть в лицо собеседника. Если вам требуется визуальное подкрепление в виде, какого либо источника информации, то во время чтения протяните свободную руку в сторону пациента, подчеркивая его сопричастность.

В большинстве случаев врач должен испытывать профессиональную необходимость поддержания деловой связи с пациентом, т.к. результаты его работы напрямую зависят от их совместных действий. В общении врача с пациентом большую роль играет личное доверие, которое может установиться (в благоприятных случаях) между партнерами взаимодействия.

Существует определенный минимум информации, который становится основой для планирования и осуществления лечения. По мнению Б. Лоуна, в той или иной форме врач должен донести до пациента ответы на следующие вопросы.

«1. Ясно ли он понимает природу проявляющихся симптомов и существует ли способ их лечения.

2. Если болезнь, не излечима можно ли, тем не менее, облегчить ее проявление?

3. Если болезнь опасна для жизни, сколько приблизительно лет человек может прожить.

4. Если она не опасна для жизни, то может ли состояние стабилизироваться или будет прогрессировать? Если да, то с какой скоростью?

5. Какие осложнения возможны при данном заболевании и как их избежать? Как это отразится на образе жизни?

6. Может ли изменение образа жизни существенно повлиять на развитие болезни».

Педагогическое общение- это многоплановый процесс организации, установления и развития коммуникации, взаимопонимания и взаимодействия между педагогами и учащимися порождаемый целями и содержанием их совместной деятельности.

Передача знаний пациенту невозможна без доверительного полноценного общения, партнерской позиции, без уважения к его личности.

Барьером для установления доверительных отношений и полноценного общения между врачом, пациентом и другими могут послужить:

1. **Личностные черты**, особенности характеров партнеров, затрудняющие общение. К ним относят следующие качества: эгоцентризм (неспособность стать на позицию другого человека), властность, стремление к доминированию, категоричность («по любому вопросу существуют два мнения – одно мое, а другое – неправильное!»), нетерпимость к недостаткам других, агрессивность.

2. **Барьер отрицательных эмоций.** Человек, охваченный гневом или полный обиды, не способен к нормальному взаимодействию, он не в состоянии адекватно воспринимать собеседника. Испытывая по отношению к пациенту чувства брезгливости, раздражения, страха, невозможно рассчитывать, что его удастся понимать правильно. Возникающие негативные чувства не всегда осознаются.

3. **Барьеры восприятия. Первый момент** восприятие человека человеком во многом предопределяет последующее взаимодействие, создает соответствующую установку, которая может быть либо положительной, либо отрицательной (в последнем случае в дальнейшем приходится тратить много усилий, чтобы ее изменить). Значимую информацию о другом человеке несут такие элементы, как его внешний вид (общий облик, одежда, прическа, аксессуары), голос, манера поведения.

Практический совет.

Попробуйте выяснить ожидания ваших пациентов по поводу внешнего вида врача (его кабинета) и постарайтесь не шокировать их яркой татуировкой или экстравагантной прической и т.п. Если же вы отличаетесь очень высоким ростом, или вы стоматолог левша, или у вас аллергия на парфюмерные запахи, постарайтесь, чтобы пациентов, обратившихся к вам впервые, к этому подготовили.

Невербальные компоненты общения.

В формировании впечатления о человеке большую роль играют невербальные (т.е. неречевые, несловесные) способы общения, которые не всегда осознаются партнерами, но почти всегда оказывают влияние. Установлено, что передача информации за счет слов достигается только на 7%, за счет звуковых средств на 38%, а за счет невербальных средств на 55%.

К невербальным (неречевым) средствам общения относятся: интонация, тембр голоса, паузы, скорость речи т.п.; мимика и пантомимика; дистанция в общении (расстояние между говорящими); контакт глаз. Повышенная громкость в целом свойственна возбужденному, напряженному общению. Носители громкой речи воспринимаются окружающими, как доминирующие, желающие привлечь к себе внимание (однако не следует, и забывать о возможности нарушения слуха, при котором у человека искажается восприятие собственной речи).

В создании доверительной спокойной атмосферы в общении большую роль играет пантомимика – позы и жесты собеседника. Они могут быть напряженными, закрытыми. Для создания атмосферы сотрудничества, внимательного слушания, при котором пациента обычно не торопят, врачу обязательно нужно сидеть в удобной, спокойной, стабильной позе.

Важный фактор общения – дистанция, при которой комфортно беседовать с человеком. Расстояние, которое мы стараемся сохранять при общении с разными людьми, больше всего зависит от характера общения (интимное, личное, деловое, или публичное общение), а также от индивидуальных особенностей собеседника, их социального статуса, национальной культуры.

Практический совет.

При сборе анамнеза дайте пациенту обратную связь. Кратко резюмируйте его жалобы и спросите, правильно ли вы его поняли. Тогда у него будет уверенность в том, что вы услышали все, что он хотел сказать, а также появится возможность исправить или дополнить свои жалобы.

Не забывайте воспользоваться и обратной связью от пациента – попросите его рассказать, как и какие ваши рекомендации, он выполнял и какие получились результаты. В этом случае вы сможете не только более эффективно помочь этому пациенту, но и обучаться на его примере, получая подтверждение или опровержение своих прогнозов.

Каналы восприятия.

Человек воспринимает окружающий мир при помощи всех своих органов чувств, но при этом одним из них он бессознательно отдает предпочтение. Выделяют три типа людей по ведущему каналу восприятия: *визуалы* - зрительный канал, *кинестетики* - чувственный канал, *аудиалы* – слуховой канал - и четвертый тип людей у которых нет четкого предпочтения- *дигиталы*(логики, как правило это взрослые). Характерные особенности каждого из названных типов представлены в таблице

Классификация типов людей по ведущему каналу восприятия

Рассматриваемые признаки	Визуалы	Кинестетики	Аудиалы	Дигиталы
Преобладающая память	Зрительная	На действия	Слуховая	Логическая
Контакт глаз	Взгляд в глаза собеседнику: смотрят, чтобы услышать	Взгляд вниз: касаться важнее, чем смотреть	Глаза опущены: не смотрят, чтобы лучше слышать	Взгляд поверх головы или в лоб: уклоняются от зрительного контакта
Голос	Высоки, звонкий	Низкий, густой	Мелодичный, выразительный, быстро меняющийся	Монотонный, прерывистый, зажатый
Речь и движение	Быстрые, но немного скованные	Медленные, свободные, плавные	Склонность к многословию	Отдаленная
Дистанция	Располагаются так, чтобы увеличить обзор	Стараются быть ближе, прикоснуться	Не имеет значения	
Характерные (часто употребляемые) слова	<i>Красиво, наглядно, кажется, взгляд, смотрится, перспектива и т.д.</i>	<i>Удобно, чувствую, схватывать, действовать, напряжение, такое ощущение и т.д.</i>	<i>Гармонично, звучит как, отзвук, послышалось, кричаще, тон и т.д.</i>	<i>Разумно, функционально, знаю, понять, вероятно, логично и т.д.</i>

Такое деление по типам весьма условно, ибо люди, пользующиеся преимущественно ведущим каналом, существуют, но их не очень много. Чаще встречаются сочетания каналов восприятия.

Конфликты в медицине. Виды, стратегии поведения.

Избежать конфликтов невозможно, но есть способ устранить их разрушительное влияние на взаимодействие людей, научиться выбирать эффективные стратегии разрешения конфликтных ситуаций.

Причинами конфликтных ситуаций могут быть несовпадение профессиональных или личностных ценностей, религиозных и идеологических взглядов, а так же несогласованность взаимодействия.

Практические советы.

Чаще всего мы вступаем в конфликт с окружающими из-за пренебрежения к правилам хорошего тона. Не хотите споров и разногласий – не делайте очень простых вещей.

1. Взгляд свысока еще некого не украшал. Даже если у вас есть все основания гордиться собой, и ваш послужной список способен украсить любое резюме, все равно не стоит во всеуслышание хвалить себя - пусть лучше за тебя это делают другие. Не надо

также распространяться об огромных связях, доставивших вам это место, ровно, как и об авторитетных знакомых и покровителях. Таким образом, вы не только не приобретаете друзей, а скорее, окажетесь в изоляции.

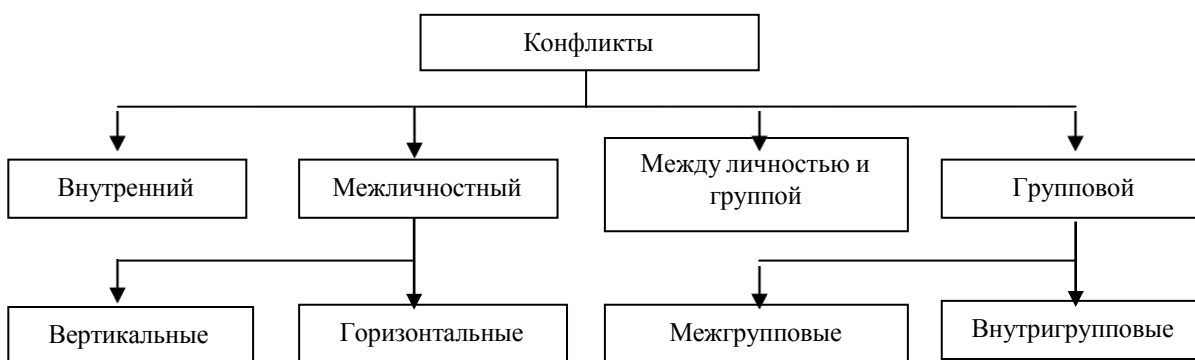
Нельзя также недоброжелательно или иронически обсуждать за глаза своих коллег и преподавателей - не исключено, что до них эти слова дойдут, и неизвестно, в каком варианте. А вот если отзываться о других хорошо, подчеркивая имеющиеся у них достоинства, как правило, обстановка в коллективе улучшается.

Не стоит навязывать другим свои требования и распорядок работы, даже если они кажутся вам более эффективными.

Не следует бросаться на помощь, если за нею к вам не обращаются, и особенно если просят не вмешиваться.

Не делайте другим замечания, а говорите о своих чувствах по этому поводу, используя «Я - высказывания», например: замените «Вы поставили меня в неудобное положение при пациентах» скажите «Я оказался в неудобной ситуации, когда пациент получил от вас другую информацию»

Виды конфликтов.



Практический совет.

Если вы стали участником межгруппового конфликта, постарайтесь поточнее понять свою позицию: отстаиваете ли вы собственное мнение или просто поддерживаете группу «за компанию», а может быть оказались втянуты в него случайно - по принадлежности к данному коллективу.

Динамика конфликта.

По степени остроты противоречий, которые возникают, конфликты делятся:

1. *Недовольство* – ощущение неудовлетворенности чем – то, либо кем то.
2. *Разногласие* – несходство во мнениях и взглядах имеющих для субъектов личностный смысл. Если стороны не могут найти способа преодоления разногласия, через некоторое время наступает следующий этап:
3. *Противостояние* – субъекты уже осмыслили противоречие, каждый знает, чего хочет и желание достичь желаемого результата, стремительно возрастает. Если конструктивное решение проблемы не найдено, возникает:
4. *Противоборство*– постоянные споры, размолвки взаимные оправданные или неоправданные обиды, разрыв отношений, скандалы вплоть до физических столкновений. Если подобное положение затягивается и неприятие нарастает, ситуация приобретает крайне острый характер взаимной вражды, которую в определенном смысле можно назвать *войной* и человек занимающий противоположную позицию воспринимается как враг. Это деструктивный путь, т. к. каждая сторона, отстаивая свои интересы, не желает замечать и учитывать интересы других. Ситуация, вызвавшая конфликт, может не разрешиться никогда, т. к. взаимоотношения заходят в тупик. Здесь может помочь либо время, либо грамотное посредничество.

Положительный эффект конструктивного решения конфликта состоит в том, что все субъекты выходят на новый более высокий уровень отношений, предполагающий уважение других интересов.

Стратегии поведения в конфликтной ситуации.

Оказавшись в конфликтной ситуации человек, выбирает часто неосознанно, одну из возможных стратегий поведения: избегание проблемы или уход от нее, приспособление, соперничество или конкуренция, компромисс, сотрудничество.

Предоставляемая ниже методика определит, какой способ реагирования в конфликтной ситуации вами предпочитаем.

Практический совет

Если вы попали в конфликт, можно поступить следующим образом:

-посмотреть на конфликт со стороны, мысленно предоставить всю картину сложившейся ситуации, рассмотреть разные способы ее разрешения-техника визуализации (особенно подходит для визуалов);

-провести эмоциональную разгрузку: применить аутотренинг, заняться спортом, поиграть в теннис, футбол или любую игру, позволяющую выплеснуть агрессию, выдержать паузу (посчитать до 10 и обратно или выпить чашечку кофе) и т.д. (больше помогает кинестетикам);

-попробовать каждую позицию конфликтной ситуации пересказать от первого лица-техника «Я - переименования» (лучше получается у аудиалов)

-проанализировать ситуацию и выбрать оптимальную стратегию поведения (эффективно для дигиталов)

Тема занятия №3.

Психология познавательных процессов.

Цель занятия: ознакомить с определениями и основными свойствами познавательных психических процессов: ощущения, восприятие, память, внимание, мышление, воображение, речь и эмоции. Способы совершенствования познавательных процессов. Их место в обучении и профессиональной деятельности врача.

Место проведения: аудитория

Глава I. Ощущения и восприятие.

Цель занятия: Ознакомить с определениями и основными свойствами ощущения и восприятия.

Студент должен знать:

1. Определения ощущения и восприятия.
2. Виды ощущений и классификацию ощущений. Свойства ощущений.
3. Измерение и изменение ощущений.
4. Основные свойства образы восприятия: предметность, константность, целостность, категоричность.
5. Иллюзии зрительного восприятия. Восприятие пространства, времени и движения. Механизмы восприятия формы предметов и их величины, восприятие времени.

Студент должен уметь:

1. Определять ведущую сенсорную систему человека с помощью специальных методик.

Темы проектов, рефератов:

1. Происхождение ощущений.
2. Подходы к изучению ощущений и восприятия.
3. Физиологические основы формирования ощущений и восприятия.
4. Отличие восприятия от ощущений.
5. Формирование и развитие ощущений и восприятия у детей.
6. Роль ощущений в жизни человека.
7. Механизмы восприятия формы предметов и их величины, восприятие времени.
8. Классификация расстройств восприятий (агнозии, иллюзии, галлюцинации и псевдогаллюцинации, психосенсорные расстройства).

Рекомендуемая литература

Основная литература:

1. Педагогика в медицине : учеб. пособие под ред. Н.В.Кудрявая М.: Академия,2006
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425022.html>
2. Клиническая психология: учебник Сидоров П.И. Парняков А.В. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2008. <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970414071.html>
3. Педагогическая наука. История и современность: учебное пособие Лукацкий М.А. М.: ГЭОТАР -Медиа, 2012
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970420874.html>

Дополнительная литература:

1. Психология взаимоотношений врача и пациента: учеб. Пособие Ларенцова Л.И., Смирнова Н.Б. М.: ГЭОТАР -Медиа, 2014
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970429358.html>
2. Медицинская психология: учеб пособие Тюльпин Ю.Г. СМ.: Медицина, 2004
3. Общая психология. Маклаков А.Г. СПб., Питер, 2007
4. Психология развития. Словарь 6 т. Под.ред. А.Л. Венгера М.: ПЕРСЭ,2006
5. Психология управления. Лекции: учеб. Пособие Творогова Н.Д. М.: ГЭОТАР -Медиа, 2008 <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970429358.html>
6. Психология управления. Практикум: учеб. пособиеТворогова Н.Д. М.: ГЭОТАР -Медиа, 2008 <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970429358.html>
7. Психология : учеб.-метод. пособие для студентов медицинских вузов. Под ред. А. С. Татров. М.: Академия естествознания, 2010
8. Педагогические технологии в медицине: учеб. пособие Романов М.Г., Сологуб Т.В. М.: ГЭОТАР -Медиа,2007 2010.
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970404997.html>

Основные вопросы темы:

1. Определение ощущения и восприятия.
2. Происхождение ощущений.
3. Виды ощущений и классификацию ощущений.
4. Свойства ощущений
5. Измерение и изменение ощущений.
6. Отличие восприятие от ощущений.
7. Основные свойства образы восприятия: предметность, константность, целостность, категоричность.
8. Иллюзии зрительного восприятия. Восприятие пространства, времени и движения.
9. Механизмы восприятия формы предметов и их величины, восприятие времени.

Итоговый контроль уровня знаний:

1. Дайте определение ощущений и укажите, какие компоненты нервной системы принимают участие в сенсорном информационном пространстве?
2. Перечислите основные характеристики ощущений?
3. Какие главные характеристики отличают восприятие от ощущений?
4. Каким образом изучение различных иллюзий определяет понимание механизмов восприятия?
5. Каким образом производится человеком обработка зрительной информации и каковы механизмы возникновения зрительных агнозий?
6. Каким образом звуковые стимулы переводятся в сенсорные сигналы и каковы механизмы возникновения слуховых агнозий?
7. Что такое кожно-кинестетическая чувствительность и каковы механизмы тактильных агнозий?
8. Каким образом исследуется обаятельная, вкусовая и статическая чувствительность у человека?

Ощущения.

Ощущения и восприятия, являющиеся чувственными образами, составляют начальный, исходный момент в процессе познания человеком мира. Ощущения и восприятия возникают лишь при непосредственном воздействии раздражителей на органы чувств. Первичным звеном познания являются именно ощущения.

Ощущения имеют огромное значение в жизнедеятельности человека, так как, во-первых, они обеспечивают связь с внешним миром, являются постоянным источником знаний об окружающей среде.

Во-вторых, ощущения связаны с внутренней средой организма, благодаря интерорецепции обеспечивается поддержание нормального состояния организма. И, наконец, ощущения связаны с потребностями организма и благодаря этому выполняют регулирующую функцию.

Ощущение — это простейший психический процесс, состоящий в отражении отдельных свойств, предметов и явлений внешнего мира, а также внутренних состояний организма при непосредственном воздействии раздражителей на соответствующие рецепторы. Физиологическим механизмом ощущений является механизм анализатора, при этом большое значение имеет обратная связь.

Ощущение — это психический процесс отражения единичных свойств предметов и явлений при их непосредственном воздействии на органы чувств. Со времен Аристотеля традиционно выделяют пять видов ощущений, информирующих человека об изменениях в окружающей среде. Это осязание, вкус, обоняние, слух и зрение.

Различные виды ощущений характеризуются не только специфичностью, но и общими для всех них свойствами. К таким свойствам относятся **качество, интенсивность, продолжительность и пространственная локализация.**

Качество — это главная особенность данного ощущения, отличающая его от других видов ощущений и варьирующая в пределах данного вида ощущений (одной модальности). Слуховые ощущения, например, отличаются по высоте, тембру, громкости, а зрительные — по насыщенности, цветовому тону.

Интенсивность ощущения является его количественной характеристикой и определяется как силой раздражителя, так и функциональным состоянием рецептора.

Длительность ощущения определяется также эффектом последействия, который заключается в том, что ощущение не прекращается в момент окончания действия раздражителя, а продолжается еще некоторое время, что проявляется в возникновении последовательного образа. Длительность инерции ощущения варьирует от 0,05 до 1 сек.

Пространственная локализация ощущений дает человеку сведения о локализации раздражителя в пространстве, если речь идет о дистантных рецепторах (зрительный, слуховой и др.), или соотносит ощущение с той частью тела, на которую воздействует раздражитель, в случае контактных рецепторов (тактильный).

Как показывают исследования, эти характеристики не являются неизменными. Под влиянием ряда факторов чувствительность изменяется.

Основные свойства:

1 Модальность — основная особенность данного вида ощущений, отличающая его от других видов. В процессе эволюции у человека сформировались основные одиннадцать видов ощущений, обеспечивающих целостное отражение мира и оптимальную адаптацию — это зрительные, слуховые, вкусовые, обонятельные, осязательные, температурные, двигательные, или кинестетические, вестибулярные, или равновесия, вибрационные, болевые, органические, или интероцептивные. В каждой модальности отражаются разнообразные качества, так, например, в зрительной представлены такие качества, как яркость, контраст и др., в слуховой — высота, тембр, громкость звука. Соотношение модальности и качества основных видов ощущений представлено в табл. 1.

Таблица 1. Соотношение модальности и качества ощущений (Блум, Лейзерсон, Хофстедтер)

<i>Модальность</i>	<i>Чувствительный орган</i>	<i>Качество</i>	<i>Рецепторы</i>
Зрение	Сетчатка	Яркость, контрастность, движение, размеры, цвет	Палочки и колбочки
Слух	Улитка	Высота, тембр, громкость	Волосковые клетки
Равновесие	Вестибулярный орган	Сила тяжести	Макулярные клетки

		Вращение	Вестибулярные клетки
Осязание	Кожа	Давление Вибрация	Окончания Руффи Диски Меркеля Тельца Пачини
Вкус	Язык	Сладкий и кислый вкус Горький и соленый вкус	Вкусовые сосочки на кончике языка Вкусовые сосочки у основания языка
Обоняние	Обонятельные нервы	Цветочный запах Фруктовый запах Мускусный запах Пикантный запах	Обонятельные рецепторы

2 Интенсивность ощущений зависит от силы действующего раздражителя, от функционального состояния анализатора, а также от индивидуальных особенностей человека. Основной характеристикой анализатора является его чувствительность. Она определяется двумя величинами. Первая из них — это тот отрезок континуума стимулов, воздействие которых вызывает ощущение данной модальности. Для того, чтобы возникло ощущение, интенсивность раздражителя должна достигнуть определенной величины. В дальнейшем, с увеличением интенсивности раздражителя, наступает момент, когда анализатор перестает работать адекватно. Всякое воздействие, превышающее определенный предел, вызывает болевое ощущение и нарушает деятельность анализатора. Интервал от минимальной до максимальной адекватно ощущаемой величины определяет диапазон чувствительности анализатора.

Основные характеристики ощущений

Диапазон чувствительности. Раздражитель способен вызвать ощущение только при достижении определенной величины или силы.

Минимальная величина раздражителя, вызывающая едва заметное ощущение, называется **нижним абсолютным порогом чувствительности (i_0)**. По нижнему порогу судят об абсолютной чувствительности анализатора. Чем ниже (i_0), тем выше чувствительность анализатора к раздражителю.

Нижний абсолютный порог определяет разрешающую способность органов чувств, у человека она относительно велика. Для глаза достаточно 2-8 квантов лучистой энергии, чтобы вызвать зрительное ощущение, а если чуть-чуть снизить слуховой порог, то человек смог бы слышать шорох, совершаемый молекулами при Броуновском движении.

Раздражители меньшей силы называются **подпороговыми**, и сигналы о них не передаются в кору головного мозга.

Переход от подпорогового ощущения осуществляется скачкообразно: если воздействие почти достигло пороговой величины, то достаточно бывает едва заметного увеличения его силы для того, чтобы стимул сразу полностью превратился в ощущаемый. Подпороговые ощущения не безразличны для организма. Подтверждением тому служат многочисленные факты, когда именно слабые подпороговые раздражители, идущие от внешней или внутренней среды, создают в коре больших полушарий доминантный очаг и способствуют возникновению «обманов чувств» галлюцинаций.

Верхний абсолютный порог ощущения (i_{max})—максимальная величина раздражителя, которую способен адекватно воспринимать анализатор. Воздействия, превышающие (i_{max}), перестают ощущаться или вызывают боль (i_{max})- значительно более изменчив у разных людей и в разных возрастах. Интервал между (i_0) и (i_{max}) – носит название – диапазон чувствительности.

Временной порог измеряется длительностью воздействия, необходимой для того, чтобы возникло ощущение. Пространственный порог определяется по минимальным размерам положению в сенсорном поле и той площадью, на которую воздействует

раздражитель едва ощущаемого раздражителя, его расстоянию от рецептора, Наиболее элементарным примером пространственного порога является острота зрения. Она определяется тем минимальным расстоянием между двумя точками, при котором возможно минимальное ощущение их раздельности. Обычно за нормальную остроту зрения принимается такая, порог которой равен 1 угл. мин.

Длительность ощущения определяется временем действия раздражителя и его интенсивностью. Ощущение возникает не сразу, а спустя некоторое время, после начала действия раздражителя. Период от начала действия раздражителя до появления ощущения называется **латентным периодом**. Латентные периоды простой сенсомоторной реакции при предъявлении раздражителей разной модальности различны и представлены в табл. 2.

Таблица 2. Латентный период простой сенсомоторной реакции (по Ломову)

<i>Анализатор и качество сигнала</i>	<i>Латентный период (в миллисекундах)*</i>
Тактильный (прикосновение)	90-220
Слуховой (звук)	120-180
Зрительный (свет)	150-220
Обонятельный (запах)	310-390
Температурный (тепло и холод)	280-1600
Вкусовой:	
— соленое	310
— кислое	450
— сладкое	540
— горькое	1080
Вестибулярный аппарат (вращение испытуемого)	400
Болевой	130-890

* Примечание: указаны наименьшие и наибольшие значения средних величин, полученных разными авторами.

Одним из феноменов изменения чувствительности является адаптация.

Адаптацией органов чувств называется изменение чувствительности анализатора под влиянием действующего раздражителя. Адаптация может сопровождаться повышением чувствительности или ее понижением вплоть до полного исчезновения. Наиболее значительна величина адаптации в зрительном анализаторе. Чувствительность глаза может измениться примерно в 2^{10} раз. Время адаптации составляет примерно 30-40 мин, время адаптации к свету около 10 мин. Разные анализаторы имеют неодинаковую способность к адаптации. Наиболее быстро адаптация происходит в тактильном, обонятельном анализаторах. Наиболее медленно — в зрительном. Практически не возникает адаптации человека к болевому ощущению, что имеет важное биологическое значение, так как болевое ощущение является сигналом неблагополучия в организме.

Классификация ощущений.

На протяжении последнего столетия неоднократно предпринимались попытки классификации, упорядочения всего многообразия ощущений. Наиболее общепринятой является в настоящее время **классификация Шеррингтона**, в основу которой положен «принцип отнесенности рецепторного органа к рецепторному полю», то есть учитывается место расположения рецептора и местонахождение источника раздражения. В соответствии с этим все ощущения делятся на 3 группы.

Экстерорецепторы — рецепторы внешней среды. Деятельность этих рецепторов направлена на распознавание воздействий внешнего мира, что имеет первостепенное значение для отражения в сознании человека объективной действительности. К этой

группе относятся зрение, слух, обоняние, вкус, тактильные, температурные, болевые ощущения.

Проприорецепторы, включают в себя органы чувств, отражающие движение и положение тела в пространстве, мышечно-суставные, или кинестетические, вибрационные, вестибулярные (ощущения равновесия и ускорения).

Интерорецепторы – расположены во внутренних органах. По характеру стимуляции все рецепторы внутренних органов независимо от их локализации делятся на несколько видов: хеморецепторы, терморецепторы, болевые рецепторы и механорецепторы, отражающие изменение давления во внутренних органах и кровяном русле.

Таким образом, три основных вида ощущений объединяются в зависимости от того, что они отражают: внешний мир, положение и движение тела в этом внешнем мире или деятельность внутренних органов. Конечно, такая классификация относительна, поскольку многие из видов ощущений представлены рецепторами, имеющимися и на поверхности тела, и во внутренней среде организма, как, например, температурный, тактильный. Кроме того, на характер чувствительности практически всех органов чувств существенное влияние оказывает внутреннее состояние организма.

Примером взаимодействия анализаторов является *соместезия, синестезия*.

Соместезия — комплексное образование, объединяющее все виды кожной рецепции, кинестезию, интерорецепцию и зрительные ощущения и формирующее *схему тела*. Механизмы формирования схемы тела изучены пока недостаточно, но именно схема тела является «сенсорным источником личности» по выражению Сеченова. При изучении такого психологического феномена, как Я-человека и при определении его структуры к первичному уровню — ядру «Я» — относят чувство существования тела, включающее комплекс ощущений и эмоций. Таким образом, очевидной является связь сенсорной сферы с субъективной стороной жизни человека, со становлением и развитием его самосознания.

Важнейшим фактором, влияющим на уровень чувствительности, является взаимодействие анализаторов. Все анализаторы функционируют не изолированно, они представляют собой единую сложную систему, все части которой теснейшим образом взаимосвязаны. Воздействие раздражителя на любой анализатор не только вызывает его реакцию, но и приводит к тем или иным изменениям всех других анализаторов.

Известно, например, что цветочувствительность повышается при одновременном воздействии на человека звука: чувствительность к красно-оранжевым цветам понижается, к зелено-синим повышается (данные Кравкова). Слабое действие побочных раздражителей (например, обтирание холодной водой лица, рук, затылка или медленное разжевывание кисло-сладкой таблетки) повышает чувствительность ночного зрения (Кекчеев). Слабые болевые ощущения повышают чувствительность практически всех анализаторов. Таким образом, воздействуя на одни анализаторы, можно целенаправленно изменять уровень чувствительности других. При этом общим правилом может быть следующее: сильные воздействия на какой-либо анализатор понижают уровень чувствительности других, слабые — даже подпороговые раздражители — повышают.

Синестезия — это возникновение под влиянием раздражения одного анализатора ощущений, характерных для другого анализатора. Этот феномен особенно ярко проявляется и используется в эффекте цветомузыки. «Цветовым» слухом обладали такие известные деятели искусства, как Скрябин и Чюрленис. В современных исследованиях этот эффект изучается как кросс-модальное взаимодействие и его разновидность — кросс-модальный перенос.

Огромное влияние на изменение чувствительности оказывает практическая и познавательная деятельность человека. В частности, в процессе профессиональной деятельности происходит *сенсбилизация*, то есть повышение чувствительности органов чувств под влиянием упражнения. Известно, что у шлифовщиков резко повышается

острота зрения и они видят просветы до 0,0005 мм, в то время как нетренированные всего до 0,1 мм. Профессиональные красильщики различают до 40 оттенков черного цвета, а сталевары по оттенкам цвета горячего металла могут определить температуру плавки. В процессе и под влиянием деятельности, прежде всего, изменяется разностная, дифференциальная чувствительность. Абсолютная чувствительность в меньшей мере поддается тренировке.

Сенсорная организация человека— этот термин впервые был предложен Ананьевым в 1960 г. По мнению ученого, сенсорная организация относится к наиболее важным проявлениям исторической природы человека и к коренным феноменам жизнедеятельности, связанным с глубинными слоями структуры человеческого развития и личности. В этом свете широко распространенное и в настоящее время представление о том, что сенсорно-перцептивные процессы относятся к низшим психическим функциям и, составляя периферию субъекта, не входят в его основную структуру и индифферентны к личности, является устаревшим.

В структуру сенсорной организации включается система постоянных межанализаторных связей, общий состав чувственного отражения. Определяющими для формирования сенсорной организации являются среда обитания, образ жизни и способ жизнедеятельности. Эти факторы обуславливают соотношение видов рецепции в данной сенсорной организации, определяют ее ядро, то есть группы анализаторов, специфичные для данной среды обитания. У рыб, например, такое ядро составляют орган боковой линии и хеморецепция. У обезьян кинестезия, зачатки активного осязания и зрение образуют сенсорную ось. Выделение ведущих органов чувств, составляющих сенсорную ось у животных, определяется видовой принадлежностью. У человека — индивидуальными особенностями, прежде всего характеристиками чувствительности, а также особенностями деятельности. В связи с этим, необходимо выделить такое свойство сенсорной организации, как **сенситивность**— уровень чувствительности анализаторов.

Уровень сенситивности и ведущие анализаторные системы определяют индивидуальные особенности человека. Структура сенсорной организации человека является условием успешной социализации. Формирование таких качеств, как впечатлительность, эмпатийность, наблюдательность существенно связано с сенсорной организацией. Кроме того, сенсорная организация лежит в основе формирования способностей человека к различным видам деятельности. Знание и учет ведущей анализаторной системы очень важны при общении людей, организации обучения, так как несовпадение способов подачи информации и ее приема существенно затрудняет взаимодействие людей и понимание. Известно, что большая часть учителей, например, предпочитает зрительную подачу информации. При этом дети, у которых ведущей сенсорной системой является слуховая или кинестетическая, могут испытывать существенные трудности.

В этом смысле универсальным является тактильный анализатор. В многочисленных экспериментах было показано, что касание, короткое и легкое прикосновение руки мощно снижает дискомфорт, уменьшает или даже снимает барьер между психотерапевтом и клиентом, повышает активность и самораскрытие последнего. В настоящее время этот эффект активно используется в психотерапевтической практике, например, в рамках так называемой телесно ориентированной психотерапии.

Восприятие.

Восприятие – психический процесс отражения предмета или явления в целом, в совокупности его свойств и частей, основанный на ощущениях, возникающих из них, но вместе с тем обладающих определенными особенностями, не сводимыми к отдельным ощущениям.

Если ощущение мономодально, то восприятие полимодально. Оно формируется на основе совместной деятельности ряда анализаторов, объединенных в функциональную систему. При этом какой-либо из анализаторов играет ведущую роль в формировании образа.

Свойства восприятия.

1. **Предметность и целостность** – свойство воспринимать целостный образ предмета. Восприятие предмета возможно лишь при условии выделения предмета из окружающей среды (фона, на котором он находится). При этом предмет и фон динамичны, особенно хорошо это видно в двойственных изображениях, содержание образа в которых меняется в зависимости от того, что принимается за фон (рис. 1).

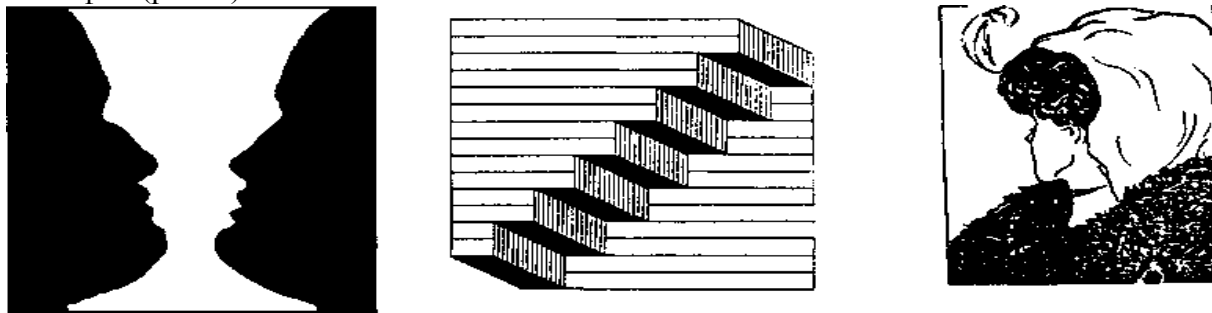


Рис. 1. Восприятие предмета в зависимости от фона.

Фон обычно является неограниченным и неопределенным. Фигура ограничена, рельефна, она обладает предметностью. Способствуют выделению предмета из фона контрастность предмета и фона, необычность предмета. Например, на рентгенограмме легких круглая тень гораздо лучше выделяется на фоне нормального легочного рисунка, чем на фоне диссеминированного процесса. Как показали исследования Зинченко, Ярубса и др., в процессе выделения предмета из фона совершаются микродвижения глаз, как бы «обводящие» его по контуру, что также способствует выделению предмета из фона.

2. Константность – обеспечение постоянства по форме, цвету, величине и другим параметрам воспринимаемых нами предметов. Восприятие сохраняет за определенными предметами их размеры в не зависимости от того, с какого расстояния и под каким углом мы на них смотрим.

3. Избирательность – наглядно выделяется в феномене выделения фигуры из фона. То, что находится на переднем плане и воспринимается как конкретное – является фигурой, то, что все остальное – фоном. Воспринимаемая реальность всегда разделяется на два слоя: на фигуру – целостный образ предмета и фон – образ окружающего предмет пространства. То, что было фигурой, может слиться с фоном, что то из фона, может стать - фигурой восприятия.

4. Осмысленность – указывает на связь восприятия с мышлением, с пониманием сущности предметов. Образы воспринимаемых объектов всегда имеют определенные, смысловые значения и в этом проявляется не только тесная связь с мышлением, но и активность восприятия.

5. Апперцепция восприятия – указывает на связь восприятия с личностью, всем прошлым опытом человека с его «Я».

Влияние установки на восприятие человека проявляется также в феномене, продемонстрированном в огромном количестве экспериментов, когда одно и то же лицо воспринимается как злое и жестокое, если испытуемым заранее сказать, что человек, изображенный на фотографии — преступник; как доброе и мужественное, если заранее известно, что это человек гуманной профессии, совершивший мужественный поступок для спасения жизни людей.

Большое влияние на восприятие оказывает эмоциональное состояние человека. Известно, например, что в состоянии возбуждения время как бы ускоряет свой бег, в

состоянии тоски и подавленности — замедляет. Больные в состоянии депрессии всегда пессимистичны и предчувствуют катастрофу, они склонны даже радостные события воспринимать в черных тонах.

Таким образом, восприятие — это активный процесс, на характер протекания которого влияет не только деятельность перцептивной системы, но и внутренние характеристики субъекта.

К сложным формам восприятия относятся **восприятие пространства, восприятие времени, восприятие движения**.

В восприятии времени различают восприятие временной длительности и восприятие временной последовательности. Непосредственное переживание времени обусловлено органическими ощущениями и связано с ритмическими процессами в организме: частотой пульса, дыхания и т. п. Оценка длительности временных отрезков зависит от содержания деятельности: временной отрезок, заполненный интересной, содержательной деятельностью, субъективно оценивается, как короткий, то есть недооценивается; пустые, не заполненные интересной деятельностью, оцениваются как более длинные, то есть переоцениваются. (Все знают, как бесконечно долго тянутся скучные уроки в школе). Восприятие времени зависит также от установки: при ожидании неприятных событий время летит быстро; но как томительно долго ползет время, если мы ждем какого-либо приятного события (встречи с любимым человеком, например). В воспоминании — наоборот: чем более заполненным является отрезок времени, тем более длительным он представляется в воспоминании.

Важнейшей характеристикой времени является его необратимость. Восприятие необратимой последовательности событий во времени предполагает установление связей между разными отрезками и событиями жизни

На основе ощущения и восприятия возникает более сложная форма чувственного отражения — *представление*.

Представление — вторичный чувственный образ предмета, который в данный момент не действует на органы чувств, но действовал в прошлом (Ломов). Представления приобретают особую роль с развитием систем дистанционного управления, когда оператор должен с большой степенью точности представить себе процессы, происходящие в управляемой системе.

Представления можно рассматривать как переходное звено между чувственным образом (ощущением, восприятием) и абстрактным мышлением. В зависимости от уровня бодрствования и характеристик деятельности представления, с одной стороны, включаются в память, воображение, мышление (его образные формы), с другой стороны, создают образы сновидения. Представления сопровождают человека на протяжении всей его жизни: образ знакомого человека возникает в нашем сознании и тогда, когда этого человека уже нет; образ родных мест живо встает перед нашим умственным взором. Общим для всех представлений является то, что предмета или явления уже нет, а отражение их продолжает развиваться. Течение представлений развертывается во «внутреннем пространстве, никогда не выносится наружу. Этим отличается представление от галлюцинаций, «когда внутренний образ "выводится наружу"».

Глава II. Внимание и память.

Цели занятия: Изучить определения внимания и памяти, основные характеристики психических процессов внимания и памяти, ознакомить с методиками, касающихся оценки памяти и внимания.

Студент должен знать:

1. Определение памяти и определение внимания.
2. Типы, виды и свойства памяти.
3. Методы исследования памяти.
4. Виды, свойства внимания и памяти.
5. Методы исследования внимания.

Студент должен уметь:

1. Владеть определенным минимумом информации, о психических процессах памяти и внимания.
2. Знать возможные нарушения внимания и памяти и их значение для оценки состояний пациента и его взаимоотношений с медицинским персоналом.
3. Знать методы психодиагностики внимания и памяти.

Темы проектов, рефератов:

1. Основные мнемонические процессы (представления, законы ассоциаций).
2. Основные теории памяти: психологические теории памяти, нейронные и физико-химические теории памяти, биохимические теории.
3. Модально-неспецифические и модально-специфические нарушения памяти.
4. Дополнительные методы исследования памяти.
5. Нейрофизиологические механизмы внимания
6. Развитие внимания у детей.
7. Развитие памяти у детей.
8. Модально-неспецифические и модально-специфические нарушения внимания.
9. Дополнительные методы исследования внимания.

Рекомендуемая литература

Основная литература:

1. Педагогика в медицине : учеб. пособие под ред. Н.В.Кудрявая М.: Академия,2006 <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425022.html>
2. Клиническая психология: учебник Сидоров П.И. Парняков А.В. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2008. <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970414071.html>
3. Педагогическая наука. История и современность: учебное пособие Лукацкий М.А. М.: ГЭОТАР -Медиа, 2012 <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970420874.html>

Дополнительная литература:

1. Психология взаимоотношений врача и пациента: учеб. Пособие Ларенцова Л.И., Смирнова Н.Б. М.: ГЭОТАР -Медиа, 2014 <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970429358.html>
2. Медицинская психология: учеб пособие Тюльпин Ю.Г. СМ.: Медицина, 2004

3. Общая психология. Маклаков А.Г. СПб., Питер, 2007
4. Психология развития. Словарь 6 т. Под.ред. А.Л. Венгера М.: ПЕРСЭ,2006
5. Психология управления. Лекции: учеб. Пособие Творогова Н.Д. М.: ГЭОТАР -Медиа, 2008 <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970429358.html>
6. Психология управления. Практикум: учеб. пособиеТворогова Н.Д. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2008 <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970429358.html>
7. Психология : учеб.-метод. пособие для студентов медицинских вузов. Под ред. А. С. Татров. М.: Академия естествознания, 2010
8. Педагогические технологии в медицине: учеб. пособие Романов М.Г., Сологуб Т.В. М.: ГЭОТАР -Медиа,2007 2010.
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970404997.html>

Исходный контроль уровня знаний:

1. Что вы понимаете под терминам «внимние» ?
2. Что значит термин «память»?
3. Какие функции внимания вы знаете?
4. Какие функции памяти?
5. Как вы считаете, какова роль этих психологических процессов в жизни человека?
6. В следствии каких факторов могут нарушиться эти психические процессы?

Основные вопросы темы:

1. Определение памяти.
2. Типы памяти.
3. Свойства памяти.
4. Виды памяти.
5. Методы исследования памяти.
6. Определение внимания.
7. Виды внимания.
8. Свойства внимания.
9. Методы исследования внимания.

Итоговый контроль уровня знаний:

1. Дайте развернутое определение памяти, какое значение память имеет в жизни человека?
2. Какие имеются основания для классификации типов и видов памяти?
3. В чем заключается взаимосвязь и взаимодействие кратковременной и долговременной памяти?
4. Как влияет смысловая организация материала на запоминание?
5. Сформулируйте определение внимания.
6. Перечислите его основные функции внимания.
7. Каким образом классифицируют внимание по его формам и уровням?
8. Какими параметрами описываются качественные характеристики (свойства) внимания?
9. Чем отличается вторичное непроизвольное внимание от слепопроизвольного внимания?
10. Чем отличается истощаемость внимания от рассеянности и сужения объема внимания?
11. Какие особенности внимания изучаются методикой поиска скрытых слов в буквенном тесте немецкого психолога Мюнстерберга?

Содержательная часть.

Память.

Память - это психический процесс отражения, заключающийся в запечатлении и сохранении с последующим воспроизведением и узнаванием следов прошлого опыта, делающими возможным его повторное использование в деятельности или возвращение в сферу сознания.

Процессы памяти

Запоминание - (запечатление) определяется как процесс, обеспечивающий ввод информации и удержание запечатленного материала в памяти. Запоминание всегда избирательно: в памяти сохраняется далеко не все, что воздействует на наши органы чувств. Даже при произвольном запоминании (*непроизвольная память*), когда мы не ставим себе определенной цели запоминания, лучше запоминаются предметы и явления, вызывающие интерес и затрагивающие эмоции. Непроизвольное запоминание более сильно развито в детстве, а у взрослых ослабевает. Произвольное запоминание (*произвольная память*) всегда имеет целенаправленный характер, и если при этом используются специальные приемы для лучшего усвоения материала (мнемотехника), то запоминание называют заучиванием.

У некоторых людей отчетливо выступает зависимость качества и прочности запоминания от того, какие анализаторы в большей мере участвовали в восприятии соответствующих объектов. Характер памяти и представлений может основываться главным образом на впечатлениях зрения (оптический, *визуальный* тип памяти), слуха (акустический, *аудиальный* тип памяти) или движения (моторный, *кинестетический* тип памяти).

Сохранение (ретенция) – психический процесс памяти, обеспечивающий удержание информации в течении более или менее длительного времени. Сохранение осуществляется механизмами кратковременной, долговременной и оперативной памяти. Оно тесно связано с забыванием. По сути это две стороны единого процесса: при неполном сохранении говорят о частичном забывании и наоборот. Установлено, что сохранение может быть динамическим и статическим. Динамическое сохранение проявляется в оперативной памяти, а статическое - в долговременной. Сохранение заученного в памяти зависит от многих факторов: глубины понимания материала, установки личности, от последующего применения усвоенных знаний, от повторений, от настроения человека и эмоциональной значимости материала.

Забывание – процесс памяти, противоположный сохранению. Заключается в невозможности воспроизведения ранее закрепленного в памяти. Забывание, подобно сохранению и запоминанию, также имеет избирательный характер. Физиологическая основа забывания – торможение временных нервных связей. Забывается прежде всего то, что не имеет для человека жизненного значения, не вызывает интереса. Избирательность забывания проявляется и в том, что детали забываются скорее, а дольше обычно сохраняются в памяти общие положения и выводы. Более быстрому забыванию подвергается материал, который заучивался механически, без достаточного понимания.

Воспроизведение (вспоминание, репродукция, экфорирование) – психический процесс извлечения из запасов памяти в осознаваемое поле необходимого материала. Воспроизведение тесно связано с узнаванием ранее усвоенного и бывает произвольным и произвольным.

При произвольном воспроизведении человек не имеет намерения вспомнить ранее воспринятые события, они всплывают сами собой. При этом одна из случайно оживленных ассоциаций как бы тянет за собой сеть сопряженных с ней других связей.

Произвольное воспроизведение – это уже целенаправленный процесс восстановления в сознании прошлых мыслей, чувств, действий.

Узнавание – специфический процесс памяти, который проявляется при повторном восприятии объекта или при его воспоминании. Этот процесс связан с объединением объекта или при его воспоминании. Этот процесс связан с объединением по тем или иным признакам непосредственного воспринимаемого с воспринятым ранее. Большую роль при этом играет точность выделения специфического в объекте. В узнавании следует выделять чувство знакомости; воспринятым и отнесение этого образа к определенному месту, времени, ситуации. В ряде случаев, увидев что-то, человек не может сразу установить идентичность с виденным ранее, и для этого требуются сознательные волевые усилия. При хорошем знакомстве с предметом или явлением процесс идентификации проходит как автоматически, без выделения сознанием моментов самого воспоминания или припоминания.

Типы памяти

Сенсорная (мгновенная) память осуществляет сохранение информации на уровне рецепторов. Она обладает очень коротким временем хранения «отпечатка» (0,3-1,0 сек) воздействующего объекта. Некоторые ее формы получили специальные названия: иконическая (зрительная) и эхоическая (слуховая) сенсорная память. Если информация из рецепторного хранилища не переводится в другую форму хранения, то она необратимо теряется.

У некоторых людей полное сохранение зрительной картины в иконической памяти ограничивается не долями секунды, а гораздо дольше – до 10 мин. Эти особенности во многом объясняют явления эйдетики у некоторых людей. При этом обладают способностью «видеть» картину или предмет, который находился перед их глазами, но уже не экспонируется. Эта инерционность информационных входов, продлевающая для нас воздействие сигналов, обеспечивает непрерывность восприятия и для обычных людей (при моргании, движении глаз или просмотре кинофильмов). Эйдетические способности более выражены в детстве и снижаются у взрослых.

Кратковременная память характеризуется очень кратким (около 20 сек.) сохранением после однократного непродолжительного восприятия и немедленным воспроизведением. Этот вид памяти называется также первичным.

Вторичная, долговременная память - длительное сохранение информации (начинается от 20 сек и простираясь на часы, месяцы, годы) после многократного повторения и воспроизведения.

Различают также **оперативную память** – это мнемические процессы, обслуживающие деятельность человека. Она представляет синтез долговременной и кратковременной памяти. Например, в процессе профессиональной деятельности человек оперирует наличной информацией текущего момента, находящейся в кратковременной памяти, и извлекает из долговременной памяти информацию, содержащую профессиональные знания, опыт. Так, врач, обследуя больного, сопоставляет симптомы его болезни с похожими случаями из своей практики, с тем, что он читал и знает об этих симптомах.

Буферная (промежуточная) память обеспечивает сохранение информации в течение нескольких часов, является промежуточным звеном на пути перевода информации из кратковременной памяти в долговременную. Считается, что во время ночного сна происходит переработка накопленного за день и очистка буферной памяти для приема новой информации. Известно, что сон менее трех часов в сутки или полное лишение сна вызывает отчетливые нарушения в поведении человека – понижается уровень бдительности, внимания и резко ухудшается память. Предполагается, что в период сна информация малыми порциями (в соответствии с ограниченным объемом кратковременной памяти) поступает из буферной памяти в кратковременную, которая отключается для этого от внешней среды (Hartmann E., 1967). С этой точки зрения методы обучения во сне с помощью магнитофона могут приводить к накоплению усталости, повышенной раздражительности, ухудшению кратковременной памяти, так как буферное хранилище за период сна не освобождается.

Выделяют еще так называемую «вечную», или **третичную память**. Под ней понимают способность воспроизводить когда-то запечатленную информацию на протяжении всей жизни.

Свойства памяти

Объем памяти – количество информации, которое человек способен запомнить за определенное время. Объем кратковременной памяти человека в среднем составляет 7 + 2 блока информации. Объем блока может быть различным, например, человек может запомнить и повторить 5-9 цифр, 6-7 бессмысленных слогов, 5-9 слов.

Скорость – время, в течение которого человек способен запомнить определенный объем информации.

Прочность – длительность сохранения информации.

Точность – правильность и полнота воспроизведения информации.

Готовность – умение своевременно вспомнить требуемое.

Виды памяти

Различают два основных вида памяти: **генетическую** (наследственную) и **прижизненную**. Наследственная память сохраняет информацию, которая не только определяет анатомическое и физиологическое построение организма в процессе развития, но и врожденные формы видового поведения (инстинкты).

Информация, хранящаяся в закодированном виде в молекулах дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК), защищена достаточно надежно от повреждения специальными механизмами и менее зависит от условий жизнедеятельности организма по сравнению с прижизненной памятью.

Прижизненная память – это хранилище информации, полученной с момента рождения до смерти. Выделяют следующие ее виды: импринтинг (запечатление) а также двигательную, эмоциональную, образную и символическую память.

Импринтинг – вид памяти, наблюдаемый только в ранний период развития сразу после рождения. Импринтинг заключается в одномоментном установлении очень устойчивой специфической связи человека или животного с конкретным объектом внешней среды. Эта связь сохраняется длительное время, что рассматривается как пример научения и долговременного запоминания с одного предъявления.

Считается, что у человека импринтинг наблюдается до 6-месячного возраста (Чугаева А.Г., 1973), однако есть основания полагать, что этот период у ребенка намного продолжительнее. Обобщив ряд исследований, английский психоаналитик Джон Боулби (Bowlby J., 1961, 1988) полагает, что искусственное отчуждение детей от матери как от человека теплого, ласкового внимательного опасно по крайней мере до трех лет. Трех месяцев «лишения любви» (эмоциональная депривация) в этом временном интервале достаточно, психике ребенка произошли изменения, которые в будущем уже нельзя полностью устранить. Боулби считает, что любая депривация (состояние недостаточного удовлетворения какой-либо важной психологической потребности) в раннем детстве затрагивает прежде всего этическое развитие личности и формирование в ребенке нормального чувства тревоги, что приводит к аномалиям социального поведения, усилению агрессивности, по мнению Боулби, взаимоотношения младенца и матери с биологической точки зрения, следует рассматривать как систему привязанностей, включающую как эмоциональные, так и поведенческие реакции. Он рассматривал систему привязанностей как врожденную инстинктивную или мотивационную систему (подобно голоду или жажде), которая организует процессы памяти младенца и вынуждает его искать близости и общения с матерью. С эволюционной точки зрения система привязанностей явно повышает шансы младенца на выживание, позволяя незрелому мозгу использовать зрелые функции родителей с целью организации собственных жизненных процессов. Следует отметить, что первые 2—3 года жизни, когда так важны взаимоотношения с матерью, ребенок оперирует в основном процедурной памятью. Как у

людей, так и у экспериментальных животных декларативная память появляется гораздо позже. Так, младенческая амнезия, приводящая к тому, что мы сохраняем лишь немногие детские воспоминания, наблюдается не только у людей, но и у других млекопитающих.

Двигательная память — это память на движения. Она составляет основу овладения двигательными действиями в любом виде деятельности человека. Достигая полного развития раньше иных форм, двигательная память у некоторых людей остается ведущей на всю жизнь. Особенно большое значение она имеет у артистов балета, а также в технически сложных видах спорта. При разучивании упражнений замечено, что легче запоминается направление и амплитуда движений и значительно труднее — интенсивность.

Эмоциональная память — это память на чувства. Она определяет воспроизведение определенного чувственного состояния при повторном воздействии тон ситуации, в которой данное эмоциональное состояние возникло. Чувственная память имеется уже у 6-месячного ребенка и достигает своего полного развития к 3—5 годам. Механизмы эмоциональной памяти лежат в основе первичного чувства узнавания (знакомое, чужое), симпатий и антипатий, осторожности. Эмоциональная память отличается также тем, что почти никогда не сопровождается отношением к ожившему чувству как к воспоминанию ранее пережитого чувства. Произвольное воспроизведение чувств в этом аспекте почти невозможно. Например, человек, напуганный в раннем детстве собакой, может и не осознавать причин своего страха при каждой встрече с собакой на улице.

Образная память — это память на образный материал. Различают следующие подвиды: зрительная, слуховая, осязательная, обонятельная и вкусовая. Наиболее отчетливо у всех людей проявляется зрительная и слуховая память, а развитие других подвидов связано с различиями профессиональной деятельности (например, вкусовая память у дегустаторов). Образная память обычно ярче у детей и подростков. У взрослых людей ведущая память, как правило, не образная, а логическая. Можно тренировать образную память, если воспроизводить мысленно в расслабленном состоянии с закрытыми глазами перед сном различные заданные картины.

Символическая память — это память на абстрактный, отвлеченно-символический материал. Она подразделяется на словесную и логическую память. Словесная память формируется в онтогенезе вслед за образной памятью и достигает его полного развития к 10-13 годам. В отличие от образной памяти, она характеризуется большей точностью воспроизведения. Особенности логической памяти проявляются в запоминании только смысла текста, т.е. происходит переработка текста в обобщенных понятиях. Логическая память самым тесным образом связана с мышлением человека.

Методы исследования памяти

Среди методик исследования памяти в клинической практике широко используют две группы: изучение непосредственной памяти (методика запоминания 10 слов, тест зрительной ретенции Бентона) и опосредованного запоминания (методика пиктограммы). Комплексный тест памяти Векслера, в котором конечный результат выражается в стандартных единицах интеллекта, включает семь самостоятельных субтестов для специального исследования отдельных мнестических функций.

Внимание

Внимание - это психический процесс, который обеспечивает направленность и сосредоточенность психики на определенных предметах и явлениях внешнего мира, образах, мыслях и чувствах самого человека. Таким образом, внимание рассматривается как психический процесс, не являющийся самостоятельной формой отражения, а как организующий другие формы отражения (ощущение, восприятие, память, мышление, воображение, эмоции), в результате которого что-то сажается в сознании более отчетливо, а другое — менее отчетливо. Внешне внимание выражается в специфической позе, особой

мимике, в движениях. Поза обычно характеризуется торможением движений, Направленностью органов чувств на объект, а при сосредоточенности на своих мыслях происходит разведение осей глаз - «отсутствующий взор». Основная функция внимания состоит в отборе значимых для человека воздействий и игнорировании (торможении) несущественных, побочных воздействий. Другая важная функция внимания — это удержание, сохранение в сознании определенного предметного содержания до тех пор, пока не будет достигнута цель. Третья существенная функция внимания — регуляция и контроль протекания деятельности. С явлениями внимания связаны и такие сложные процессы как ожидание, установка, апперцепция и др.

Виды внимания.

Непроизвольное внимание представляет собой реакцию на раздражитель, оно не обусловлено волевым актом человека. *Первичное непроизвольное внимание* врожденное и является естественным проявлением безусловного ориентировочного рефлекса. В проявлении такого внимания играет роль сила раздражителя и его неожиданность (громкие звуки, яркий свет, резкий запах). *Вторичное непроизвольное внимание* также не требует волевого усилия внимание здесь привлекается не яркостью или необычностью предмета, а определенным его содержанием, которое отвечает направленности, интересам человека, т.е. постоянному ожиданию чего-либо.

Произвольное внимание, так же как и вторичное непроизвольное внимание является социально опосредованным типом внимания, но оно тесно связано с волей человека, сознательно поставленной целью. В данном случае предполагается использование специальных приемов сосредоточения, организации своего восприятия или мыслей. Произвольное внимание у взрослого человека направляется прежде всего речевыми стимулами, т.е. оно тесно связано речевой системой.

Послепроизвольное внимание возникает вслед за произвольным. Это значит, что человек сначала сосредоточивает сознание на каком-то предмете или деятельности (иногда даже с помощью немалых волевых усилий), а затем процесс вызывает нарастающий интерес, и внимание продолжает удерживаться уже без всякого волевого усилия. Таким образом, послепроизвольное внимание, появляясь вслед за произвольным, не может быть сведено к нему. Он является и вариантом непроизвольного внимания, так как связано с сознательно поставленной целью.

Свойства внимания

Внимание характеризуется различными качественными проявлениями свойствами. Основными из них являются объем, концентрация, устойчивая переключаемость, распределяемость и отвлекаемость.

Объем внимания характеризуется количеством идей, объектов и видов деятельности, которые одновременно может удерживать и контролировать человек. Иными словами, объем внимания связан с числом одновременно отражаемых в сознании объектов. Установлено, что при восприятии множества простых объектов (букв, цифр, фигурок и пр.) в интервале времени 0.07-0,1 с объем внимания у взрослого человека равен 5—7, в среднем 7 элементов с кратковременным запоминанием). У младших школьников он весьма ограничен и с возрастом увеличивается. Увеличить объем внимания можно и с помощью специальных упражнений.

Концентрация внимания выражается в степени интенсивности (сосредоточенности) внимания на одном объекте или ограниченном круге своих представлений, переживаний, мыслей. Поглощенность объектами сосредоточения делает человека высоко помехоустойчивым. Лишь с трудом его можно отвлечь от мыслей или дел, в которые он погружен, он не замечает шума и других отвлекающих раздражителей.

Устойчивость внимания определяется длительностью сохранения концентрированного внимания. Она измеряется временем сосредоточения при условии

сохранения отчетливости отражения в сознании объекта внимания. Устойчивость внимания зависит от целого ряда причин — значимости дела, интереса к нему, навыков и т.п.

Переключаемость внимания характеризуется быстротой произвольного перехода внимания на новый объект или от одного действия к другому при сохранении высокой степени концентрации на нем. Имеются значительные индивидуальные различия в переключении внимания. Эффективность переключения зависит от особенностей объектов внимания значимости работы или интереса к ней, а также от индивидуально-типологических особенностей подвижности нервных процессов. Слишком частое переключение (впрочем, как и однообразная, требующая длительного сосредоточения внимания работа) может приводить к быстрому утомлению. Возможно повышение показателей переключения путем специальных упражнений.

Распределяемость внимания определяется возможностью выполнения двух и более действий одновременно с рассосредоточением внимания между ними. Уровень распределения внимания зависит от ряда условий: от однородности или разнородности совмещаемых видов деятельности, их сложности, степени их привычности. Труднее совмещать два вида умственной деятельности и более эффективное распределение внимания при одновременном выполнении моторной и умственной деятельности.

Отвлекаемость внимания связана с произвольными колебаниями его уровня. Произвольные флюктуации внимания особенно хорошо заметны при сосредоточении на раздражителях пороговой силы. Так, прислушиваясь к очень слабому, едва слышимому тиканью механических часов мы то слышим звук более отчетливо, то менее отчетливо. Колебания – легко прослеживаются и при восприятии конкурирующих (двойственных) изображений. Такие произвольные флюктуации внимания восприятию простых объектов длятся не более 2-3 с (максимум -12 с) Их рассматривают как колебательный процесс, связанный с самонастройкой сенсорных систем, обеспечивающих регулирование их «пропускной способности».

Методы исследования внимания

Все методы для изучения объема внимания можно подразделить на прямые и косвенные. Прямой метод предусматривает предъявление материала (например, слов, букв, изображений предметов) в короткие промежутки времени с помощью тахистоскопа с последующим подсчетом замеченного испытуемым.

Косвенные методы определения объема внимания, как и других его свойств, являются относительно простыми по процедуре проведения тестами скорости. Чаще всего используется методика отыскивания чисел *по таблицам Шульте*.

Для изучения избирательности восприятия при внимании чаще всего используется методика немецкого психолога Хуго Мюнстерберга. Это буквенный текст, где нужно как можно быстрее (норматив – две минуты) подчеркнуть скрытые в нем 25 слов. Регистрируются также и ошибки - пропущенные и неправильно выделенные слова.

Глава III. Мышление. Воображение. Речь.

Цель: изучить процессы мышления, воображения, речи. Разобрать основные виды, типы, формы и функции мышления, воображения и речи. Научить определять типологию мышления.

Студент должен знать:

1. Определение понятий «мышление», «воображение» «речь».
2. Виды, формы, методы, операции, индивидуальные особенности мышления.
3. Развитие мышления в онтогенезе. Законы логики и мышления.
4. Виды воображения. Ятрогении.
5. Виды и функции речи.
6. Соотношение мышления и речи.

Студент должен уметь:

1. Исследовать нарушения речи.
2. Провести методику А.Алексеевой, Л.Громовой по определению индивидуальных стилей мышления.

Темы проектов, рефератов.

1. Теоретические и экспериментальные подходы к исследованию мышления исследования.
2. Особенности нарушения мышления при поражениях мозга.
3. Роль клинического мышления для специалистов медицинских профессий.
4. Нарушения развития мышления у детей.
5. Влияние общения врача с больным на динамику лечения.
6. Использование особенностей воображения человека в целях психодиагностики.
7. Речь. Виды речи. Нарушение формирования речи.
8. Воображение. Виды воображения. Патологические формы воображения.
9. Ятрогении.

Рекомендуемая литература

Основная литература:

1. Педагогика в медицине: учеб. пособие под ред. Н.В.Кудрявая М.: Академия, 2006 <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425022.html>
2. Клиническая психология: учебник Сидоров П.И. Парняков А.В. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2008. <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970414071.html>
3. Педагогическая наука. История и современность: учебное пособие Лукацкий М.А. М.: ГЭОТАР -Медиа, 2012 <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970420874.html>

Дополнительная литература:

1. Психология взаимоотношений врача и пациента: учеб. Пособие Ларенцова Л.И., Смирнова Н.Б. М.: ГЭОТАР -Медиа, 2014 <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970429358.html>
2. Медицинская психология: учеб пособие Тюльпин Ю.Г. СМ.: Медицина, 2004
3. Общая психология. Маклаков А.Г. СПб., Питер, 2007
4. Психология развития. Словарь 6 т. Под.ред. А.Л. Венгера М.: ПЕРСЭ, 2006
5. Психология управления. Лекции: учеб. Пособие Творогова Н.Д. М.: ГЭОТАР -Медиа, 2008 <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970429358.html>

6. Психология управления. Практикум: учеб. пособие Творогова Н.Д. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2008 <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970429358.html>
7. Психология : учеб.-метод. пособие для студентов медицинских вузов. Под ред. А. С. Татров. М.: Академия естествознания, 2010
8. Педагогические технологии в медицине: учеб. пособие Романов М.Г., Сологуб Т.В. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2007 2010. <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970404997.html>

Исходный контроль уровня знаний:

1. Дайте определения мышления, воображения и речи.
2. Какие виды и формы мышления вы знаете?
3. Как мышление связано с другими психическими процессами?
4. Как влияет мышление на воображение и речь?
5. Как вы думаете, какое влияние оказывают эмоции на мышление?
6. Какие причины могут привести к нарушению процессов мышления, воображения и речи?
7. Как вы думаете, как влияют недоразвития зрительного, слухового и речевого аппаратов на формирование и развитие мышления, воображения и речи?

Основные вопросы темы:

1. Определение понятия «мышление». Основные мыслительные операции: анализ и синтез, сравнение (сличение и различение), абстракция (отвлечение), обобщение, конкретизация, систематизация (классификация).
2. Виды мышления: конкретно-действенное, наглядно-действенное (практическое), наглядно-образное, абстрактно-логическое (знаково-символьное, словесно-логическое), творческое (креативное) мышление.
3. Основные формы абстрактного мышления: понятие (категория, определение понятия), суждение, умозаключение.
4. Методы мышления: дедукция, индукция и аналогия и соответствующие им умозаключения.
механически-ассоциативный и логически-ассоциативный типы мышления.
5. Стратегии мышления: случайный, рациональный и систематический перебор. Этапы подготовки и инкубации в мышлении.
6. Индивидуальные характеристики мышления: широта и глубина, последовательность, гибкость, самостоятельность, критичность мышления.
7. Развитие мышления в онтогенезе, стадии и возрастная периодизация, классификация, работы Ж.Пиаже, Л.С. Выготского, П.Я. Гальперина и др.
8. Методики исследования мышления.
9. Воображение, нормальные и патологические формы, роль воображения в развитии психики, активное и пассивное воображение, фантазии, возрастные половые и социальные аспекты.
10. Речь и мышление. Мимика и пантомимика в речи. Устная и письменная речь, этапы развития речи.

Итоговый контроль уровня знаний:

1. Дайте определение мышления. Виды мышления и формы мышления?
2. Какими интегральными характеристиками описываются индивидуальные особенности мышления?
3. Почему грезы относятся к формам пассивного воображения? Могут ли грезы быть преднамеренно вызваны человеком?
4. В чем отличие продуктивного воображения от воображения репродуктивного?
5. Что собой представляют ятрогенные заболевания? Как осуществляется профилактика

- ятрогений?
6. Дайте определение речи. Как соотносятся между собой речь и язык?
 7. Что собой представляет внутренняя речь? Как она формируется в онтогенезе, какие функции выполняет?
 8. В чем заключено различие между экспрессивной и импрессивной речью?
 9. Чем отличается калькирующая речь от разговорной жестовой речи глухонемых людей?
 10. Какой главный признак отличает афазии от алалии?
 11. Что обозначают понятиями левополушарного и правополушарного мышления?
 12. Каким образом проводится оценка патологичности детской лживости?
 13. Какие отдельные феномены детского фантазирования должны настораживать в плане возможности наличия у ребенка психического заболевания?

Содержательная часть.

Мышление

Мышление — психический процесс отражения наиболее существенных свойств предметов и явлений действительности, а также наиболее существенных связей и отношений между ними, что в конечном итоге приводит к получению нового знания о мире.

Операции процесса мышления.

Мыслительная деятельность возникает и протекает в виде особых умственных операций (анализа, синтеза, сравнения, абстракции, обобщения, конкретизации и систематизации) с последующим переходом к образованию понятий.

Анализ – мысленное расчленение целого на части. В его основе лежит стремление познать целое глубже путем изучения каждой его части. Различают два вида анализа: анализ как мысленное разложение целого на части и анализ как мысленное выделение в целом его отдельных признаков или сторон.

Синтез — мысленное соединение частей в единое целое. Так же как в анализе, различают два вида синтеза: синтез как мысленное объединение частей целого и синтез как мысленное сочетание различных признаков, сторон, свойств предметов и явлений действительности.

Сравнение — мысленное установление сходства и различия между предметами и явлениями, их свойствами или качественными особенностями.

Абстракция (отвлечение) — мысленное выделение существенных свойств или признаков при одновременном отвлечении от несущественных свойств; признаков предметов и явлений. Мыслить абстрактно — значит уметь извлечь какой-то момент, сторону, черту или свойство познаваемого объекта и рассмотреть их вне связи с другими особенностями того же объекта.

Обобщение — мысленное объединение предметов или явлений на основе общих и существенных для них свойств и признаков, процесс сведения менее общих понятий к более общим.

Конкретизация — мысленное выделение из общего того или иного частного конкретного свойства или признака, иначе — мысленный переход от обобщенного знания к единичному, конкретному случаю.

Систематизация (классификация) — мысленное распределение предметов или явлений по группам или подгруппам в зависимости от сходства и различий (деление категорий по существенному признаку).

Все мыслительные операции (действия) протекают не изолированно, а в различных сочетаниях.

Виды мышления.

Выделяют три основных вида мышления, которые появляются последовательно в процессе онтогенеза: наглядно-действенное, наглядно-образное и словесно-логическое.

Наглядно-действенное (практическое) мышление — вид мышления, который опирается на непосредственные чувственные впечатления от предметов и явлений действительности, т.е. их первичный образ (ощущения и восприятия). При этом происходит реальное, практическое преобразование ситуации в процессе конкретных действий с конкретными предметами. Этот вид мышления может существовать только в условиях непосредственного восприятия поля манипулирования.

Наглядно-образное мышление — вид мышления, который характеризуется опорой на представления, т.е. вторичные образы предметов и явлений действительности, а также оперирует наглядными изображениями объектов (рисунок, схема, план). В отличие от наглядно-действенного мышления здесь происходит преобразование ситуации только в плане ее внутреннего (субъективного) образа, но при этом появляется возможность подбора самых необычных и даже невероятных сочетаний как самих предметов, так и их свойств. Наглядно-образное мышление - база для формирования словесно - логического мышления.

Абстрактно-логическое (отвлеченное, словесное, теоретическое) мышление — вид мышления, который опирается на абстрактные понятия и логические действия с ними. При наглядно-действенном и наглядно-образном мышлении мыслительные операции осуществляются с той информацией, которую дает нам чувственное познание в виде непосредственного восприятия конкретных предметов и их образов-представлений. Абстрактно-логическое мышление, благодаря абстрагированию, позволяет создавать отвлеченную и обобщенную картину ситуации в виде мыслей, т.е. понятий, суждений и умозаключений, которые выражаются словами.

Указанные виды мышления развиваются в процессе онтогенеза последовательно от предметно-действенного к понятийному.

Мышление взрослого человека включает признаки всех трех видов: предметно-действенного, наглядно-образного и понятийного. Соотношение этих видов мышления при этом определяется не только возрастными, но и индивидуальными особенностями и связано с доминированием одного из полушарий. Преобладание действенного и наглядно-образного мышления характерно для людей с доминирующей активацией правого полушария, такие люди более успешны в технических видах деятельности, им легче даются геометрия и черчение, они склонны к художественным видам деятельности. У лиц с доминированием левого полушария отмечается более высокая успешность теоретического, вербально - логического мышления, они более успешны в математике (алгебре), научной деятельности. В практической деятельности взрослого человека происходит постоянный переход от практического к образному и логическому мышлению и наоборот. Для развитого практического мышления, характерно «умение быстро разбираться в сложной ситуации и почти мгновенно находить правильное решение», то есть то, что обычно называют интуицией.

Интуитивное мышление характеризуется быстротой протекания, отсутствием четко выраженных этапов, малой осознанностью, в отличие от *дискурсивного*, поэтапно развернутого, осознанного мышления. Высокая скорость интуитивного решения задач обусловлена перестройкой процессов логического и образного мышления. Оно приобретает особую значимость в сложных ситуациях деятельности (сложность обстановки, дефицит времени, необходимость учета противодействующих сил, высокая ответственность за каждое решение). Именно этими параметрами и характеризуется деятельность врача. Поэтому в практической деятельности врача все указанные виды мышления выступают в единстве.

Творческое и критическое мышление. Если рассматривать мышление с точки зрения новизны, оригинальности решаемой задачи, то можно выделить мышление творческое (продуктивное, дивергентное, креативное) и воспроизводящее

(репродуктивное, конвергентное). Творческое мышление — это мышление, результатом которого является открытие принципиально нового или усовершенствование решения задачи. Гилфорд, известный исследователь креативного мышления, выделил четыре основных фактора креативности.

1. Оригинальность характеризует своеобразие творческого мышления, необычность подхода к проблеме, способность давать нестандартные ответы.

2. Гибкость — способность к разнообразию ответов, к быстрому переключению.

3. Интеграция как способность одновременно учитывать несколько противоположных условий, подпысок или принципов.

4. Чувствительность как умение подметить едва заметные детали, сходство или различие.

Изучая креативное мышление, Торранс установил, что пик креативности отмечается в детском возрасте (от 3,5 до 4,5 лет), затем она возрастает в первые три года обучения в школе и в предпубертатном периоде. В последующем отмечается тенденция к ее снижению.

В качестве препятствий творческого мышления, часто неосознанных, выступают конформизм (стремление быть как все, боязнь выделиться. Именно поэтому существует внутренняя цензура — человек отбраковывает все, что может оказаться неприкрытым другими людьми); ригидность — стремление мышления идти проторенными путями, решать задачи привычными способами, излишне высокая мотивация, стремление найти ответ немедленно также часто заставляет человека использовать первое пришедшее в голову решение, которое, как правило, не является новаторским.

Критическое мышление — проверка предложенных гипотез с целью определения области их возможного применения. Можно сказать, что творческое мышление создает новые идеи, а критическое выявляет их недостатки и дефекты.

Исходя из всего сказанного, при описании мышления можно выделить такие его качества: глубина—поверхностность; широта—узость; быстрота—замедленность; гибкость—ригидность; оригинальность—тривиальность.

Основные формы мышления.

Понятия, суждения и умозаключения являются основными формами, с которыми совершаются мыслительные операции при отвлеченном мышлении. **Понятие** — форма мышления, отражающая наиболее общие и существенные признаки, свойства предмета или явления объективного мира, выраженная словом. В основе понятий лежат наши знания об этих предметах или явлениях. Принято различать общие и единичные понятия.

Общими понятиями называют те, которые обхватывают целый класс однородных предметов или явлений, носящих одно и то же название. В общих понятиях отражаются признаки, свойственные всем предметам, которые объединены соответствующим понятием.

Любые общие понятия возникают лишь на основе единичных предметов и явлений. Путь формирования понятий — это движение от частного к общему, т.е. через обобщение.

Основой формирования понятий является практика. Очень часто, когда нам не хватает практического опыта, некоторые наши понятия имеют искаженный вид. Они могут быть необоснованно сужены или расширены. Следует различать *житейские понятия*, которые формируются через личный практический опыт. Преобладающее место в них занимают наглядно-образные связи. *Научные понятия*, которые формируются с ведущим участием формально-логических операций, их определение формируется через родовидовые отличия.

Содержанием понятия называется совокупность наиболее существенных признаков предмета, которая мыслится в данном понятии, а совокупность предметов, которая мыслится в понятии, называется *объемом понятия*. Увеличение содержания понятия ведет к уменьшению его объема и наоборот.

В логических отношениях могут находиться только сравнимые понятия. Диагностические ошибки врача могут быть связаны с нарушением логики мышления в понятиях, например конкретной болезни, — чрезмерно широкого или слишком узкого понимания содержания и объема понятия о ней, подменной определению болезни ее описанием с перечислением отдельных симптомов.

Овладеть понятием — это значит не только уметь назвать его признаки, пусть даже весьма многочисленные, но и уметь применять понятие на практике, т.е. уметь оперировать им. Одним из наиболее важных моментов в усвоении понятия является его осознание. Иногда, используя понятие, мы до конца не осознаем его смысл. Поэтому осознание понятия может рассматриваться как наивысшая ступень в формировании понятий, как звено, соединяющее понятие и понимание.

Суждение — форма мышления, в которой отражаются связи между понятиями, выраженные в виде утверждения или отрицания. Если понятие отражает совокупность существенных признаков предметов, перечисляет их, то суждение отражает их связи и отношения. Обычно суждение (например: Роза красная) состоит из двух понятий — двух терминов суждения: субъекта (от лат. *subjectum* — подлежащее), т.е. того, относительно чего в суждении что-либо утверждается или отрицается, и предиката (от лат. *praedicatum* — сказуемое), т.е. словесного выражения утверждения или отрицания.

В общих суждениях что-либо утверждается или отрицается относительно всех предметов данного класса или группы (например: Все рыбы дышат жабрами). В частных, суждениях это относится к некоторым представителям класса или группы (например: Некоторые студенты отличники). Единичным называется суждение, в котором что-то утверждается или отрицается об одном предмете (например: Это здание — памятник архитектуры). Всякое суждение может быть либо истинным, либо ложным, т.е. соответствовать или не соответствовать реальности.

В процессе нашего оперирования разнообразными суждениями с использованием определенных умственных операций возникает ещё одна форма мышления — **умозаключение**.

Умозаключение — это форма мышления, посредством которой из одного или нескольких суждений (посылок) выводится новое суждение (заключение). Умозаключение является высшей формой мышления и представляет собой формирование новых суждений на основе преобразования уже имеющихся. Умозаключение как форма мышления опирается на понятия и суждения и чаще всего используется в процессах теоретического мышления.

Любое умозаключение состоит из посылок, заключения и вывода. Посылками умозаключения являются исходные суждения, из которых выводится новое суждение. Это новое суждение, полученное логическим путем из посылок, называется заключением. А сам логический переход от посылок к заключению и есть вывод. Отношение логического следования между посылками и заключением предполагает связь между посылками по содержанию. Если суждения не связаны по содержанию, то вывод из них невозможен. При наличии содержательной связи между посылками мы можем получить в процессе рассуждения новое истинное знание при соблюдении двух условий: должны быть истинными посылки и должны соблюдаться определенные правила вывода — методы мышления.

Методы мышления

Умозаключение является наиболее сложной формой и продуктом мышления. Оно основывается на данных ряда суждений и осуществляется путем рассуждения. *Различают три основных метода (способа) получения умозаключений при рассуждении: дедукция, индукция и аналогия.*

Дедуктивное умозаключение — ход рассуждений при получении заключения идет от более общего знания к частному (от общего к единичному), здесь переход от общего знания к частному является логически необходимым.

Индуктивное умозаключение — рассуждение идет от частного знания к общим положениям. Здесь имеет место эмпирическое обобщение, когда на основании повторяемости признака заключают о его принадлежности всем явлениям этого класса.

Умозаключение по аналогии — делает возможным при рассуждении логический переход от известного знания об отдельном предмете к новому знанию о другом отдельном предмете на основании уподобления одного явления другому (от единичного случая к подобным единичным случаям или от частного к частному, минуя общее).

Типы мышления

Первые попытки выделить специфику мышления восходят к ассоциативному направлению в психологии, где главной особенностью мышления является его целенаправленный и продуктивный характер. В рамках этого направления выделены *механически-ассоциативный* и *логически-ассоциативный* типы мышления.

Механически-ассоциативный тип мышления — ассоциации формируются преимущественно по законам смежности, сходства или контраста. Здесь нет и четкой цели мышления, т.е. того особого регулятора, который обеспечивает подбор нужного материала и образование причинно-следственных ассоциаций. Такое «свободное» (хаотически-механическое) ассоциирование можно наблюдать во сне (этим часто объясняется причудливость некоторых образов сновидений), а также при снижении уровня бодрствования (при утомлении болезни).

Логически-ассоциативное мышление — отличается целенаправленностью и ценностью. Для этого всегда необходим регулятор ассоциаций — цель мышления. Х. Липман (1904) использовал для обозначения этой цели отвлеченное понятие — «руководящие представления». Они направляют ассоциации, что приводит к подбору (на подсознательном уровне) необходимого материала для формирования смысловых ассоциаций. Руководящие представления являются, по выражению Э. Кречмера (1888—1964), тем магнитом, который держит родственные представления в поле сознания. Такого рода мышление требует апперцепции с определенной установкой внимания на цель мышления.

Наше обычное мышление состоит как из логически-ассоциативного (апперцептивного), так и механически-ассоциативного мышления. Первое мы имеем при концентрированной интеллектуальной деятельности, второе — при утомлении.

Индивидуальные особенности мышления

Все выше указанные различия в мыслительной деятельности людей (вид, тип и стратегии мышления) определяют индивидуальные особенности мышления каждого конкретного человека. Они складываются в процессе жизни, деятельности и в значительной мере обусловлены условиями обучения и воспитания. Имеют значение и типологические свойства высшей нервной деятельности человека, его аффективной сферы, особенности функционального межполушарного взаимодействия. Индивидуальные особенности мышления определяют такие интегральные его характеристики, как широта и глубина мышления, его последовательность, гибкость, самостоятельность и критичность. Перечисленные особенности мышления у разных людей сочетаются и выражены по-разному, что и характеризует индивидуальные особенности их мышления в целом.

Широта ума проявляется в кругозоре человека и характеризуется разносторонностью знаний, умением мыслить творчески и рассматривать любой вопрос в многообразии его связей с другими явлениями, способностью к широким обобщениям.

Глубина ума выражается в умении проникать в сущность вопроса, умении увидеть проблему, выделить в ней главное и предвидеть последствия решения. Качественным, противоположным глубине мышления, является поверхностность суждений и умозаключений, когда человек обращает внимание на мелочи и не видит главного.

Последовательность мышления выражается в умении устанавливать логический порядок в решении различных вопросов. Быстрота мышления — это умение быстро оценивать ситуацию, быстро обдумывать и принимать решения, легко переключаться на решение разных задач.

Гибкость мышления выражается в свободе его от сковывающего влияния бытующих стереотипов, способность находить нетрадиционные способы решений в зависимости от изменений обстановки.

Самостоятельность мышления выражается в умении человека выдвигать новые вопросы и задачи, находить новые пути их решения самостоятельно, без посторонней помощи. Такое мышление не поддается внушающему постороннему влиянию.

Критичность мышления — это умение человека объективно оценивать свои и чужие суждения, умение отказаться от своих не соответствующих действительности высказываний, подвергать критическому рассмотрению предложения и суждения других людей.

Развитие мышления в онтогенезе.

Исследованиями детской психологии мышления длительное время занимался швейцарский психолог Жан Пиаже (Piaget J., 1966). Он рассматривал развитие мышления как самопроизвольный, закономерно совершающийся переход от внешних действий к внутренним мыслительным операциям. В исследованиях Ж. Пиаже и его психологической школы показано качественное своеобразие детского мышления, особая детская логика, отличная от взрослой, и прослежено, как мышление постепенно меняет свой характер по мере взросления ребенка.

В самом раннем возрасте ребенок вынужден двигательно реализовывать каждое действие, чтобы решить стоящие перед ним задачи. В этот период действия его еще максимально развернуты, они содержат много видимых компонентов. С возрастом они видоизменяются под влиянием *свертывания*: компоненты действия качественно преобразуются и уменьшается их число. На некотором этапе возрастного развития становится возможным их *погружение* и превращение в мыслительные операции (*интериоризация*). Таким образом, сначала ребенок познает мир в действиях, затем — в образах, далее у него формируется символическое представление о мире через язык и абстрактное мышление.

Пиаже выделяет четыре стадии когнитивного развития детей:

1. Стадия сенсомоторных операций (сенсомоторный интеллект) — действия с конкретным, чувственно воспринимаемым материалом: предметами, их изображениями, линиями, фигурами разной формы, величины и цвета. Эта стадия продолжается у детей до 2 лет и свободна от пользования языком; отсутствуют представления. Все поведение и интеллектуальные акты ребенка сосредоточены на координации восприятия и движений (отсюда название «сенсомоторный»), идет формирование «сенсомоторных схем» предметов, формируются первые навыки и устанавливается константность восприятия.

2. Стадия дооперационального интеллекта (2—7 лет) — характеризуется сформированной речью, представлениями, интериоризацией действия в мысль (действие замещается каким-либо знаком: словом, образом, символом). Если раньше ребенок производил различные внешне действия, чтобы достичь цели, то теперь он уже может комбинировать схемы действий в уме и внезапно приходит к правильному решению.

Эту стадию развития интеллекта называют *репрезентативным интеллектом* — мышление с помощью представлений. Сильное образное начало при недостаточном развитии словесного мышления приводит к своеобразной детской логике. На этапе дооперациональных представлений ребенок не способен к доказательству, рассуждению. Овладение понятиями и логикой у детей формируется постепенно — в процессе оперирования предметами и при обучении.

Все особенности ранней (допонятийной) формы мышления Ж. Пиаже объясняет присущим маленьким детям феноменом *детского эгоцентризма* - представление ребенка, что все вокруг имеет к нему отношение, воспринимает мир как свое продолжение, имеющее смысл только в плане удовлетворения потребностей. Эгоцентризм — особая интеллектуальная позиция ребенка. Он еще не способен свободно производить преобразования системы отсчета, начало которой жестко связано с ним самим, с его «Я». Все это не позволяет детям до 5 лет правильно понимать ситуации, требующие принятия чужой позиции, координировать разные точки зрения.

Ж. Пиаже различает три основных уровня эгоцентризма:

- 1) отсутствие различения субъекта и объекта ребенком до 1,5 лет;
- 2) недостаточное различение своей и чужой точки зрения ребенком до 7-8 лет, что порождает такие особенности мышления дошкольника, как синкретизм или анимизм;
- 3) вера подростка в безграничные возможности собственного мышления и способность преобразовать окружающий мир (11-14 лет).

3. Стадия конкретных операций (8—11 лет) — характеризуется осознанием обратимости и симметричности отношений за счет преодоления эгоцентризма. Этап конкретных операций связан со способностью к рассуждению, доказательству, соотнесению разных точек зрения. Логические операции тем не менее нуждаются в опоре на наглядность, не могут производиться в гипотетическом плане (поэтому они названы конкретными). Все логические операции зависят от конкретных областей применения. В частности, ребенок уже может образовывать из конкретных предметов как отношения, так и классы. Если в 7 лет ребенку удастся расположить палочки по их длине, то лишь в 9,5 лет он подобную операцию делает с весами тел, а с объемами — только в 11 — 12 лет. Логические операции еще не стали для ребенка генерализованными.

4. Стадия формальных операций (12—15 лет) — подросток освобождается от конкретной привязанности к объектам, данным в поле восприятия, что характеризует завершение формирования логического мышления. Подросток приобретает возможность мыслить так же, как взрослый человек, т.е. гипотетически, дедуктивно. Для этой стадии характерно оперирование логическими отношениями, относительными понятиями, абстракцией и обобщениями. Вступление подростка в этап формальных логических операций вызывает у него гипертрофированное тяготение к общим теориям, стремление к «теоретизированию», что, по мнению Ж. Пиаже, является возрастной особенностью подростков. Для подростков общее становится важнее и существеннее частных, они тяготеют к созданию своих собственных теорий в политике или философии. Силлогизмы становятся основой операций логического мышления в этом возрасте.

В нашей стране широкое распространение получила теория формирования и развития интеллектуальных операций, предложенная П.Я. Гальпериним. В основу данной теории было положено представление о генетической зависимости между внутренними интеллектуальными операциями и внешними практическими действиями. Он говорил о существовании поэтапного формирования мышления. В своих работах Гальперин выделил этапы интериоризации внешних действий, определил условия, обеспечивающие успешный перевод внешних действий во внутренние. Гальперин считал, что развитие мышления на разных этапах непосредственно связано с предметной деятельностью, с манипулированием предметами. Однако перевод внешних действий во внутренние с

превращением их в определенные мыслительные операции происходит не сразу, а поэтапно.

- Первый этап характеризуется формированием ориентировочной основы будущего действия. Основной функцией данного этапа является ознакомление на практике с составом будущего действия, а также с требованиями, которым в конечном итоге это действие должно соответствовать.
- Второй этап формирования умственного действия связан с его практическим освоением, которое осуществляется с использованием предметов.
- Третий этап связан с продолжением освоения заданного действия, но уже без опоры на реальные предметы. На данном этапе происходит перенесение действия из внешнего, наглядно-образного плана во внутренний план. Главной особенностью данного этапа является использование внешней речи в качестве заменителя манипулирования реальными предметами. Гальперин считал, что перенос действия в речевой план означает прежде всего речевое выполнение определенного предметного действия, а не его озвучивание.
- На четвертом этапе освоения умственного действия происходит отказ от внешней речи. Осуществляется перенос внешнеречевого выполнения действия целиком во внутреннюю речь. Конкретное действие выполняется «про себя».
- На пятом этапе действие выполняется полностью во внутреннем плане, с соответствующими сокращениями и преобразованиями. С последующим уходом выполнения данного действия из сферы сознания (т.е. постоянного контроля над его выполнением) в сферу интеллектуальных умений и навыков.

Понятийное мышление приходит на смену допонятийного мышления постепенно, через ряд промежуточных стадий отметил Л.С. Выготский (1982) выделив пять этапов в переходе к формированию понятий:

1)ребенку 2—3 года — яркий синкретизм (операция, заменяющая ребенку анализ и синтез), который проявляется в том, что при просьбе положить вместе похожие предметы ребенок складывает вместе любые из них, считая, что те, которые положены рядом и есть подходящие;

2)ребенку 2-6 лет — в классификации предметов появляются цепочки попарного сходства, т.е. он показывает элементы объективного сходства двух предметов, но уже третий предмет может отличаться от двух предыдущих;

3)ребенку 7-10 лет — может объединить группу предметов по сходству, но еще не способен осознать и назвать главные признаки всей группы;

4)ребенку 11-14 лет — появляется понятийное мышление, но еще несовершенное, поскольку первичные понятия сформированы на базе житейского опыта и не подкреплены научными знаниями;

5)юношеский возраст — использование теоретических положений позволяет выйти за рамки житейского опыта и правильно определить границы класса-понятия.

По мнению многих психологов, формирование логики также обычно требует специального обучения.

Исследование мышления.

Уже в ходе целенаправленной беседы мы можем оценить особенности мыслительного процесса у больного, вникнуть в сущность отдельных операций, выявить клинически очерченные нарушения течения ассоциаций или патологические идеи (бредовые, сверхценные, навязчивые). Следует обращать внимание на темп мышления, активность выполнения мыслительных операций. При ускорении мышления оно характеризуется повышенной отвлекаемостью, поверхностностью ассоциаций, легкостью переключения с одной темы на другую, «скачкой идей». В случае замедленности процессов мышления больные медленно переходят от одного суждения к другому, умозаключения

формируются замедленно, ассоциации возникают с трудом, переключение с одной темы надругую затруднено.

Кроме опроса и оценки поведения, в исследовании мышления имеют большое значение экспериментально-психологические методы. Но без знания личностных особенностей больного правильная оценка результатов экспериментального исследования мышления весьма затруднительна. Существует большое число экспериментально-психологических методов, с помощью которых можно исследовать различные аспекты нарушения мышления.

Темп и течение ассоциаций. С физиологической точки зрения исследование ассоциаций есть не что иное, как исследование образованных в прошлом жизненном опыте временных связей. Они воспроизводятся под действием слов-раздражителей и выражаются в речевых реакциях. Эта методика пригодна для изучения скорости образования ассоциативных связей (темпа мышления), развитости процессов обобщения и отвлечения, а также других особенностей мышления и личности в целом.

В наиболее распространенном классическом варианте ассоциативного эксперимента больному предлагается на каждое предложенное экспериментатором слово сразу отвечать одним первым пришедшим на ум другим словом.

Обычно предлагается набор из 20-60 слов: фиксируется ответ, а также время между словом-исследователем и ответной реакцией больного (латентный период, равный в норме 1.5—2 с).

Классификация — операция процесса мышления, которая требует умения выделять существенные признаки предметов.

Методика направлена первоочередно на исследование мышления (процессов обобщения и абстрагирования, последовательности умозаключений и т.п.), но она дает также возможность анализа критичности и обдуманности действий больного, объема и устойчивости его внимания, личностных реакций на свои достижения и неудачи.

Методика применима для исследования детей и взрослых любого образовательного уровня. Однако для исследования детей до 3—4-го класса школы и малограмотных взрослых часть карточек следует исключить (измерительные приборы, учебные пособия). Предлагается рассортировать (классифицировать) с обоснованием своего решения 70 карточек с цветными и черно-белыми изображениями различных предметов, людей, животных, растений.

Методика позволяет выявить *снижение процесса обобщения*, которое характерно для больных олигофренией и эпилепсией. Конкретное мышление, которое характерно для олигофрении, определяется в случаях, когда испытуемый объединяет предметы в сугубо конкретные ситуационные группы (например, пальто со шкафом, «потому, что пальто висит в шкафу»).

Склонность к *детализации*, характерная для больных эпилепсией, определяется в случаях, когда испытуемый выделяет группы правильно, но слишком их дробит (например, «одежда домашняя и одежда на выход», «мебель мягкая и мебель кухонная»). От излишней детализации следует отличать такое выполнение задания, когда групп также много, но это связано не с дроблением, а наличием *одноименных групп*. Это уже будет проявлением забывчивости, рассеянности, сужения объема внимания, что бывает при сосудистых и иных органических болезнях мозга.

Методика весьма чувствительна к выявлению специфических нарушений мышления, характерных для больных шизофренией: искажения процессов обобщения, актуализации случайных ассоциаций, разноплановости мышления и некоторых других. Главное, что можно отметить в этих случаях, заключается в том, что больные начинают складывать одни группы чрезвычайно обобщенно, а другие — чрезмерно детально. Уже только это можно расценивать как *непоследовательность мышления*, которая чаще всего бывает при шизофрении. Подобное явление иногда

можно встретить при органических болезнях мозга, но только в период обострения психопатологических расстройств.

Существует ряд модификаций методики классификации: классификация геометрических фигур, специальные задания на исключение понятий, выделения существенных признаков предметов.

Методика «Исключение предметов (понятий)» — оценивается способность разграничивать разнородные понятия. Испытуемый должен исключить из группы «лишний» из четырех или пяти предметов (например: «стол, ступ, кровать, пол, шкаф»; «дряхлый, старый, изношенный, маленький, ветхий»). Иногда специально вводят в задание карточки с рисунками (словами), где нельзя провести такого рода исключение и обобщение. Здоровые обследуемые в таких случаях заявляют, что задание невыполнимо, а больные шизофренией с легкостью объединяют в группу предметы, используя «слабый», латентный признак того или иного предмета.

Методика «Выделение существенных признаков предметов (понятий)» — позволяет судить о качестве понимания главных и второстепенных признаков предметов и явлений. Предлагаются задания, где испытуемый должен выделить существенные признаки ключевого понятия, подчеркнув признаки, без которых данное понятие не существует (например, «Сад: растения, садовник, собака, забор, земля» или «Река, берег, рыба, рыболов, тина, вода»).

Понимание переносного смысла пословиц. Для изучения процессов абстрагирования больному можно предложить задания на понимание переносного смысла пословиц или понимание содержания сюжетных картин и коротких рассказов (в том числе с нелепостями). Здесь существенную роль в общей оценке результатов играет отношение обследуемого к допускаемым ошибкам — замечает ли он их самостоятельно, или только с помощью экспериментатора. Требуется знать при этом, как он мотивирует ошибочные решения и насколько они доступны коррекции.

Формирование искусственных понятий (методика двойной стимуляции). Испытуемому предлагается два ряда стимулов: один ряд играет роль объекта, на который направлено поведение, другой — роль знака, с помощью которого поведение организуется. Например, имеется набор объемных геометрических фигур, различных по форме, размерам и цвету. На обратной стороне фигур написаны незнакомые испытуемому слова («окс», «нур» и др.). Требуется после нескольких проб найти все фигуры с данными словами. Обращают внимание на то, сколько понадобилось таких проб, чтобы у испытуемого сформировалось искусственное понятие, т.е. признак, по которому осуществлялся выбор. Иногда, правильно распознавая фигуры, обследуемый не может правильно назвать их общие признаки, что может свидетельствовать о слабости процессов обобщения и отвлечения на вербальном уровне. Таким образом, предметом изучения в данном эксперименте становится не только процесс сравнения и обобщения фигур, но и влияние на этот процесс слова (знака), обозначающее искомое сочетание признаков.

Исследование логических связей и отношений между понятиями — применяется методика образования *парных аналогий* в рисуночном и словесном вариантах, где в соответствии с образцом (пара слов) подбирается новая пара, аналогичная по признаку, представленному в образце. Например: школа/обучение; больница/(доктор, ученик, учреждение, лечение, больной).

Методика сложных аналогий

Обследуемому предлагается на бланке 20 пар слов, отношения между которыми построены на абстрактных связях, на этом же бланке в рубрике «Шифр» расположены 6 пар слов с соответствующими цифрами от 1 до 6. В бланке следует в течение трех минут обвести кружком соответствующую цифру, аналогичную соотношению в ключе.

Шифр

1. Овца - стадо	4. Свет - темнота
2. Малина - ягода	5. Отравление - смерть
3. Море - океан	6. Враг - неприятель

1. Испуг - бегство	123456	11. Мечь - поджог	123456
2. Физика - наука	123456	12. Десять - число	123456
3. Правильно - верно	123456	13. Плакать - реветь	123456
4. Грядка - огород	123456	14. Глава - роман	123456
5. Пара - два	123456	15. Покой - дыхание	123456
6. Слово - фраза	123456	16. Смелость - геройство	123456
7. Бодрый - вялый	123456	17. Прохлада - мороз	123456
8. Свобода - воля	123456	18. Обман - недоверие	123456
9. Страна - город	123456	19. Пение - искусство	123456
10. Похвала - брань	123456	20. Тумбочка - шкаф	123456

Ключ: 5, 2, 6, 1, 6, 1, 4, 6, 3, 4 — 5, 2, 6, 1, 4, 6, 3, 5, 2, 3. Норма правильных ответов 5 и выше.

Понимание силлогизмов. Особую группу методов составили методики исследования логического мышления с помощью изучения понимания испытуемым умозаключений на основе четырех фигур силлогизма, а также их графических изображений в виде пересекающихся контуров (кругов или эллипсов) силлогизмов, отношений между объемами понятий — диаграммы Венна и др.

Исследование конструктивного мышления. Для исследования конструктивного мышления используются специальным образом окрашенные кубики (кубики Коса, куб Линка), из которых предлагается выложить по образцу узоры (сложности или сложить большой куб заданного цвета).

ВООБРАЖЕНИЕ

Воображение (фантазия) — познавательный психический процесс создания нового образа (представления) предмета или ситуации путем перестройки (преобразования) имеющихся у человека представлений.

Воображение как своеобразная форма отражения действительности осуществляет мысленный отход за пределы непосредственно воспринимаемого, способствует предвосхищению будущего, «оживляет» то, что было ранее.

Воображение — это созидательный процесс, и в нем принимают участие многие психические процессы, особенно мышление, память и восприятие. Одновременно само воображение «вмешивается» в течение того или иного психического акта, как бы пронизывая его и придавая ему свои соответствующие черты.

Воображение — это аналитико-синтетическая деятельность, которая осуществляется под направляющим влиянием сознательно поставленной цели, либо чувств и переживаний, которые владеют человеком в данный момент.

Чаще всего воображение возникает в проблемной ситуации, когда требуется быстрый поиск решения, опережающий конкретные практические действия по ее разрешению (*опережающее отражение*), что также характерно и для мышления. Однако в отличие от мышления, где опережающее отражение действительности

происходит путем оперирования понятиями, в воображении это происходит в конкретно-образной форме — в виде ярких представлений. Таким образом, в проблемных ситуациях существуют две системы опережения сознанием результатов деятельности — это организованная система образов (воображение) и организованная система понятий (мышление).

Возможность выбора и реконструкции образов (представлений) или возможность новой комбинации понятий обеспечивают человеку пластичность приспособления к жизненным ситуациям. В зависимости от обстоятельств, которыми характеризуется проблемная ситуация, одна и та же задача может решаться как с помощью воображения, так и с помощью мышления. Особенно велика роль воображения в ситуациях неопределенности, когда нет той нужной полноты знаний, которые необходимы мышлению.

Существуют индивидуально-типологические особенности воображения, тесно связанные со спецификой памяти, мышления и восприятия. Лица с художественным типом мышления обладают большим разнообразием фантазии в плане конкретно-образного восприятия мира (доминирование правого полушария мозга), а у других отмечается больше склонность к оперированию абстрактными символами и понятиями (доминирование левого полушария мозга).

Виды воображения

Воображение может быть пассивным и активным, а активное, в свою очередь разделяют на воссоздающее (репродуктивное) и творческое (продуктивное воображение).

Пассивное воображение характеризуется произвольностью возникновения, что проявляется в сновидениях и грезах. Грезы человек может вызвать и преднамеренно, но и в этом случае возникновение самих образов воображения отличается произвольностью.

Отличительная черта пассивного воображения — это полный или почти полный отрыв его от практической деятельности человека. Продукты, образы сновидений и грез обычно неосуществимы и являются своеобразной заменой реальности, ее суррогатом. Грезы служат человеку средством «ухода» от различных жизненных трудностей, выступая в этой роли как особый механизм психологической личностной защиты. Всем людям свойственно грезить о чем-то радостном, приятном и заманчивом, но преобладание у человека во всех продуктах его воображения грез может свидетельствовать об определенных дефектах развития личности, ее пассивности.

Активное воображение характеризуется произвольностью, и человек при этом по собственному желанию, усилием воли вызывает у себя соответствующие образы, оно более ориентировано на практическую деятельность.

При *воссоздающем, репродуктивном* воображении образ предмета или явления создается по его словесному описанию. Это необходимо человеку при чтении книг, изучении различных схем и карт. Репродуктивное воображение больше напоминает восприятие или память, чем творчество.

При *творческом, продуктивном* воображении предполагается самостоятельное создание совершенно новых образов без опоры на готовое описание. Оно требует отбора из запасов памяти соответствующих представлений и их реконструкции в соответствии с замыслом.

При творческом воображении различают объективную и субъективную новизну его результата. Если образы и идеи оригинальны и не повторяют чего-либо, что имеется уже в опыте других людей, то это объективное новое для данного человека и для всех других. Если образы воображения новы только для самого создателя (он не знал о существовании аналогичных результатов), то их следует относить к субъективному новому.

Если воображение рисует сознанию такие картины, которым ничего или мало что соответствует в действительности, то оно носит название *фантазии* (в широком смысле термины «воображение» и «фантазия» часто отождествляются). Понятие «мечта» наиболее применимо к содержанию образов воображения, моделирующих ситуации и события, особенно желательные и значимые для человека. Мечты могут стимулировать к активной деятельности, но могут и оставлять человека пассивным, как бы пребывающим в мире своих мечтаний.

Образы воображения создаются различными способами:

- агглютинация — «склеивание», синтез различных, в повседневной жизни несоединяемых свойств и частей предметов (так строятся сказочные образы - русалка, кентавр);
- гипербололизация — увеличение или уменьшение величины предмета, а также изменение его отдельных частей (сказочные великаны и карлики, многорукие богини);
- заострение (акцентирование) — подчеркивание каких-либо отдельных признаков (злые карикатуры и дружеские шаржи);
- схематизация — отдельные представления сливаются, различия сглаживаются, а черты сходства выступают четко;
- типизация — выделение существенного, повторяющегося в однородных явлениях с воплощением его в одиночном образе.

Наиболее ярко феномены воображения видны в художественном творчестве людей (например, импрессионизм и кубизм в живописи, а в литературе — фантастика). В продуктах воображения, фантазии человека всегда проявляется и его личность, особенно неосознаваемые эмоционально-мотивационные процессы. Данный факт нашел широкое применение в психологии для создания различных *проективных* психодиагностических личностных методик (тест «чернильных пятен» Роршаха, тест рисуночной фрустрации Розенцвейга и др.).

Знание особенностей воображения необходимо врачу для понимания внутреннего состояния своих пациентов. Воображение больного, в силу имеющихся страхов и опасений за здоровье, может искажать картину имеющейся болезни и ее последствий, хода предстоящей операции. Врач, пользуясь методами разъяснения, убеждения и внушения, должен направить воображение больного по оптимистическому пути. С помощью воображения мы можем управлять многими психофизиологическими состояниями организма. Именно эти возможности воображения лежат в основе некоторых психотерапевтических методик саморегуляции, в частности аутотренинга.

Ятрогении

Некоторые расстройства психики своим возникновением иногда обязаны чрезмерной мнительности, впечатлительности и живому воображению больного. Часто непосредственным поводом для такого заболевания является неправильно понятое слово врача. Слово врача — могучее средство воздействия на больного. Как и всякое другое терапевтическое средство, слово врача может иметь не только полезное, но и вредное для больного действие. Немецкий психиатр О. Бумке (Bumke O., 1925) в своей небольшой статье «Врач как причина душевных расстройств» обратил внимание на вредные последствия неправильного (в психологическом плане) поведения врача с больным. Пациент здесь воображает, что он заболел опасной болезнью и у него даже «появляются соответствующие симптомы. Такие болезни, которые возникают под влиянием неосторожного слова врача, принято называть *ятрогенными заболеваниями*. Сила ятрогенных воздействий врача возрастает при авторитарном, директивном стиле его отношений с больным. Врач должен уметь пользоваться словами.

При ятрогении в сознании больного человека постоянно присутствует через обозначение в словах ощущение того симптома, который он себе вообразил под

влиянием слов врача. Человек, как бы не желая думать о симптоме, думает о нем. Этот его миф о болезни постоянно нуждается в подтверждении, поэтому человек прислушивается к себе и «находит» соответствующие ощущения. У него начинает болеть там, где «должно» болеть. К этому разряду относится и хорошо известный в среде медиков «симптом 3-го курса», когда студент «обнаруживает» у себя все изучаемые им болезни.

Ятрогении (от лат. *iatros*— врач) — общее название, обозначающее психогенные расстройства у больного вследствие неосторожных, ранивших больного слов врача (собственно ятрогения) или его действий (ятропатия), медицинской сестры (соророгения, от лат. *soror* — сестра), других медицинских работников. Пагубные самовлияния, связанные с предубеждением по отношению к врачу, страхи перед медицинским обследованием также привести к подобным расстройствам — эгогения. Ухудшения в состоянии больного под влиянием нежелательных воздействий других больных (сомнения в правильности диагноза, лечения и т.п.) обозначают термином эгротогения (от *aegrotus* — больной).

Особую роль миф о болезни играет в ситуации лечения. Если больной верит в лечение, то его эффективность заметно возрастает. В ряде случаев лекарство (например, анальгетик) может быть заменено плацебо («пустышка»), от которого больной субъективно чувствует тот же эффект. Лечебный миф, как и миф о болезни, не имеет четкой структуры и подвержен влиянию извне. Слава целителя также может быть мифом, способствующим лечению. Порой самые фантастические и нелепые лечебные приемы находят своих убежденных последователей, эксплуатирующих этот неспецифический фактор «веры» больного в лечебный эффект, за счет которого и наблюдаются определенные успехи целительства, особенно в плане ближайших результатов.

Врач может попасть в сложное положение, если принимает миф за реальность или наоборот. Врач должен понимать как свои терапевтические возможности или свои способности исцелять тем или иным методом, так и осознавать реальное состояние пациента. С виду невинное заблуждение врача в своих качествах как целителя может привести к потере больным времени, сил и средств для осуществления настоящего патогенетического лечения.

РЕЧЬ

По своему значению речь имеет полифункциональный характер. Для человека она является основным средством общения, средством мышления, носителем сознания и памяти, носителем информации (письменные тексты), средством управления поведением других людей и регуляции собственного поведения.

Речь — это процесс словесного общения, выражение какой-либо мысли.

Язык — это система условных знаков, с помощью которых передаются сочетания звуков, имеющие для людей определенный смысл и значение. Если в речи выражается психология отдельно взятого человека, то в языке отражается психология целого народа, говорящего на данном языке. Связующим звеном между языком и речью является значение слова, которое выражается как в единицах языка, так и в единицах речи. Значение слова едино для всех людей, а его смысл может носить сугубо личностный характер. Речь возникла в процессе исторического развития вместе с мышлением, и она имеет для людей прежде всего коммуникативное, общественное значение. Однако к речи мы прибегаем не только тогда, когда нам нужно логично аргументировать свое отношение к разным жизненным проблемам, но и для повседневного общения, взаимодействия по поводу трудовой, учебной, игровой или иной деятельности. Потребность в совместной деятельности и приводит к необходимости в общении.

Общение — это обмен информацией, а язык есть система знаков. Мысли и переживания человека должны быть сначала превращены (закодированы) в устные (звуки) или письменные (буквы, изображения) знаки, чтобы передать их другим людям.

Значение (смысл) мыслей и переживаний будет понятно людям, если они знают язык, на котором их передают. Общение между людьми осуществляется не только посредством языка, но и при помощи многих других знаков: научных символов (в математике, физике др.), знаков искусства (ноты в музыке, символы изобразительного искусства), морской сигнализации, знаков дорожного движения. Наука о знаках и знаковых системах (включая языковые знаковые системы) называется *семиотикой*.

Наиболее простой разновидностью устной речи является диалог.

Диалог — это речь, которая активно поддерживается собеседником и она «свернута», так как в ней многое подразумевается в силу знания и понимания ситуации партнером.

Монологическая речь — развернутая речь человека, обращенная к другим людям. Она требует от говорящего умения связно и последовательно излагать свои мысли, придавая им законченную форму. Монологическая речь кроме коммуникативной функции несет в себе и выраженную экспрессивную функцию. Сюда относятся мимика и жесты, паузы и интонации, которые подчеркивают отношение говорящего к содержанию разговора.

Письменная речь представляет собой разновидность монологической речи но, в отличие от монолога, строится при помощи письменных знаков.

В качестве самостоятельных основных видов выделяют экспрессивную и импрессивную речь, которые имеют разное психологическое строение.

Экспрессивная речь (процесс высказывания — устная или письменная речь) начинается с замысла (план высказывания), затем проходит стадию внутренней речи, которая обладает «свернутым» характером, и наконец переходит в стадию развернутого внешнего высказывания — устного или письменного.

Импрессивная речь (процесс понимания речевого высказывания — устного или письменного) начинается с восприятия сообщения через слух или зрение, затем проходит стадию декодирования (выделение единиц информации) и завершается формированием во внутренней речи схемы сообщения и его понимания.

Внутренняя речь недоступна прямому наблюдению и отличается свернутостью (в частности, опускаются многие члены предложения, происходит «выпадение» гласных звуков), она специально приспособлена к выполнению мыслительных операций и действий в уме.

Формирование речевой деятельности у детей.

Выделяют три главных критических периода в развитии речевой функции у детей.

Первый критический период (1—2-й год жизни), когда формируются предпосылки речи и складываются основы коммуникативного поведения, движущей силой которого является потребность в общении. Идет интенсивное развитие корковых речевых зон, в частности зоны Брока, критическим периодом ее развития является возраст 14-18 месяцев. Любые неблагоприятные факторы, действующие в этот возрастной период, могут отразиться на речевом развитии ребенка.

Второй критический период (3 года), когда интенсивно развивается связанная речь. Ранность психики в этот период (упрямство, негативизм и т.д.) могут влиять и на речевое развитие. Могут возникать заикание, мутизм как реакция протеста на завышенные требования взрослых. Заикание также может быть обусловлено и возрастной неравномерностью созревания отдельных звеньев речевой системы («эволютивное заикание»).

Третий критический период (5—7 лет) — начало развития письменной речи. Возрастает нагрузка на центральную нервную систему. При предъявлении повышенных требований также могут происходить «срывы» нервной деятельности с возникновением заикания. Критические периоды развития речи играют роль предрасполагающих условий, а в ряде случаев имеют и самостоятельную роль в формировании различных дисфункций речевой системы.

Жестовая речь

В любом общении существуют различные неречевые средства, в частности жесты, которые дополняют или выражают отношение говорящего к содержанию сообщения. Особая роль использования жестов в искусстве — пантомима, опера, драма и др. Особо важное значение жестовая речь приобретает у людей с дефектами слуха. Система жестового общения глухих имеет сложную структуру и включает две разновидности жестовой речи — разговорную и калькирующую.

Разговорная жестовая речь глухих совершенно самостоятельная система. Долгое время не удавалось создать лингвистического описания разговорного жестового языка, так как традиционная лингвистика оперирует понятиями «часть речи», «существительное», «глагол», а в разговорной жестовой речи глухонемых нет возможности выделить эти элементы. Жест не звучит, но он имеет свою конфигурацию, пространственное положение и движение, передающие все особенности и оттенки сообщений собеседнику. Состав и количество жестов разговорной жестовой речи очень велико, порой складываются системы общения, которой пользуются только в данной конкретной семье.

Калькирующая жестовая речь имеет иное строение. Жесты здесь являются эквивалентами слов, а порядок их следования такой же, как в обычном предложении. Ею ребенок овладевает в процессе специального обучения, и она становится основным средством общения глухих со слышащими. В калькирующей жестовой речи жесты сопровождают устную речь говорящего. Глухие собеседники чаще всего произносят слова без голоса. Каждое слово, как и отдельные буквы, здесь сопровождаются своим жестовым эквивалентом. Например, дактильный (греч. *daktylos* — палец) русский алфавит составлен из жестов одной руки, а английская дактилология — двуручная. Используются специальные дактильные алфавиты и для слепоглухих. В их основе лежат национальные дактильные азбуки. Рука слепоглохого накладывается на руку говорящего, и он «считывает» дактильную речь. Существует и международный дактильный алфавит для слепоглухих.

Глава IV. Эмоции.

Цель занятия: Определение и общая характеристика эмоций. Изучение основных свойств и функции эмоций.

Студент должен знать:

- 1 Определение понятия «эмоция»
- 2 Классификации эмоций
- 3 Функции эмоций
- 4 Проявления эмоциональных свойств

Студент должен уметь:

1. Классифицировать эмоциональные состояния.
2. Владеть способами снижения эмоциональной напряженности.
3. Классифицировать индивидуально-психологические особенности проявлений эмоций и чувств.

Темы проектов, рефератов:

1. Эмоции и их роль в жизни человека.
2. Изучение эмоциональных отношений больных к своему заболеванию.

3. Индивидуально-психологические особенности проявлений эмоций и чувств.
4. Патология эмоциональной сферы.
5. Развитие эмоций в онтогенезе.

Рекомендуемая литература

Основная литература:

1. Педагогика в медицине : учеб. пособие под ред. Н.В.Кудрявая М.: Академия,2006 <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425022.html>
2. Клиническая психология: учебник Сидоров П.И. Парняков А.В. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2008. <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970414071.html>
3. Педагогическая наука. История и современность: учебное пособие Лукацкий М.А. М.: ГЭОТАР -Медиа, 2012 <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970420874.html>

Дополнительная литература:

1. Психология взаимоотношений врача и пациента: учеб. Пособие Ларенцова Л.И., Смирнова Н.Б. М.: ГЭОТАР -Медиа, 2014 <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970429358.html>
2. Медицинская психология: учеб пособие Тюльпин Ю.Г. СМ.: Медицина, 2004
3. Общая психология. Маклаков А.Г. СПб., Питер, 2007
4. Психология развития. Словарь 6 т. Под.ред. А.Л. Венгера М.: ПЕРСЭ,2006
5. Психология управления. Лекции: учеб. Пособие Творогова Н.Д. М.: ГЭОТАР -Медиа, 2008 <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970429358.html>
6. Психология управления. Практикум: учеб. ПособиеТворогова Н.Д. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2008 <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970429358.html>
7. Психология : учеб.-метод. пособие для студентов медицинских вузов. Под ред. А. С. Татров. М.: Академия естествознания, 2010
8. Педагогические технологии в медицине: учеб. пособие Романов М.Г., Сологуб Т.В. М.: ГЭОТАР -Медиа,2007 2010. <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970404997.html>

Исходный уровень контроля знаний:

1. Что изучает наука психология?
- 2.Что является предметом и объектом психологии?
- 3.Основные формы психических явлений.
- 4.Какие вы знаете психические процессы и состояния личности?
- 5.Назовите, какие вы знаете органы чувств?

Основные вопросы темы:

- 1 Характеристика эмоций
- 2 Основные теории эмоций.
- 3 Функции эмоций.
- 4Основные компоненты эмоций
- 5Классификация эмоций
- 6Эмоциональные феномены
- 7 Снятие эмоционального напряжения

Итоговый контроль уровня знаний:

1. Дайте основную характеристику эмоций.
2. Какие вы знаете основные теории эмоций.

3. Чем обусловлено возникновение эмоций в периферической теории Джеймса-Ланге?
4. В чем заключается различия в теориях эмоций Джеймса-Ланге и Кеннона-Барда?
5. Какие вы знаете функции эмоций?
6. В чем состоит регулирующая функция эмоций?
7. Перечислите основные компоненты эмоций.
8. Что относится к внутренним проявлениям эмоций.
9. Авторы классификаций эмоций.
10. О каких трех основных переменных идет речь в классификации, разработанной Симоновым?
11. В чем разница эмоционального состояния и эмоциональной реакции?
12. Виды чувств?
13. Какие проявления эмоциональных свойств вам знакомы?
14. Дайте определение понятию «эмпатия»? Какова ее роль в деятельности медицинского работника?
15. Какие способы снятия эмоционального напряжения вам знакомы?

Содержательная часть.

Эмоции

Эмоции и чувства — процесс отражения субъективного отношения человека к объектам и явлениям окружающего мира, другим людям и самому себе в форме непосредственного переживания. Эмоции выражают состояние субъекта и его отношение к объекту. Эмоции отличаются от познавательных психических процессов и имеют определенные отличительные признаки.

Во-первых, они характеризуются **полярностью**, то есть обладают положительным или отрицательным знаком: веселье — грусть, радость — печаль; счастье — горе и т. д. В сложных человеческих чувствах эти полюсы часто выступают как противоречивое единство (любовь к человеку сочетается с тоской и беспокойством за него).

Второй отличительной характеристикой эмоций является их **энергетическая насыщенность**. Именно в связи с эмоциями Фрейд ввел в психологию понятие энергии. Энергетика эмоций проявляется в противоположностях напряжения и разрядки. Различают эмоции: *стенические* - характеризующиеся повышением активности (восторг, гнев), *астенические* — сопровождающиеся понижением активности (грусть, печаль).

Еще одной важнейшей характеристикой эмоций является их **интегральность, целостность**: в эмоциональном переживании участвуют все психофизиологические системы человека и его личность, они моментально охватывают весь организм и придают переживаниям человека определенную окраску. Поэтому индикаторами эмоционального состояния могут служить **психофизиологические изменения**: сдвиги частоты пульса, дыхания, температуры тела, кожно-гальваническая реакция и пр. (Например, английские психофизиологи регистрировали изменения КГР у испытуемых в процессе воспоминания ими воздушных налетов на Лондон).

Наконец, необходимо отметить еще одну особенность эмоций — **неотделимость** их от других психических процессов. Эмоции взаимосвязаны с психической жизнью, они сопровождают все психические процессы. В ощущениях они выступают как эмоциональный тон ощущений (приятное — неприятное), в мышлении — как интеллектуальные чувства (вдохновение, интерес и пр.).

Эмоции не являются познавательным процессом в собственном смысле этого

слова, так как не отражают свойства и характеристики внешней среды, в них отражается субъективная значимость объекта для человека.

Основные теории эмоций

Периферическая теория эмоций Джеймса-Ланге

Согласно этой теории, эмоциональные состояния являются вторичным явлением - осознанием приходящих в мозг сигналов об изменениях в мышцах, сосудах и внутренних органах в момент реализации поведенческого акта, вызванного эмоциогенным раздражителем. Американец В.Джеймс (18884) и независимо от него датчанин Г.Ланге (1885) сформулировали теорию, согласно которой возникновение эмоций обусловлено внешними воздействиями, приводящими физиологическим сдвигам в организме. Ощущение этих собственных ощущений в организме и переживаются человеком как эмоция. Джеймс подчеркивал, что телесное возбуждение следует непосредственно за восприятием вызвавшего его факта, и осознания нами этого возбуждения, в то время как оно совершается и есть эмоция. Суть своей теории Джеймс выразил известным парадоксом: " Мы чувствуем печаль, потому что плачем; мы боимся, потому что дрожим". В рамках этой теории физиолого-телесные периферические изменения которые обычно рассматривались как следствие эмоций, стали их причиной. Теория Джеймса Ланге сыграла важную роль в развитии теории эмоций, обозначив связь между тремя событиями: внешним раздражителем, поведенческим актом и эмоциональным переживанием. Наиболее уязвимым местом теории остается сведение эмоций лишь к осознанию ощущений, возникающих в результате периферических реакций.

Таламическая теория эмоций Кенона-Барда

Одна из первых центральных эмоций - таламическая теория эмоций была создана в 1929 году. Физиолог У.Кенон пришел к выводу, что в теории Джеймса - Ланге ошибочно само исходное положение, согласно которому каждой эмоции соответствует свой собственный набор физиологических изменений. Его исследования показали, что одни и те же физиологические реакции могут сопровождать разные по модальности эмоции. У Кенон пришел к выводу о том, что телесные изменения при эмоциях биологически целесообразны и являются средством до достижения цели - они готовят организм к борьбе или бегству. Согласно таламической теории (сигналы активизации вегетативных функций возникают в одном и то же центре мозга - таламусе) психологическое переживание и физиологические реакции возникают одновременно. Согласно этой теории центральной структурой эмоционального процесса является таламус, а сам процесс относится к разделу безусловных рефлексов. Таким образом таламус рассматривается как резервуар эмоционального напряжения который при известных условиях разряжается мощными импульсами направляющимися преимущественно к коре и вызывающими эмоции злости, страха и т.д.

Лимбическая теория эмоций.

Наиболее существенный теоретический вклад в создание лимбической теории принадлежит Пейпецу (1937г). В соответствии с его взглядами структурно и функционально связанные между собой гипоталамус, передние таламические ядра, поясная извилина, и гиппокамп составляют замкнутый круг, по которому циркулируют эмоциональные процессы.

Биологическая теория эмоции П.К.Анохина.

Рассматривая проблему эмоций с биологической точки зрения, П.К.Анохин подчеркивает, что эмоции охватывают весь организм и придают состоянию человека определенное биологическое качество. Производя почти моментальную интеграцию всех функций организма, эмоции могут быть абсолютным сигналом полезного или вредного

воздействия на организм, часто предшествуя определению локализации воздействия и конкретному механизму ответной реакции организма. Именно благодаря эмоциям организм быстро оценивает характер воздействия, и руководствуясь самым древним и универсальным критерием всего живого - стремлением выжить; это и придало эмоциям универсальное значение в жизни организма.

Функции эмоций.

Чтобы понять роль эмоций психической организации человека нужно рассмотреть ее главные функции и связь с другими психическими процессами. Вопрос о функциях является ключевым и пронизывающим всю психологию эмоций.

1. Экспрессивная - мы лучше понимаем друг друга, можем не пользуясь речью судить о состояниях друг друга.

2. Отражательно-оценочная. Эмоция есть деятельность, оценивающая поступающую в мозг информацию о внешнем и внутреннем мире, которую ощущение и восприятие кодируют в форме его субъективных образов. Эмоция есть отражение мозгом человека и животных какой - либо актуальной потребности (его качества и величины) и вероятности (возможности) его удовлетворения, которую мозг оценивает на основе генетического ранее приобретенного опыта.

3. Побуждающая - полное отстранение эмоций от функций побуждения в значительной мере обесмысливает и производимую ими функцию оценки.

4. Следообразование - она указывает на способность эмоций оставлять следы в опыте индивида, закрепляя в нем те воздействия и удавшиеся - неудавшиеся действия, которые их возбудили. Особенно ярко следообразующая функция проявляется в случаях экстремальных эмоциональных состояний. Но сам по себе след не имел бы смысла, если не было бы возможности использовать его в будущем, происходит фиксация следа в памяти.

5. Предвосхищающая эвристическая - подчеркивает значительную роль в актуализации закрепленного опыта, поскольку актуализация следов опережает развитие событий и возникающие при этом эмоции сигнализируют о возможном приятном или неприятном их исходе.

6. Синтезирующая - мы воспринимаем не набор пятен или звуков а пейзаж и мелодию, не множество интроцептивных впечатлений, а свое тело, потому что эмоциональный тон ощущений, воспринимаемых одновременно или непосредственно друг за другом, сливается по определенным законам. Таким образом, эмоциональные переживания выступают синтезирующей основой образа, обеспечивающей возможность целостного и структурированного отражения разнообразных действующих раздражений.

7. Организующая (дезорганизационная). Эмоции, прежде всего, организуют некоторую деятельность, отвлекая на нее силы и внимание, что естественно может помешать нормальному протеканию проводимой в тот же момент другой деятельности. Нарушение деятельности является не прямым, а побочным проявлением эмоций.

8. Компенсаторная (замещающая). Будучи активным состоянием системы специализированных мозговых структур, эмоции оказывают влияние на другие церебральные системы, регулирующие поведение, процессы восприятия внешних сигналов, дальнейшее извлечение этих сигналов из памяти. Примером компенсаторной функции может служить подражательное поведение столь характерное для эмоционально возбужденной популяции.

9. Переключающая. Эта функция обнаруживается как в сфере врожденных форм поведения, так и при осуществлении условно-рефлекторной деятельности. Оценка вероятности удовлетворения потребности может происходить у человека не только на осознаваемом, но и на не осознаваемом уровне. Ярким примером неосознаваемого

прогнозирования служит интуиция.

10. Функция (аварийного) разрешения ситуаций - возникает в экстренной, критической ситуации, когда уровень адреналина в крови, повышается. Например, чувство страха.

11. Функция активации и мобилизации организма. Эмоции, которые обеспечивают успешное какой-нибудь задачи, приводят организм в возбужденное состояние. Иногда слабая тревога играет роль мобилизующего фактора, проявляясь беспокойством об исходе дела, она усиливает чувства ответственности.

Взаимодействие всех функций необходимо, так как отсутствие какой-либо влияет на развитие личности. В комплексе они взаимосвязаны и отражают эмоции.

Эмоции выполняют функции такой обработки первичной информации о мире, в результате которой мы оказываемся способными формировать свое мнение о нем: эмоциям принадлежит роль в определении ценности предметов и явлений.

Основные компоненты эмоций

Любое взаимодействие между людьми всегда сопровождается эмоциональными проявлениями; мимические, пантомимические движения позволяют человеку передать информацию о своем отношении к другим людям, явлениям, событиям, о своем состоянии. Таким образом, эмоции выполняют *коммуникативную* функцию.

Эмоции — сложный психический процесс, который включает в себя три основных компонента.

1. Физиологический — представляет изменения физиологических систем, возникающие при эмоциях (изменение частоты сердечных сокращений, частоты дыхания, сдвиги в обменных процессах, гормональные и др.).

2. Психологический — собственно переживание (радость, горе, страх и др.).

3. Поведенческий — экспрессия (мимика, жесты) и различные действия (бегство, борьба и пр.).

Первые два компонента эмоций — это внутренние их проявления, которые «замыкаются» внутри организма. Выход вовне и разрядка чрезмерной эмоциональной энергии осуществляется благодаря третьему компоненту — поведению. Так как культурные нормы современного общества, как правило, требуют сдержанности в проявлении чувств, для физического и душевного здоровья человека необходим отсроченный во времени сброс излишней энергии. Он может происходить в виде любых приемлемых для самого человека и для общества движений и действий: подвижные игры, ходьба, бег, шейпинг, танцы, бытовые действия (стирка, уборка и пр.). В связи с этим Бойко вводит такое понятие, как формула преобразования внешних и внутренних воздействий в положительную, отрицательную или нейтральную энергию состояний и поведенческих актов. Он выделяет устойчивые индивидуальные стереотипы эмоционального поведения —

«эйфорическая активность вовне»,

«рефрактерная активность вовнутрь»,

«дисфорическая активность вовне».

«Эйфорическая активность вовне» характеризуется тем, что эмоциональная энергетика преобразуется в позитивные психические состояния и поступки, направленные на дело, на окружающих. «Рефрактерная активность вовнутрь» — энергетический потенциал обращается на самого индивида и блокирует или затормаживает его поведение или некоторые психические проявления. «Дисфорическая активность вовне», энергетика внешних воздействий выливается в негативные поведенческие акты и психические состояния, направленные на окружающую среду, на

других людей. Для каждого из этих стереотипов характерными являются определенные поведенческие проявления. Так, «эйфорическая активность вовне» проявляется в созидательной конструктивной активности, партнерстве, дружеском взаимодействии, открытости положительных эмоций, умении радоваться, веселиться. «Рефрактерная активность вовнутрь» проявляется в стремлении к размеренному образу жизни, избирательности контактов, застревании на аффективных состояниях, мнительности, недоверчивости, нежелании показать свои переживания. «Дисфорическая активность вовне» характеризуется проявлением негативных и деструктивных чувств (злости, ненависти, враждебности) в отношениях с окружающими. В зависимости от обстоятельств и оценки ситуации у человека может срабатывать одна из трех форм преобразования эмоциональной энергии, в то же время у каждого есть доминирующий стереотип.

Классификация эмоций.

В процессе развития психологической науки неоднократно предпринимались попытки классификации эмоций. Одна из первых попыток принадлежит Декарту, который выделял 6 чувств:

радость, печаль, удивление, желание, любовь, ненависть.

Декарт полагал, что эти 6 чувств являются основными, базовыми, их сочетание порождает все многообразие человеческих эмоций.

Американский исследователь Изард выделяет 11 базовых эмоций:

удовольствие-неудовольствие; интерес-волнение; радость; удивление; горе-страдание;

гнев; отвращение; презрение; страх; стыд; вина.

Следует отметить, что указанные классификации представляют скорее перечисление. Попытки классифицировать эмоции, опираясь на конкретные основания, принадлежат другим исследователям.

Так, Вундт выделил триаду направления чувств, разделяя:

- удовольствие и неудовольствие,
- напряжение и разрешение,
- возбуждение и спокойствие.

В ней отражены знак эмоции, уровень ее стеничности и динамическая характеристика: от напряжения к разрядке. Исходя из этой триады можно охарактеризовать любую эмоцию.

Представляет интерес классификация эмоций, разработанная Симоновым. В этой классификации также учтены три основные переменные. Это, во-первых, величина потребности, во-вторых, информационная характеристика среды и, в-третьих, характер взаимодействия с объектом (табл. 1).

Таблица 1. Классификация эмоций человека в зависимости от соотношения величины потребности и информационной характеристики среды (по Симонову)

			<i>Дистанционное взаимодействие</i>		
			<i>Овладение, обладание</i>	<i>Избегание, защита</i>	<i>Преодоление, борьба</i>
Высокая	$I_c > I_n$	Удовольствие, наслаждение	Восторг, счастье, радость	Бесстрашие, смелость, уверенность	Торжество, чувство преодоления, превосходство, воодушевление, бодрость
Малая	$I_c = I_n$	Комфорт	Спокойствие	Расслабление	Невозмутимость

Высокая	$I_c < I_n$	Неудовольствие, отвращение, страдание, шок (запредельное торможение)	Беспокойство, печаль, горе, отчаяние, депрессия	Настороженн ость, тревога, страх, паника, оцепенение	Нетерпение, негодование, злость, гнев, ярость, бешенство, исступление, переходящее в депрессию
---------	-------------	--	---	---	--

Примечание. I_c — информация существующая; I_n — информация, необходимая для удовлетворения потребности.

Данная классификация включает гораздо большее разнообразие эмоций, учитывает влияние внутренних и внешних факторов на характер и силу эмоциональных переживаний. Главное достоинство этой классификации заключается в том, что она позволяет прогнозировать характер и силу эмоционального переживания, исходя из анализа исходных оснований (величины потребности, информационной характеристики среды, характера взаимодействия с объектом).

Существуют и другие подходы к классификации эмоций человека, в то же время необходимо признать, что ни одна из классификаций не является окончательной, неизменной, завершенной.

Эмоциональные феномены.

Эмоции представлены в психике человека в виде четырех основных феноменов:

1. эмоциональные реакции,
2. чувства,
3. эмоциональные состояния,
4. эмоциональные свойства.

Эмоциональные реакции — непосредственное переживание, протекание какой-либо эмоции. Они базируются на первичных потребностях, как правило, связаны с действующими обстоятельствами, кратковременны и обратимы (например, испуг в ответ на резкий звук, радость при встрече).

Чувства житейское понимание слова "чувство" настолько широко, что теряет конкретное содержание. Это обозначение ощущений (боль), возвращение сознания после обморока ("прийти в чувство") и т. п. Нередко и эмоции называют чувствами. В действительности же строго научное использование этого термина ограничивается лишь случаями выражения человеком своего положительного или отрицательного, то есть оценочного отношения к каким-либо объектам. При этом, в отличие от эмоций, отражающих кратковременные переживания, чувства долговременны и могут порой оставаться на всю жизнь. Например, можно получить удовольствие (удовлетворение) от выполненного задания, т. е. испытать положительную эмоцию, а можно быть удовлетворенным своей профессией, иметь к ней положительное отношение, то есть испытывать чувство удовлетворенности.

Чувства выражаются через определенные эмоции в зависимости от того, в какой ситуации оказывается объект, по отношению к которому данный человек проявляет чувство. Например, мать, любя своего ребенка, будет переживать во время его экзаменационной сессии разные эмоции, в зависимости от того, каков будет результат сдачи экзаменов. Когда ребенок пойдет на экзамен, у матери будет тревога, когда он сообщит об успешно сданном экзамене - радость, а при провале - разочарование, досада, злость. Этот и ему подобные примеры показывают, что эмоции и чувства - это не одно и то же.

Таким образом, прямого соответствия между чувствами и эмоциями нет: одна и та же

эмоция может выражать разные чувства, и одно и то же чувство может выражаться в разных эмоциях. Доказательством их нетождественности является и более позднее появление чувств в онтогенезе по сравнению с эмоциями.

Особо выделяют так называемые высшие чувства, которые отражают духовный мир человека и связаны с анализом, осмыслением и оценкой происходящего. Человек сознает, почему он ненавидит, гордится, дружит. Высшие чувства отражают социальную сущность человека и могут достигать большой степени обобщенности (например, любовь к Родине). Исходя из того, какая сфера социальных явлений становится объектом высших чувств, их делят на нравственные (моральные) и эстетические.

К нравственным чувствам относятся в первую очередь чувства товарищества, дружбы, любви, отражающие различную степень привязанности к определенным людям, потребность в общении с ними. Отношение к своим обязанностям, принятым на себя человеком по отношению к другим людям, к обществу, называется чувством долга. Несоблюдение этих обязанностей приводит к возникновению отрицательного отношения к себе, выражающегося в чувстве вины, стыда и в угрызениях совести. К нравственным чувствам также относятся чувство жалости, зависти, ревности и другие проявления отношения к человеку или животному.

Эстетические чувства - это отношение человека к прекрасному и уродливому, связанное с пониманием красоты, гармонии, возвышенного и трагического. Эти чувства реализуются через эмоции, которые по своей интенсивности простираются от легкого волнения до глубокой взволнованности, от простой эмоции удовольствия до чувства настоящего эстетического восторга. К этой группе относят и чувство юмора (чувство смешного). При этом, по выражению К.К. Платонова, юмор за шуткой скрывает серьезное отношение к предмету, а ирония за серьезной формулой скрывает шутку. И шутка, и ирония носят обвиняющий, обличительный, но не злобный характер, в отличие от насмешки, и лишены горького смысла, присущего сарказму. Недаром Н. В. Гоголь характеризовал юмор как видимый миру смех сквозь невидимые миру слезы. Чувство юмора может быть врожденным, но оно также является показателем интеллектуального развития личности, ее культурного уровня. У англичан есть пословица: "Нельзя жениться на девушке, которая не смеется над тем, что смешно вам".

Эмоциональные состояния более длительны и устойчивы, чем эмоциональные реакции. Они согласовывают потребности и устремления человека с его возможностями и ресурсами в каждый конкретный момент времени. Для эмоциональных состояний характерно изменение нервно-психического тонуса.

Эмоциональные свойства — наиболее устойчивые характеристики человека, характеризующие индивидуальные особенности эмоционального реагирования, типичные для конкретного человека. К ним относится целый ряд особенностей, таких как эмоциональная возбудимость, эмоциональная лабильность, эмоциональная вязкость, эмоциональная отзывчивость и эмпатия, эмоциональное огрубление, алекситимия.

Эмоциональная лабильность — изменчивость эмоций и настроения, по разным, зачастую самым незначительным причинам. Эмоции колеблются в очень широком диапазоне от сентиментальности и умиления до слезливости и слабодушия.

Эмоциональная монотонность характеризуется однообразием, неподвижностью эмоциональных реакций, отсутствием эмоционального отклика на события.

При *эмоциональной вязкости* реакции сопровождаются фиксацией аффекта и внимания на каких-либо значимых объектах. (Вместо того, чтобы отреагировать, личность сосредоточивается на обидах, неудачах, волнующих темах).

Эмоциональная ригидность — негибкость, жесткость и ограниченный диапазон эмоционального реагирования.

Эмоциональное огрубление — неспособность определять уместность и дозировать эмоциональные реакции. Проявляется в том, что личность утрачивает сдержанность, деликатность, такт, становится назойливой, расторможенной, хвастливой.

Эмоции различаются по интенсивности и длительности, а также по степени осознанности причины их появления. В связи с этим выделяют настроения, собственно эмоции и аффекты.

Настроение - это слабо выраженное устойчивое эмоциональное состояние, причина которого человеку может быть не ясна. Оно постоянно присутствует у человека в качестве эмоционального тона, повышая или понижая его активность в общении или работе.

Собственно эмоции - это более кратковременное, но достаточно сильно выраженное переживание человеком радости, горя, страха и т. п. Они возникают по поводу удовлетворения или неудовлетворения потребностей и имеют хорошо осознаваемую причину появления.

Аффект - быстро возникающее, очень интенсивное и кратковременное эмоциональное состояние, вызываемое сильным или особо значимым для человека стимулом. Чаще всего аффект является следствием конфликта. Он всегда проявляется бурно и сопровождается снижением способности к переключению внимания, сужением.

Положительная роль эмоций не связывается прямо с положительными эмоциями, а отрицательная - с отрицательными. Последние могут служить стимулом для самосовершенствования человека, а первые - явиться поводом для самоуспокоения, благодушествования. Многое зависит от целеустремленности человека, от условий его воспитания.

Как мы уже отметили, эмоция в широком смысле слова — это психофизиологический феномен, поэтому о переживаниях человека можно судить как по самоотчету человека о переживаемом им состоянии, так и по характеру изменения психомоторики и физиологических параметров: мимике, пантомиме (позе), двигательным реакциям, голосу и вегетативным реакциям (частоте сердечных сокращений, артериальному давлению, частоте дыхания). Наибольшей способностью выражать различные эмоциональные оттенки обладает лицо человека. Еще Леонардо да Винчи говорил, что брови и рот по-разному изменяются при различных причинах плача, а Л. Н. Толстой описывал 85 оттенков выражения глаз и 97 оттенков улыбки, раскрывающих эмоциональное состояние человека.

Снятие эмоционального напряжения

Поскольку эмоции и чувства не всегда желательны, так как при своей избыточности они могут дезорганизовать деятельность или внешнее проявление может поставить человека в неловкое положение, выдав, например, его чувства по отношению к другому, желательно научиться управлять ими и контролировать их внешнее проявление.

Снятию эмоционального напряжения способствуют:

1. Сосредоточение внимания на технических деталях задания, тактических приемах, а не на значимости результата;
2. Снижение значимости предстоящей деятельности, придание событию меньшей ценности или вообще переоценка значимости ситуации по типу "не очень-то и хотелось";
3. Получение дополнительной информации, снимающей неопределенность ситуации;
4. Разработка запасной отступной стратегии достижения цели на случай неудачи (например, "если не поступлю в этот институт, то пойду в другой");
5. Откладывание на время достижения цели в случае осознания невозможности

- сделать это при наличных знаниях, средствах и т. п.;
6. Физическая разрядка (как говорил И. П. Павлов, нужно "страсть вогнать в мышцы"); для этого нужно совершить длительную прогулку, заняться какой-нибудь полезной физической работой и т. д. Иногда такая разрядка происходит у человека как бы сама собой: при крайнем возбуждении он мечется по комнате, перебирает вещи, рвет что-либо и т. д. Тик (непроизвольное сокращение мышц лица), возникающий у многих в момент волнения, тоже является рефлекторной формой моторной разрядки эмоционального напряжения;
 7. Написание письма, запись в дневнике с изложением ситуации и причины, вызвавшей эмоциональное напряжение; этот способ больше подходит для людей замкнутых и скрытных;
 8. Слушание музыки: музыкальной терапией занимались врачи еще в Древней Греции (Гиппократ);
 9. Изображение на лице улыбки в случае негативных переживаний; удерживаемая улыбка улучшает настроение (в соответствии с теорией Джемса - Ланге);
 10. Активизация чувства юмора, так как смех снижает тревожность;
 11. Мышечное расслабление (релаксация), являющееся элементом аутогенной тренировки и рекомендуемое для снятия тревоги.

Настойчивые попытки воздействовать на очень взволнованного человека при помощи уговоров, убеждения, внушения, как правило, не бывают успешными из-за того, что из всей информации, которая сообщается волнуемому, он выбирает, воспринимает и учитывает только то, что соответствует его эмоциональному состоянию. Больше того, эмоционально возбужденный человек может обидеться, посчитав, что его не понимают. Лучше дать такому человеку выговориться и даже поплакать. Действительно, учеными установлено, что вместе со слезами из организма удаляется вещество, возбуждающее центральную нервную систему. Следовательно, его удаление при плаче ведет к снижению возбуждения и эмоционального напряжения.

ТЕМА ЗАНЯТИЯ №4. ПСИХОЛОГИЯ ЛИЧНОСТИ.

Место проведения: учебная аудитория

Цель: Рассмотреть основные психологические теории личности отечественных и зарубежных авторов и их классификации: теории в рамках модели конфликта, модели самореализации, модели согласованности, а также теории личности. Психологические категории – темперамент, эмоции, мотивация, воля, способности и характер человека, необходимость и способы их учета в профессиональной деятельности врача.

Студент должен знать:

1. Определение понятия «личность», «индивид», «индивидуальность».
2. Теории личности в работах отечественных и зарубежных авторов.
3. "Я" - концепцию и мотивацию личности.
4. Темперамент и характер личности. Акцентуации характера.
5. Личность специалиста в медицинской области (врач, медицинская сестра, администраторы и персонал структурных подразделений ЛПУ)

Студент должен уметь:

1. Определять темперамент личности.
2. Определять и выявлять типы и акцентуации характера при помощи методики К.Леонгарда, Х.Шмишека.

Темы проектов, рефератов:

1. Теории личности отечественных авторов.
2. Теории личности зарубежных авторов.
3. Культурно-историческое понимание развития человека.
4. Формирование характера личности.
5. Направленность личности.
6. Связь типа личности с профессиональной деятельностью.

Рекомендуемая литература

Основная литература:

1. Педагогика в медицине : учеб. пособие под ред. Н.В.Кудрявая М.: Академия,2006 <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425022.html>
2. Клиническая психология: учебник Сидоров П.И. Парняков А.В. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2008. <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970414071.html>
3. Педагогическая наука. История и современность: учебное пособие Лукацкий М.А. М.: ГЭОТАР -Медиа, 2012 <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970420874.html>

Дополнительная литература:

1. Психология взаимоотношений врача и пациента: учеб. Пособие Ларенцова Л.И., Смирнова Н.Б. М.: ГЭОТАР -Медиа, 2014 <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970429358.html>
2. Медицинская психология: учеб пособие Тюльпин Ю.Г. СМ.: Медицина, 2004
3. Общая психология. Маклаков А.Г. СПб., Питер, 2007
4. Психология развития. Словарь 6 т. Под.ред. А.Л. Венгера М.: ПЕРСЭ,2006
5. Психология управления. Лекции: учеб. Пособие Творогова Н.Д. М.: ГЭОТАР -Медиа, 2008 <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970429358.html>

6. Психология управления. Практикум: учеб. пособие Творогова Н.Д. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2008 <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970429358.html>
7. Психология : учеб.-метод. пособие для студентов медицинских вузов. Под ред. А. С. Татров. М.: Академия естествознания, 2010
8. Педагогические технологии в медицине: учеб. пособие Романов М.Г., Сологуб Т.В. М.: ГЭОТАР -Медиа,2007 2010. <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970404997.html>

Основные вопросы темы:

1. Теории личности в работах отечественных и зарубежных авторов.
2. Темперамент и характер личности.
3. Способности и мотивация личности
4. "Я"- концепция.
5. Принципы личности медицинского работника
6. Личность врача.
7. Личность больного. Взаимодействие с медицинским персоналом.
8. Методики установления психологического контакта врача с больным.

Итоговый контроль уровня знаний:

1. Дайте определение понятий индивида, личности и индивидуальности.
2. Перечислите отечественных авторов рассматривающих вопросы структуры личности?
3. Перечислите зарубежных авторов рассматривающих вопросы структуры личности?
4. Дайте определение потребности, мотива и цели. Как они соотносятся между собой?
5. Склонности являются предпосылкой развития способностей. Всегда ли склонности совпадают с наличием соответствующих способностей?
6. Дайте определение направленности личности как личностной структуры.
7. Дайте определение "Я"- концепции. Как соотносятся "Я"- концепция с самооценкой? Каковы главные функции "Я"?
8. Какие классы потребностей описываются в "пирамиде потребностей" А. Маслоу? Как соотносятся здесь первичные и вторичные потребности?
9. Дайте определение темпераменту. Что собой представляет тип темперамента?
10. Как взаимодействуют темперамент, деятельность и общение? Каково соотношение темперамента и личности?
11. Дайте определение характера. Как взаимодействуют характер и темперамент?
12. Каково соотношение личности и характера? Что входит в структуру характера? Что собой представляет гармоничный характер?
13. Какие существуют типологии характеров?
14. Что собой представляют акцентуальные теории характера? Какие личностно-характерологические типологии предложены в их рамках?

Содержательная часть:

Проблемой личности занимается целый ряд наук: философские, общественно-исторические, юридические, педагогические, а также психология и патопсихология. Однако до настоящего времени в учении о личности нет единства, поэтому существуют немалые сложности в используемом понятийном аппарате. Человек, являясь организмом и личностью, представляет собой сложнейший интегративный результат биологического развития материи и процесса общественного развития. Чтобы научно описать человека, в психологии используется ряд понятий, которые представляют человека с разных сторон. Кроме самого понятия "личность", сюда относятся понятия "индивид" и "индивидуальность".

Индивид (от лат. *individuum* — неделимое) — это психосоматическая организация личности, делающая его представителем человеческого рода. Индивидом мы называем человека, когда говорим о нем как о биологическом существе вида "человек разумный". Индивид — отдельный человек, особь, принадлежащая к человеческому роду. Поэтому мы можем назвать индивидом любого человека — новорожденного, ребенка, взрослого или старца.

Человек появляется на свет исключительно как индивид. Социальные условия (воспитание, обучение и др.), конечно, способствуют развитию в индивиде как общечеловеческих свойств и способностей, так и индивидуальных качеств, т.е. индивид не воспроизводится стереотипно по некоторому образцу. Его врожденные, индивидуально-генетические особенности и приобретаемые под влиянием условий воспитания и других внешних воздействий индивидуальные качества делают индивида отличным от других людей, однако наиболее общей характеристикой индивида является целостность его психофизиологической организации, что определяет устойчивость во взаимодействии с окружающим миром и активность.

Личность — это особое системное социальное качество индивида, которое он приобретает в процессе возрастного развития при взаимодействии со своим социальным окружением. Младенец как индивид имеет лишь врожденные задатки для становления его как личности. Эти природные предпосылки развиваются только в том случае, если индивид "втянут" в общение и совместную деятельность с другими людьми. Опыт изучения детей, воспитанных животными, свидетельствует об исключительной сложности осуществления этой задачи. В личности прежде всего мы обнаруживаем социальные качества человека. Развитие человека в обществе и формирует его как личность.

Таким образом, понятия "индивид" и "личность" не тождественны. Индивид — это та реальность, которая заключена в границах тела человека, в то время как личность — образование, не только выходящее за пределы этого тела, но и формирующееся во внешнем пространстве социальных отношений.

Индивидуальность — это понятие отражает только те особенности психики и личности индивида, которые присущи только данному человеку. Тем самым эти особенности отличают одного человека от другого. Сюда относятся как индивидуально-неповторимые психобиологические особенности организма индивида, так и те, которые следует отнести к уникальным свойствам личности. Индивидуальность складывается из особенностей различных черт личности, причем роль социальных и биологических вкладов в них далеко не одинакова. Имеются личностные качества, в развитии которых роль биологических, врожденных влияний очень велика (например, темперамент), но имеются качества (например, мышление, память или воображение), в развитии которых существенную роль уже играют особенности обучения. Еще более возрастает роль обучения в развитии таких качеств личности, как знания, навыки, умения. Особую группу составляют качества направленности личности (например, интересы, идеалы, убеждения, мировоззрение), в формировании которых роль биологического ничтожна, но исключительно велика роль социального опыта, особенностей воспитания.

Современные теории личности в отечественной психологии.

В отечественной психологии также существует ряд попыток представить структуру личности (Ковалев А.Г., Платонов К.К., Мясищев В.Н., Рубинштейн С.Л. и др.). В частности, А.Г. Ковалев (1963) духовный облик личности рассматривает как синтез сложных структур: темперамента — как комплекса природных свойств; направленности — как совокупности потребностей, интересов и идеалов; способностей — как системы интеллектуальных, волевых и эмоциональных свойств. В процессе деятельности личности психические свойства определенным образом связываются в соответствии с требованиями деятельности.

С.Л. Рубинштейн(1946), исходя из историко-материалистических позиций, также обобщает проблематику структуры личности в трех сходных планах.

1. Подструктура направленности личности (ответ на вопрос: "Что человек хочет?"): установка, интересы, потребности, мировоззрение, идеалы, убеждения, интересы, склонности, самооценка и др.

2. Задатки и способности (ответ на вопрос: "Что человек может?"): интеллект (мыслительные способности), частные способности (музыкальный слух, хороший глазомер, любой другой талант), природно-индивидуальные проявления уровня развития психических процессов (ощущения и восприятия, память, мышление и воображение, чувства и воля).

3. Темперамент и характер (ответ на вопрос: "Что человек из себя представляет?"): темперамент и характер.

К.К. Платонов(1986) на основе критерия соотношения социального и биологического в качествах личности выдвигает четыре группы, составляющие основные стороны (подструктуры) личности:

1-я — направленность и моральные качества личности. Элементы этой подструктуры, за исключением влечений и склонностей, не имеют непосредственных врожденных задатков, а отражают индивидуально преломленное общественное сознание: влечения, желания, интересы, склонности, идеалы, убеждения, мировоззрение);

2-я — опыт. Подготовленность, индивидуальная культура личности: знания, навыки, умения и привычки, приобретаемые в личном опыте путем обучения, но уже с заметным влиянием и биологических и даже генетически обусловленных свойств личности;

3-я — индивидуальные особенности психических процессов, или психических функций, понимаемых как формы психического отражения (ощущения и восприятия, память, мышление и воображение, чувства, воля);

4-я — биопсихические свойства личности. Активность этой подструктуры определяется больше основными физиологическими свойствами нервной системы: темперамент, половые и возрастные особенности личности, включая ее патологические, т.н. органические изменения.

Особенностями этих четырех подструктур, однако, не исчерпываются индивидуальные свойства личности, поскольку на эти подструктуры накладываются еще две общие подструктуры: характер и способности. Являясь подструктурами наложенными, выделяющимися из общей структуры личности, характер и способности представляют собой не самостоятельные подструктуры, а общие качества личности, включающие особенности каждой из четырех основных иерархических подструктур.

Несколько иначе трактует понятие структуры личности **В.Н. Мясищев** (1960). Он рассматривает структуру личности только в качестве одной из ее сторон, наряду с направленностью, уровнем развития и динамикой. По мнению В.Н. Мясищева, психические образования и их функции должны быть непрерывно связаны с содержанием психической деятельности. Именно особенности содержания определяют функциональную структуру психики и личности. Доминирование их в сознании и поведении зависит от отношения человека, положительной или отрицательной значимости их содержания для него. Психические отношения человека — это его сознательные избирательные связи с различными сторонами действительности. Отношения человека различны соответственно сторонам действительности, процессам деятельности. Побудители поведения — это те же отношения человека к разным сторонам действительности, в которую он включен, и проявляющиеся в форме потребностей, интересов и склонностей. Исполнительский компонент — его способности, т.е. те свойства личности, которые являются условиями выполнения ею разных видов деятельности.

Структурно-характерологические особенности личности схематично можно изобразить следующим образом:

А) Структура личности.

1. Отношения и их уровень развития: а) высокий (идейный — убеждения, сознание долга, общественно-коллективистские мотивы); б) средний (преобладание конкретно-личных отношений — личные симпатии и антипатии, непосредственный утилитарный интерес или расчет); в) низкий (примитивно-витальный — влечения).

2. Интеллект и способности и степень их развития: а) уровень развития — высокий, средний, низкий; б) дифференцированность отдельных компонентов: запаса знаний (высокий, средний, бедный), развития умений, характеристики работоспособности и воли (мера стремления к реализации потребности), а также особенностей других психических процессов (памяти, внимания, мышления).

3. Темперамент (динамика психических реакций и особенности эмоциональности человека): а) типы по Гиппократу — Павлову: холерический (безудержный), сангвинический (сильный, подвижный), флегматический (сильный, инертный), меланхолический (слабый); б) человеческие типы по Добролюбову — Павлову: художественный, мыслительный, средний.

4. Характер (личность в ее своеобразии, личность индивидуума и привычные способы поведения): а) тип характера — сильный, слабый, недифференцированный; б) структура характера — цельный (гармонический), противоречивый (дисгармонический); в) направленность основных тенденций — экспансивный, импрессионный, уравновешенно-рассудочный, неуравновешенно-безрассудочный.

Б) Содержание личности.

1. Содержание основных отношений личности: социальных, общественных, производственных, бытовых, семейных, личных, интимных;

2. Характеристика мировоззрения личности: взгляды и оценки (широкие — объективные, узкие — субъективно-личные); уровень интересов (идейные, коллективистские, семейные, личностно-индивидуалистические, эгоистические, витально-примитивные); нравственно-эстетический уровень (гуманистический, индивидуалистический, аморальный); идеологический уровень.

Таким образом, представленная система отношений, составляющих личность, выступает как определенная структура, в которой образующие ее отношения постоянно оказываются субординированными таким образом, что ведущими среди них и подчиняющими себе все другие оказываются отношения, в которых находят выражение основные потребности и интересы личности. Указанные "ядерные" отношения накладывают свой отпечаток на все другие отношения личности — характер их проявления, устойчивость, действенность и др. Единство в структуре личности, с одной стороны, идеального и материального, с другой — общественного и индивидуального, возникает в процессе ее исторического развития. Формирование человека в социальной среде определяет способы его действия, реакций и переживаний, соответствующие этой среде. Социальное извне, из условий, воздействий, требований, образцов, знаний и впечатлений переходит во внутренние свойства: потребности, привычки, требования личности к себе и к окружающим.

А.Н.Леонтьев- Деятельный подход.

В теории деятельности Алексея Николаевича Леонтьева (1903-1979), развившего идеи Льва Семеновича Выготского (1896-1934) и Сергея Леонидовича Рубинштейна (1889-1960), личность рассматривается как продукт социально-общественного развития; в качестве же реального базиса ее выступает совокупность общественных отношений человека, реализуемых его деятельностью.

В деятельности происходит переход объекта в его субъективную форму, в образ; вместе с тем в деятельности совершается также переход деятельности в ее объективные результаты, в ее продукты. То есть деятельность выступает как процесс, в котором осуществляются

взаимопереходы между полюсами "субъект—объект". Через деятельность человек воздействует на природу, вещи, других людей. При этом по отношению к вещам он выступает как субъект, а по отношению к другим людям — как личность.

Внутренняя, психическая деятельность человека произошла из внешней практической деятельности путем процесса интериоризации. Внешняя и внутренняя деятельности имеют тесное взаимодействие, существует и обратный процесс порождения внешней деятельности на основе составления ее во внутреннем плане — это процесс экстериоризации. Сами эти переходы возможны только потому, что внешняя и внутренняя деятельности имеют одинаковое строение.

Деятельность — это не реакция и не совокупность реакций, а система, которая имеет строение, свои внутренние переходы и превращения, свое развитие. *Деятельность — это специфически человеческая, регулируемая сознанием активность, порождаемая потребностями и направленная на познание и преобразование внешнего мира и самого человека.*

Понятно, что деятельность человека вытекает из его *потребностей* и вне деятельности реализация любой потребности невозможна. При этом ядром личности, ее стержнем выступают *мотивы и цели деятельности*. Мотивом называется предмет потребности или, другими словами, мотив — это опредмеченная потребность. Мотивы, побуждая и направляя деятельность, порождают действия, т.е. приводят к образованию осознанных целей.

Наряду с классом осознанных мотивов существуют мотивы, которые актуально могут не осознаваться. Однако они также представлены в сознании, но в особой форме — это личностные смыслы и эмоции. Личностный смысл определяется как переживание повышенной субъективной значимости предмета или явления, оказавшихся в поле действия ведущего мотива. Это понятие исторически связано с представлениями *Л.С. Выготского* о динамических смысловых системах индивидуального сознания личности, выражающих единство аффективных и интеллектуальных процессов. По своей функции личностный смысл делает доступным сознанию субъективное значение тех или иных обстоятельств или действий, но это "информирование" чаще осуществляется в эмоционально-чувственной форме. Тогда перед субъектом стоит задача рефлексии — задача на поиск смысла. А иногда субъект бессознательно ставит другую задачу — на сокрытие смысла, и прежде всего от самого себя. Это сокрытие и лежит за защитными механизмами, поэтому для их объяснения нет нужды привлекать понятия конфликта между инстанциями *Я* или врожденными влечениями. Проявления личности, которые обнаруживаются в проективных тестах, также могут быть поняты в терминах личностных смыслов и соответствующей деятельности человека по поиску либо сокрытию этих смыслов. Аналогично эмоции возникают лишь по поводу таких событий или результатов действий, которые связаны с мотивами. Если человека что-то волнует, значит это "что-то" каким-то образом затрагивает его мотив. Эмоции ревалентны деятельности, а не реализующим ее действиям и операциям. Поэтому одни и те же операции, осуществляющие разные деятельности, могут приобретать противоположную эмоциональную окраску.

Полимотивация человеческой деятельности — типичное явление. Одни мотивы, побуждая к деятельности, придают ей личностный смысл (смыслообразующие мотивы), другие (мотивы-стимулы), сосуществующие с первыми, играют роль побудительных факторов (положительных или отрицательных). Распределение функций смыслообразования и побуждения между мотивами одной деятельности позволяет понять главные отношения, характеризующие мотивационную сферу личности, отношения иерархии мотивов.

Следует отметить, что в ходе самой деятельности могут образовываться новые мотивы. В теории деятельности изучается механизм образования мотивов, который получил название механизма сдвига мотива на цель (механизм превращения цели в мотив). Суть этого механизма состоит в том, что цель, ранее побуждаемая к ее осуществлению каким-то мотивом, со временем приобретает самостоятельную побудительную силу, т.е. становится

мотивом. Важно подчеркнуть, что это происходит только при накоплении положительных эмоций, связанных с достижением этой цели. Только тогда новый мотив входит в систему мотивов на правах одного из них.

Деятельность имеет сложное иерархическое строение и состоит из нескольких "слоев" или уровней: уровень особенных деятельностей (или особых видов деятельности), уровень действий (процесс, направленный на достижение осознаваемого результата), уровень операций (способы, приемы действия, техническая сторона действий) и уровень психофизиологических функций (физиологическое обеспечение психических процессов).

Структура личности по Б.Г.Ананьеву

Многообразие связей личности с обществом в целом, с различными социальными группами и институциями определяет интраиндивидуальную структуру личности, организацию личностных свойств и ее внутренний мир. Ограничение социальных связей личности нарушают нормальный ход человеческой жизни и могут быть одной из причин возникновения неврозов и психоневрозов.

Структура личности, оказывает влияние на состояние личности, динамику ее поведения, процессы деятельности и все виды общения. Структура личности является продуктом развития человека. Из множества социальных ролей, установок, ценностных ориентации лишь некоторые входят в структуру личности. Вместе с тем в эту структуру могут войти свойства индивида, многократно опосредствованные социальными свойствами личности, но сами относящиеся к биофизиологическим характеристикам организма (например, подвижность или инертность нервной системы, тип метаболизма и т. д.). Структура личности включает структуру индивида в виде наиболее общих и актуальных для жизнедеятельности и поведения комплексов органических свойств. Эту связь нельзя, конечно, понимать упрощенно как прямую корреляционную зависимость структуры личности от соматической конституции, типа нервной системы и т. д.

В теории личности часто недооценивалось значение интеллекта в структуре личности. В теории интеллекта слабо учитываются социальные и психологические характеристики личности, опосредствующие ее интеллектуальные функции. Это взаимообособление личности и интеллекта представляется нам противоречащим реальному развитию человека, при котором социальные функции, общественное поведение и мотивации всегда связаны с процессом отражения человеком окружающего мира, особенно с познанием общества, других людей и самого себя. Поэтому интеллектуальный фактор и оказывается столь важным для структуры личности...

Все четыре основные стороны личности (биологически обусловленные особенности, особенности отдельных психических процессов, уровень подготовленности или опыт личности, социально обусловленные качества личности) тесно взаимодействуют друг с другом. Доминирующее влияние, однако, всегда остается за социальной стороной личности — ее мировоззрением и направленностью, потребностями и интересами, идеалами и стремлениями, моральными и эстетическими качествами.

Статус и социальные функции-роли, мотивация поведения и ценностные ориентации, структура и динамика отношений - все это характеристики личности, определяющие ее мировоззрение, жизненную направленность, общественное поечение, основные тенденции развития. Совокупность таких свойств и составляет характер как систему свойств личности.

На любом уровне и при любой сложности поведения личности существует взаимозависимость между: а) информацией о людях и межличностных отношениях; б) коммуникацией и саморегуляцией поступков человека в процессе общения; в) преобразованиями внутреннего мира самой личности. Поведение человека выступает не только как сложный комплекс видов его социальных деятельностей, с помощью которых опредмечивается окружающая его природа, но и как общение, практическое взаимодействие с людьми в различных социальных структурах.

Нам представляется понимание личности как субъекта поведения, посредством которого реализуется потребность в определенных объектах и определенных ситуациях. Организация

поведения включает интеллект и волю в структуру личности, соединяя их с потребностями, интересами, всей мотивацией поведения личности.

В реальном процессе поведения взаимодействуют все «блоки» коррелируемых функций (от сенсомоторных и вербально-логических до нейрогуморальных и метаболических). При любом типе корреляции в той или иной степени изменяется человек в целом как личность и как индивид (организм). Однако сохранению целостности организма и личности способствуют только те коррелятивные связи, которые соответствуют объективным условиям существования человека в данной социальной и природной среде.

Однако структура личности строится не по одному, а по двум принципам одновременно: 1) субординационному, или иерархическому, при котором более сложные и более общие социальные свойства личности подчиняют себе более элементарные и частные социальные и психофизиологические свойства; 2) координационному, при котором взаимодействие осуществляется на паритетных началах, допускающих ряд степеней свободы для коррелируемых свойств, т. е. относительную автономию каждого из них. Рассмотренные выше явления интеллектуального напряжения развиваются именно по координационному типу, подобно системе ценностных ориентации, социальных установок, форм поведения, представленной в структуре личности сложным комплексом свойств

А.А. Бодалев.

Общение следует рассматривать в качестве специфической формы деятельности человека и одного из главных регуляторов его социального поведения. Общение оказывает решающее влияние на формирование личности, ее содержательных и формальных характеристик, психических процессов, свойств и состояний. А.А. Бодалевым особо подчеркивается недостаточность традиционного подхода к исследованию роли в формировании личности лишь одной предметно-практической деятельности.

Обязательным компонентом общения является гностический компонент — познание людьми друг друга в совместной жизни и деятельности. Способность к общению складывается из умения разбираться в людях и верно оценивать их психологию, адекватно эмоционально откликаться на состояние и поведение окружающих, умения выбора способа обращения с окружающими, адекватного с точки зрения как общественной морали, так и индивидуальных особенностей человека. Качество этих характеристик социальной перцепции повышается с накоплением и обобщением опыта общения.

Различают следующие уровни общения: дефиниция — общение, не сопровождающееся эмоциональной реакцией; идентификация — принятие на себя роли другого, отождествление с ним; эмпатия — сопереживание.

Теории личности в трудах зарубежных ученых:

3.Фрейд. Структура личности

Существуют теории личности, которые известны не только психологам, но и популярны в широких слоях населения. Одной из таких концепций является психодинамическая теория личности З.Фрейда. По мнению Фрейда, личность образуется тремя структурными компонентами: ид (оно), эго (я) и суперэго (сверх я).

Ид

Сфера ид — это инстинктивное ядро личности. Мощные инстинкты, находящиеся в сфере ид, требуют своей реализации и определяют (прямо или косвенно) поведение личности. В целом функционирование сферы ид подчиняется принципу удовольствия. В психодинамической теории Фрейда выделяются два основных инстинкта — сексуальный инстинкт, трактуемый еще как инстинкт жизни (либидо, эрос), и деструктивный, разрушительный инстинкт, трактуемый как инстинкт смерти (мортидо, танатос). Такая форма поведения человека как агрессия рассматривается в данной концепции в качестве проявления деструктивного инстинкта личности.

Эго

Сфера эго — это рациональная часть личности, то есть сфера сознания. Эго находится в постоянном взаимодействии со сферой ид, пытаясь предостеречь опасные,

дезадаптивные проявления двух базовых инстинктов. Рациональная сфера эго должна разрабатывать для личности такие программы действий, которые, с одной стороны, удовлетворяли бы требованиям ид, а с другой стороны, учитывали бы требования и ограничения социального мира и собственного сознания человека. Функционирование сферы эго определяется принципом реальности.

Суперэго

Сфера суперэго — это сфера морального я личности, включающая в себя систему норм, ценностей, этических представлений, согласующихся с требованиями социума. Эта сфера формируется в процессе социализации и является, по Фрейду, последним (во временном смысле) компонентом развивающейся личности. Сфера суперэго, хотя и не является инстинктивной, так же как и ид находится в противоречии с рациональным эго. Можно сказать, что суперэго пытается убедить эго в приоритете идеалистических целей над реалистическими.

Теория типов Г. Айзенка

Широкое распространение получила в психологии концепция личности Г. Айзенка. В этой теории выделяются два измерения личности: интроверсия — экстраверсия и нейротизм — стабильность. Указанные два измерения (или фактора) являются независимыми друг от друга. Каждый из полюсов этих измерений личности представляет собой некую *супер - черту*, так как, по мнению Айзенка, в основе каждой из них лежит совокупность нескольких составных черт. Кроме того, каждая суперчерта (например, интроверсия) — это не дискретный количественный показатель, а континуум определенной протяженности. Поэтому в теории Айзенка относительно суперчерт применяется термин «тип».

Экстравертированный тип характеризуется обращенностью личности на окружающий мир. Таким людям свойственны: импульсивность, инициативность, гибкость поведения, общительность, постоянное стремление к контактам, тяга к новым впечатлениям, раскованные формы поведения, высокая двигательная и речевая активность. Они легко откликаются на различные предложения, «зажигаются», берутся за их выполнение, но так же легко могут и бросать начатое, берясь за новое дело.

Интровертированный тип характеризует направленность личности на себя, на явления собственного мира. Для таких людей характерна низкая общительность, замкнутость, склонность к самоанализу, рефлексии. Прежде чем взяться за что-либо, анализируют условия, ситуацию, задачу; склонны к планированию своих действий. Внешнее проявление эмоций находится под контролем, но это не свидетельствует о низкой эмоциональной чувствительности, скорее справедливо обратное. В зависимости от сочетания параметров интроверсия — экстраверсия и нейротизм — стабильность всех людей можно разделить на четыре группы.

Значительно позже того, как Айзенк описал экстраверсию и интроверсию, он ввел в свою теорию еще одно измерение — психотизм. Таким образом, в настоящее время в теории Айзенка выделяются не два, а три ортогональных (независимых) измерения личности. Люди с высокой степенью выраженности такой суперчерты, как психотизм являются эгоцентричными, импульсивными, равнодушны к другим, склонны к асоциальному поведению, трудно контактируют с людьми и не находят у них понимания, отличаются конфликтностью и неадекватностью эмоциональных реакций.

Индивидуальная теория личности А.Адлера

Индивидуальная психология Альфреда Адлера имеет несколько ключевых принципов и исходя из них описывает человека. Эти основные принципы:

- 1) человек является единым, самосогласующимся и целостным;
- 2) человеческая жизнь – это динамическое стремление к превосходству;
- 3) индивидуум – есть творческая и самоопределяющаяся сущность;
- 4) социальная принадлежность индивидуума.

Согласно Адлеру, люди стараются компенсировать чувство собственной неполноценности, которое они испытывали в детстве, и переживая

неполноценность, в течение жизни борются за превосходство. Каждый человек вырабатывает свой уникальный стиль жизни, в рамках которого стремится к достижению фиктивных целей, ориентированных на превосходство или совершенство. (С этим связано понятие “фикционный финализм” – идея о том, что поведение человека подчинено им самим намеченным целям в отношении будущего). Согласно Адлеру, стиль жизни особенно ясно проявляется в установках личности и её поведении, направленном на решение трёх основных жизненных задач: работа, дружба и любовь. Основываясь на оценке степени выраженности социального интереса и степени активности по отношению к этим трём задачам, Адлер различал 3 типа установки, сопутствующих стилю жизни: управляющий (самоуверенность, напористость, незначительный социальный интерес, установка превосходства над внешним миром) берущий (паразитизм в отношении внешнего мира, отсутствие социального интереса, низкая степень активности), избегающий (отсутствие активности и социального интереса, опасение нуда, бегство от решения жизненных задач) и социально-полезный (сочетание высокой степени социального интереса с высокой активностью, забота о других и заинтересованность в общении, осознание важности сотрудничества, личного мужества и готовности вносить вклад в благоденствие других).

Адлер полагал, что стиль жизни создаётся благодаря творческой силе индивидуума, однако определённое влияние на него оказывается порядком рождения (первенец, единственный ребёнок, средний или последний ребёнок).

Также в индивидуальной психологии упор делается на так называемый социальный интерес – а именно внутреннюю тенденцию человека к участию в создании идеального общества.

Центральным понятием всей теории Альфреда Адлера является творческое “Я”. В этом понятии воплощается активный принцип человеческой жизни; то, что придаёт ей значимость; то, под чьим влиянием формируется стиль жизни. Эта творческая сила отвечает за цель жизни человека и способствует развитию социального интереса.

Типологические модели социальных характеров

Эрих Фромм продолжил постфрейдистскую тенденцию в психологии личности, акцентируя внимание на влияние на личность социально-культурных факторов. Фромм утверждал, что определённой частью людей движет желание бегства от свободы, осуществляющееся посредством механизмов авторитаризма, деструктивности и конформизма. Здоровый путь освобождения по Фромму – в обретении позитивной свободы благодаря спонтанной активности.

Фромм описал пять экзистенциальных потребностей, присущих человеку: в установлении связей; в преодолении; в корнях; в идентичности; в системе взглядов и преданности. Фромм полагал, что основные ориентации характера являются следствием способа удовлетворения экзистенциальных потребностей. Непродуктивные типы характера: рецептивный (сентиментальный, зависимый и пассивный, считающий, что надо быть любимым, а не любить), эксплуатирующий (человек, который добивается от других желаемого силой и обманом), накапливающий (скупой, упрямый и ориентированный на прошлое) и рыночный (человек, определяющий себя как товар, который можно выгодно продать/обменять; предельно отчуждённый от других). Продуктивный характер только один; согласно Фромму, он представляет собой цель развития человечества, и в его основе лежат разум, любовь и труд. Этот тип независимый, честный, спокойный, любящий, творческий и совершающий социально-полезные поступки.

Типологические модели индивидуальных характеров Г. Юнга.

Аналитическая психология – одна из школ глубинной психологии, базирующаяся на понятиях и открытиях человеческой психики, сделанных швейцарским психологом

Карлом Густавом Юнгом. Он утверждал, что душа состоит из трёх отдельных взаимодействующих структур: эго, личного бессознательного и коллективного бессознательного. Эго является центром сферы сознания и включает в себя все мысли, чувства, воспоминания и ощущения, благодаря которым мы чувствуем свою целостность. Эго служит основой нашего самосознания. Личное бессознательное вмещает в себя конфликты и воспоминания, когда-то осознававшиеся, но теперь подавленные и забытые. Юнг ввёл понятие комплекса, или скопления эмоционально заряженных мыслей, чувств и переживаний, вынесенных индивидуумом из личного или наследственного бессознательного опыта. Комплексы могут возникать вокруг самых обычных тем и оказывать сильное влияние на поведение. Юнг утверждал, что материал личного бессознательного уникален и доступен для осознания. Наконец, более глубокий слой в структуре личности – коллективное бессознательное, представляющее собой хранилище латентных следов памяти человечества. В нём отражены мысли и чувства, общие для всех человеческих существ.

Юнг высказал гипотезу о том, что коллективное бессознательное состоит из мощных первичных психических образов – архетипов. Архетипы – врожденные идеи или воспоминания, которые предрасполагают людей воспринимать, переживать и реагировать на события определённым образом; иначе говоря, это универсальные модели восприятия, мышления и действия в ответ на какой-то объект или событие. Среди архетипов, описанных Юнгом, есть мать, ребёнок, герой, мудрец, Солнце, плут, Бог, смерть и т.д. Наиболее важные архетипы – персона (наше публичное лицо), тень (подавленная, тёмная сторона личности), анимус/анима (внутренний образ женщины в мужчине и наоборот, внутренний образ мужчины в женщине), самость (сердцевина личности, вокруг которой организованы и объединены все другие элементы).

Юнг описал две основные эго-направленности: экстраверсия и интроверсия.

Экстраверт характеризуется врожденной тенденцией направлять свою психическую энергию, или либидо, вовне, связывая носителя энергии с внешним миром. Данный тип естественно и спонтанно проявляет интерес и уделяет внимание объекту – другим людям, предметам, внешним манерам и благоустройству. Экстраверт ощущает себя наилучшим образом, когда имеет дело с внешней средой, взаимодействует с другими людьми. И делается беспокойным и даже больным, оказываясь в одиночестве, монотонной однообразной среде. Поддерживая слабую связь с субъективным внутренним миром, экстраверт будет остерегаться встречи с ним, будет стремиться недооценить, умалить и даже опорочить любые субъективные запросы как эгоистические.

Интроверт же характеризуется тенденцией своего либидо устремляться вовнутрь, непременно связывая психическую энергию со своим внутренним миром мысли, фантазии или чувства. Наиболее успешно интроверт взаимодействует сам с собой и в то время, когда он освобожден от обязанности приспособляться к внешним обстоятельствам. Интроверт свою собственную компанию, свой “тесный мирок” и немедленно замыкается в больших группах.

Любой реальный человек несет в себе обе тенденции, но обычно одна развита несколько больше, нежели другая. Как противоположная пара они следуют закону противоположностей – т.е. чрезмерное проявление одной установки неизбежно ведет к возникновению другой, ей противоположной.

Экстраверсия и интроверсия всего лишь две из многих особенностей человеческого поведения. В дополнение к ним Юнг выделял четыре функциональных типа, четыре основные психологические функции: мышление, чувство, ощущение, интуиция.

В идеале индивид должен полноценно владеть всеми четырьмя функциями с тем, чтобы давать соответствующий адекватный ответ на любые жизненные запросы. К сожалению, в действительности это недостижимо, хотя и остается желанной целью,

определяя таким образом одну из главных задач аналитической психотерапии: привести к сознанию данное положение вещей и помочь в развитии подчиненных, угнетаемых, неразвитых функций с тем чтобы достичь психической целостности.

Акцентуаций характера и психопатий К. Леонгарда

Типологические модели акцентуаций характера и психопатий **К. Леонгарда** включает в себя 10 типов акцентуированных личностей. Они разделены на 2 группы: акцентуации характера (демонстративный, педантичный, застревающий, возбудимый) и акцентуации темперамента (гипертимический, дистимический, тревожно-боязливый, циклотимический, аффективный).

Леонгард считает, что люди отличаются не только акцентуированными чертами, но и особенностями, индивидуальными чертами. Черты, определяющие индивидуальность, относятся к разным психическим сферам:

- 1) к сфере направленности интересов и склонностей;
- 2) к сфере чувств и воли;
- 3) к сфере ассоциативно-интеллектуальной.

Не всегда легко, считает Леонгард, провести разницу между акцентуированными чертами и чертами, определяющими вариации индивидуальности человека. При знании отдельных черт, можно проследить и их сочетаемость. Леонгард отмечает, что сочетание акцентуированных черт отличается явственными особенностями обычно в области характера.

Теория идентичности Эрика Эриксона.

Эриксон разработал теорию личностного развития на протяжении всей жизни человека—от рождения до старости. Он полагает, что наряду с выделенными Фрейдом фазами психосексуального развития, в ходе которого меняется направленность влечения от аутоэротизма к внешнему объекту, существуют и психологические стадии развития "Я", в ходе которых индивид устанавливает основные жизненные ориентиры по отношению к себе и своей социальной среде. Эриксон выделил ставшие широко известными восемь стадий развития личности. На каждой из них существуют свои определенные параметры, которые могут принимать положительные или отрицательные значения. Механизмом смены стадий является конфликт, кризис идентичности личности.

Понятие "психосоциальная идентичность" у Эриксона выступает в качестве центрального интегративного начала личности. Групповая, социальная идентичность начинает формироваться очень рано — ребенок с первых дней жизни ориентирован на включение в определенную социальную группу и постепенно начинает воспринимать и понимать мир так, как и большинство его окружения. Но постепенно у него формируется и индивидуальная идентичность — чувство устойчивости и непрерывности своего "Я", несмотря на то, что в нем идут и многие процессы непрерывного изменения и развития. Таким образом, индивидуальная идентичность означает сознание тождественности самому себе, непрерывности во времени собственной личности и связанное с этим ощущение, что другие также признают это. Если идентичность — состояние, то идентификация — процесс его формирования. Идентификация всегда связана с другими людьми, которые в течение определенного времени могут служить "образцами".

В индивидуальной идентичности можно различить личностную идентичность и Я-идентичность. Последняя ("эго-идентичность") означает более узкую, глубинную область, ответственную за постоянство личности. Значение этого конструкта яснее всего проявляется в психопатологии, когда Я-идентичность утрачивается, меняется, "расщепляется" или человек вынужден бороться за ее сохранение.

Идентификационное поведение и идентичность развиваются непрерывно в течение всей жизни, начиная с раннего детства. При этом важнейшее влияние оказывают родители и другие референтные личности. Согласно Эриксону, каждый человек в ходе развития своей идентичности переживает несколько критических фаз. Критическая фаза — не

патологическое состояние, а своеобразное состояние нестабильности с мобилизацией созидательных сил. Человек задает себе вопросы: "Каков я? Каким мне хотелось бы стать? За кого меня принимают?". Каждая стадия характеризуется задачами этого возраста, а задачи выдвигаются обществом. Решение всех этих вопросов определяется уровнем развития человека и духовной атмосферой общества, в котором человек живет.

Стремление к собственной идентичности и к ее сохранению Эриксон выводит из психоаналитических посылок, стадии личностного развития у него соответствуют в общих чертах фазам психосексуального развития.

Раннее младенчество (до 1 года): главную роль в жизни играет мать (кормит, ухаживает, ласкает), в результате у ребенка формируется "базовое доверие к миру". Динамика развития доверия зависит от матери. Если мать тревожна и невротична или ребенку уделяют мало внимания (например, ребенок в детском доме), то формируется базовое недоверие к миру, устойчивый пессимизм. Эмоциональная депривация приводит и к резкому замедлению психического развития.

Позднее младенчество (1—3 года) связано с формированием автономии и независимости, ребенок начинает ходить, контролировать сфинктеры, приучается к опрятности. Социальное неодобрение открывает глаза ребенка внутрь, он чувствует возможность наказания, формируется стыд. В конце стадии должно быть равновесие автономии и стыда.

Раннее детство (3—6 лет): возникает убеждение у ребенка, что он уже личность. В игре формируется инициативность и предприимчивость. Если родители сильно подавляют ребенка, то это замедляет формирование инициативности, способствует закреплению пассивности, неуверенности, чувства вины.

Среднее детство (6—12 лет): возможности развития в рамках семьи исчерпаны, ребенок овладевает знаниями и новыми навыками в школе. Он спокоен и верит в свои силы, но школьные неудачи приводят к появлению или закреплению чувства своей неполноценности, отчаяния, потери интереса к учебе. Если родители лишь ругают и наказывают за плохую учебу, чувство неполноценности может закрепиться на всю жизнь.

Отрочество и юность (12—20 лет): формируется окончательно "эго-идентичность". Бурный рост и половое созревание создают озабоченность тем, как он выглядит перед другими. Возникает необходимость профессионального самоопределения. Если на ранних стадиях у ребенка сформировалась автономия, инициатива, доверие к миру, уверенность в своих силах, то подросток легко находит свое "Я", признание окружающих. В противном случае происходит диффузия идентичности, он не может найти свое "Я", не осознает целей и желаний, регрессирует к инфантильным, иждивенческим реакциям, появляется смутное, но устойчивое чувство тревоги и одиночества. Появляется страх общения, особенно с противоположным полом.

Ранняя взрослость (20—25 лет): актуален поиск спутника жизни, укрепление связей со своей социальной группой. Человек не боится обезличивания, появляется чувство близости, сотрудничества, интимности с определенными окружающими людьми. Однако, если диффузия идентичности переходит и на этот возраст, человек замыкается, закрепляется изоляция и одиночество.

Средняя взрослость (25—65 лет): дальнейшее развитие идентичности — идет воздействие со стороны других людей, особенно детей. Они подтверждают, что ты им нужен. Есть любимый труд, есть на кого излить свое "Я". В противном случае — опустошенность, застой и косность, психологический и физиологический регресс.

Поздняя взрослость (65 лет и более): создание завершенной формы эго-идентичности на основе всего пути развития личности, переосмысления всей жизни. Человек должен понять, что жизнь — это неповторимая судьба и ее надо "принять" такой, какая она есть. Если "принятия себя и жизни" не произошло, то человек чувствует разочарование, теряет вкус к жизни, чувствует, что жизнь прошла неверно, зря.

«Я»- концепция личности.

"Я"- концепция — это совокупность всех представлений индивида о себе, сопряженная с их оценкой. Описательную составляющую "Я"- концепции часто называют образом "Я" или картиной "Я". Составляющую, связанную с отношением к себе или отдельным своим качествам, называют самооценкой или принятием себя. В сущности, "Я"- концепция определяет не просто то, что собой представляет индивид, но и то, что он о себе думает и как смотрит на свои настоящие возможности и возможности развития в будущем.

Образ своего "Я", можно рассмотреть и как совокупность установок, направленных на самого себя и включающих следующие основные компоненты:

когнитивный — образ своих качеств, способностей, внешности и социальной значимости (самосознание);

эмоциональный — аффективная оценка "Я"- образа, которая проявляется в самоуважении, себялюбии или самоуничижении;

оценочно-волевой — потенциальная поведенческая реакция, т.е. конкретные действия, которые могут быть вызваны образом "Я" и самооценкой (это и стремление повысить свою самооценку, завоевать уважение).

"Я"- концепция играет, по существу, тройную роль: она способствует внутренней согласованности личности, определяет интерпретацию опыта и является источником ожиданий. Стремление защитить «Я» - концепцию, оградить ее от разрушающих воздействий является одним из основополагающих мотивов всякого нормального поведения (Бернс Р., 1986).

Субъективно переживание наличия собственного "Я" выражается в следующих его главных функциях:

- 1) самоидентичности, т.е. целостности "Я" с чувством непрерывности, сохранения и понимания тождественности самому себе в настоящем, прошлом и будущем;
- 2) активности "Я" с чувством собственной автономности и независимости от других;
- 3) защиты "Я" с чувством собственного достоинства;
- 4) самосовершенствования "Я" с чувством определенного рода линии надежды, направленности на цели, реализация которых мыслится как будущее личной жизни.

В "Я"- концепции можно выделить следующие "Я"- образы:

"Я"- реальное, т.е. представление о себе в настоящем, текущем времени. Если человек говорит или думает в какой-то момент времени о себе с презрением, то это не должно восприниматься как стабильная характеристика его "Я"- образа. Более чем вероятно, что его представление о себе сменится через некоторое время на противоположное.

"Я"- идеальное — можно противопоставить "Я"- реальному представлению о себе. "Я"- идеальное — это представления о том, каким бы хотел быть индивид в данных конкретных условиях. "Я" - идеальное выступает как необходимый ориентир самовоспитания личности.

Иногда в "Я"- концепции выделяют еще и "Я"- фантастическое, т.е. то, каким бы субъект пожелал стать, даже если невероятное оказалось возможным. Фантастический образ своего "Я" имеет большое значение у детей, особенно у подростков, в связи с их склонностью строить планы на будущее, создание которых невозможно без фантазии и мечты. Однако преобладание в структуре личности фантастических представлений о себе, которые не сопровождаются осуществлением желаемого, не всегда положительное явление, т.к. очевидное несовпадение желаемого и действительного могут дезорганизовать самосознание и травмировать человека.

Во всем множестве "Я"- образов следует упомянуть и о "Я"- зеркальном, т.е. собственных представлений человека о том, каким он воспринимается глазами окружающих его людей. Этот компонент "Я"- образа является существенным для формирования личностной значимости и самооценки.

Изучение "Я"- концепции и мотивации личности

"Я"- концепция, или идеальная представленность индивида в себе как в другом, — важный структурный элемент психического облика личности. Степень адекватности "Я"- образа наиболее часто выясняется при изучении самооценки личности.

Самооценка — это оценка личностью самой себя, своих возможностей, качеств и места среди других людей. Самооценка играет важную роль в регуляции поведения человека.

Завышенная самооценка приводит к тому, что человек склонен переоценивать себя в ситуациях, которые не дают для этого повода. В результате он нередко сталкивается с противодействием окружающих, отвергающих его претензии. Все это может привести к озлобленности, проявлениям мстительности или нарочитого высокомерия в поведении. Чрезмерно низкая самооценка лежит в основе комплекса неполноценности, устойчивой неуверенности в себе и самообвинений.

Уровень притязаний тесно связан с самооценкой. По сути, уровень притязаний — это уровень самооценки личности, проявляющийся в степени трудности цели, которую ставит перед собой человек. Стремление к повышению самооценки в условиях, когда человек свободен в выборе степени трудности очередного действия, приводит к конфликту двух мотивов (тенденций): тенденции повысить притязания, чтобы одержать максимальный успех, и тенденции снизить их, чтобы избежать.

Люди, мотивированные на успех, обычно ставят перед собой некоторую положительную цель, достижение которой может быть однозначно расценено как успех. Взявшись за какую-нибудь работу, они рассчитывают на успех, одобрение, и сама работа вызывает у них полную мобилизацию и положительные эмоции.

Иначе ведут себя люди, мотивированные на избегание неудачи. Они неуверенны в себе, боятся критики. Работа, особенно такая, которая чревата возможностью неудачи, является источником отрицательных эмоций. В результате они часто оказываются неудачниками.

Для человека, стремящегося к успеху, привлекательность и интерес к неудавшейся ему задаче или деятельности возрастает, а для человека, ориентированного на неудачу, падает. Значимая, отдаленная во времени цель в большей степени способна стимулировать деятельность человека с развитым мотивом достижения успеха, чем с выраженным мотивом избегания неудачи.

Каузальная атрибуция (от лат. *causa* — причина и англ. *attribute* — приписывать, наделять) — склонность человека к причинному объяснению поступков других людей. Необходимость ее обусловлена тем, что информация, которую дает человеку наблюдение, часто недостаточна для адекватного взаимодействия с его социальным окружением и нуждается в "дистраивании". Если мы знаем причину поступка другого человека, то мы можем не просто его объяснить, но и предсказать подобный поступок в будущем, что важно в общении и взаимодействии людей. При таком подходе каузальная атрибуция одновременно выступает и как потребность человека в понимании причин поступков других людей, и как способность к такому пониманию (Хайдера Ф., 1958 и другие).

Основные теории и модели описания мотивации

Следует различать первичные виды мотивации, или биологические виды побуждения, необходимые для нормального функционирования организма, и потребности, имеющие лишь отдаленное отношение к выживанию. Для того, чтобы объяснить эти два различных вида мотивации, выдвигалось множество теорий.

Теория биологических побуждений. Голод, жажда, потребность в кислороде — первичные потребности, удовлетворение которых жизненно необходимо для всех живых существ. Любое отклонение в балансе нужного организму компонента автоматически приводит к соответствующей потребности и биологическому импульсу к ее удовлетворению. Поддержание равновесия, при котором организм не испытывает никаких

потребностей, называется гомеостазом. Отсюда термин "гомеостатическое поведение", т.е. поведение, которое направлено на устранение мотивации путем удовлетворения вызвавшей ее потребности.

Гомеостатические системы часто сравнивают с термостатом, который обеспечивает постоянство температуры внутри него. Эта теория прямой и простой мотивации позволяет объяснить удовлетворение биологических потребностей, но совершенно непригодна для объяснения всей сложности поведения человека.

Теория оптимальной активации. Известно, что поведение индивидуума тем эффективнее, чем ближе его уровень бодрствования к некоторому оптимуму — он не должен быть ни слишком низким, ни слишком высоким. При более низких уровнях готовность субъекта к действию постепенно уменьшается, и вскоре он засыпает, а при более высоких он будет больше взволнован, возбужден, и его поведение может даже полностью дезорганизоваться. Изучение потребностей привело к формулировке знаменитого закона Йоркса — Додсона, который позволяет фиксировать оптимальный уровень потребностей человека и их влияние на организацию активности. Суть закона состоит в том, что для каждой задачи, стоящей перед человеком, существует свой оптимум мотивации.

Согласно теории оптимальной активации, организм стремится поддерживать оптимальный уровень бодрствования и активности, который позволяет ему функционировать более эффективно. Этот уровень зависит от физиологического состояния человека в каждый данный момент. Таким образом, одни люди нуждаются в более сильном притоке стимулов, другие способны выносить их лишь в ограниченном количестве.

Оптимальный уровень активации различен в разных психических состояниях — при отдыхе или в состоянии творчества. Из описания экспериментов с сенсорной изоляцией известно, что мозг неадекватно реагирует при отсутствии раздражителей. Приверженцы теории оптимальной активации видят в этом пример такой ситуации, которой организм стремится избежать. Однако эта теория, хотя и позволяет объяснить, чем вызывается какое-то поведение, но не дает ответа на вопрос, по какому конкретному пути это поведение пойдет.

Потребностно-информационная теория предложена академиком П.В. Симоновым (1987). По мнению автора и его последователей, между витальными функциями индивида и структурой его личности имеется неразрывная связь. Под витальными функциями понимаются как общевитальные (индивидуально-органические, видовые), так и специфически человеческие (социальные, когнитивные).

Витальные функции, получая свое отражение в сознании, осознаются как определенные потребности. Осознание витальных функций как потребностей на языке физиологии есть их кортикальное представительство, высшая интеграция. Переживание витальных функций означает актуализацию потребности жить, и притом жить в каждый момент времени определенным образом. Здесь имеется в виду осознание нужды в чем-то, находящемся вне организма, — в вещах объективного мира и в манипуляциях с ними, а также в других людях и определенных взаимоотношениях между ними.

В данной концепции существенны указания на связь потребностей с эмоциями. Эмоция является отражением мозгом не только какой-либо актуальной потребности, но и вероятности (информация, знания, навыки, энергетические ресурсы и пр.) ее удовлетворения. Низкая вероятность удовлетворения потребности ведет к возникновению отрицательных эмоций. Возрастающая вероятность удовлетворения по сравнению с ранее имевшимся прогнозом порождает положительные эмоции. Сама по себе эмоция не несет информации об окружающем мире, но выступает важным регулятором усиления или ослабления потребности, их динамики.

Когнитивные теории мотивации. Побуждение к действию может возникать у человека не только под влиянием эмоций, но также, под воздействием знаний (когниций), — их согласованности или противоречивости.

Одним из первых обратил на это внимание Л. Фестингер (1957). Главным положением его теории когнитивного диссонанса является утверждение о том, что система знаний человека о мире и о себе стремится к согласованию. Существование диссонанса, т.е. отношений несогласованности, несоответствия между когнициями (знания, мнения, убеждения) является само по себе мотивирующим фактором и психологически дискомфортно. Человек пытается уменьшить диссонанс и добиться консонанса ("соответствия").

Когнитивный диссонанс может рассматриваться как исходное условие, которое вызывает активность, направленную на уменьшение диссонанса, подобно тому как голод ведет к активности, направленной на его утоление.

Наиболее выраженное мотивационное влияние когнитивный диссонанс оказывает при принятии жизненно важных решений, вынужденном совершении нравственно неприемлемых поступков, преодолении межличностных конфликтов. Человек стремится к избеганию диссонанса. Даже после совершения действия, повлекшего за собой нежелательный результат, он стремится задним числом повысить ценность этого результата и невольно ищет дополнительные, оправдывающие аргументы. Однако иногда после принятия решения повышается ценность не того варианта, который был избран, а того, который оказался отвергнутым. В результате диссонанс не уменьшается, а еще больше увеличивается.

Иерархия потребностей. Многие психологи усматривают в мотивации ядро личности, а в его познании — ключ к исследуемому человеку.

В каждой теории личности предлагаются в качестве ведущих различные мотивы. Например, в группе теорий личности психоаналитической ориентации, как правило, предлагается ведущим один мотив: либидо (З. Фрейд), превосходства (А. Адлер), избегания тревоги (Г. Салливан), аффилиации (Э. Фромм) и др.

По мнению отечественного психолога А.Н. Леонтьева (1903-1979), количество мотивов может быть бесконечным, т.к. их источники находятся в практической деятельности человека, которая весьма разнообразна.

Существует и промежуточная точка зрения, когда в качестве ведущих выдвигается несколько мотивов. Например, американский исследователь мотивации Г.А. Мюррей (Murray H., 1953) предлагает список вторичных (психогенных) потребностей, возникающих у человека на базе инстинктоподобных влечений в результате воспитания и обучения: в достижении успеха, аффилиации, агрессии, независимости, противодействия, уважения, унижения, защиты, доминирования, привлечения внимания, избегания вредностей, избегания неудач, покровительства, порядка, игры, неприятия, осмысления, сексуальных отношений, поиска помощи и зависимости, понимания.

По иному к классификации потребностей подходит один из создателей гуманистической психологии, американский психолог А. Маслоу (Maslow A., 1962). Он классифицирует потребности по иерархически построенным группам. Выбор когнитивной деятельности может быть адекватно осуществлен только тогда, когда организм в оптимальной степени активирован, и его элементарные потребности удовлетворены. По мнению Маслоу, у человека с рождения последовательно появляются следующие семь классов потребностей.

1. Физиологические потребности, обеспечивающие выживание человека. К ним относятся потребности в еде, питье, жилище, отдыхе и сексе.

2. Потребности в безопасности (и уверенности в будущем) — это стремление чувствовать себя защищенным, желание избавиться от неудач и страхов (безопасность физическая и психологическая).

3. Социальные потребности включают чувство принадлежности к чему-либо или к кому-либо, чувство принятия тебя другими, причастности к группе.
4. Потребности в уважении — это потребности в самоуважении, признании личных достижений и компетентности, уважении и одобрении окружающих.
5. Когнитивные (познавательные) потребности.
6. Эстетические потребности (в красоте, гармонии, симметрии и порядке).
7. Самоактуализация — это потребность самовыражения и реализации своих способностей, талантов, самосовершенствование.

Согласно гуманистическому подходу, любое существо стремится к своему расцвету, действуя в наибольшем соответствии со своими возможностями и притязаниями. Теория А. Маслоу обращает особое внимание на то, что высшие потребности не могут проявиться, если более примитивные не были удовлетворены. Следующая ступень мотивационной структуры имеет значение лишь тогда, когда предыдущие ступени реализованы ("пирамида потребностей").

Методы удовлетворения потребностей высших уровней
(Мескон М., Альберт М., Хедоури Ф., 1992)

Социальные потребности

1. Давайте сотрудникам такую работу, которая позволяла бы им общаться.
2. Создавайте на рабочих местах дух единой команды.
3. Проводите с подчиненными периодические совещания.
4. Не старайтесь разрушить возникшие неформальные группы, если они не наносят организации реального ущерба.

5. Создавайте условия для социальной активности членов организации вне ее рамок.

Потребности в уважении

1. Предлагайте подчиненным более содержательную работу.
2. Обеспечьте им положительную обратную связь с достигнутыми результатами.
3. Высоко оценивайте и поощряйте достигнутые подчиненными результаты.
4. Привлекайте подчиненных к формулировке целей и выработке решений.
5. Делегируйте подчиненным дополнительные права и полномочия.
6. Продвигайте подчиненных по служебной лестнице.
7. Обеспечивайте обучение и переподготовку, которая повышает уровень компетентности.

Потребности в самовыражении

1. Обеспечивайте подчиненным возможность для обучения и развития, которая позволила бы полностью использовать их потенциал.
2. Давайте подчиненным сложную и важную работу, требующую от них полной отдачи.
3. Поощряйте и развивайте у подчиненных творческие способности.

Принципы личности медицинского работника

- Охрана здоровья граждан является одним из основных принципов деятельности медицинского работника. Соблюдай моральные и этические нормы, юридические законы, регламентирующие деятельность медицинского работника. Сохраняй и укрепляй физическое и психическое здоровье каждого человека.
- Исполняй профессиональный долг, по совести, и с достоинством, не используй медицинские знания в ущерб нормам гуманности. Гарантия профессионального успеха — не деньги и прибыль, а качество работы. Никакое дело не будет успешным, если оно не стоит на крепкой нравственной основе.
- Благороден не тот, кто богат или занимает высокий пост, а тот, кто без позы, скромно изо дня в день выполняет свой долг. Все, что ты делаешь, делай хорошо. Имей чистые руки, горячее сердце и холодный ум.

- Проявляй высочайшее уважение к человеческой жизни с момента ее зачатия. Уважение других людей — основа отношений с ними и самоуважения. Уважай пациента живого и умершего. Относись с уважением к праву умирающего на гуманное с ним обращение и достойную смерть; облегчай страдания пациента и оказывай психологическую поддержку его родственникам; никогда не прибегай к осуществлению эвтаназии, учитывай религиозные и культурные традиции граждан.
- В медицинской профессии сострадание и помощь страждущим являются главными компонентами. Будь готов в любой момент с одинаковым старанием и терпением оказать медицинскую помощь пациентам независимо от их расы, национальности, вероисповедания, возраста и пола, сексуальной ориентации, характера заболевания, социального или материального положения. Не нарушай при этом этическую заповедь «Не навреди!» и помни: равнодушие к людям и их страданиям — качество, несовместимое с профессией медицинского работника.
- За все хорошее и плохое воздастся. Посвяти свою жизнь добру, любви и помощи нуждающимся. Помогай пациентам осознавать свою социальную значимость. Не плоди зла, множь добро. Улыбка выздоравливающего пациента или облегчение страданий для умирающего больного будут первейшим вознаграждением.
- Будь честным к себе, пациентам и коллегам. Помни: что ты скажешь или не скажешь, может быть неверно понято. Думай, что и как говоришь. Словом лечат, но словом и калечат. Будь верен своему слову. Умей контролировать свои эмоции, мимику, взгляд, интонацию. Борись с вредными привычками. Поддерживай свой авторитет и репутацию.
- Уход за больным играет важную роль в его лечении и выздоровлении. При необходимости будь строг и в меру назидателен по отношению к больным и их родственникам, чтобы твои указания исполнялись в точности и без промедления.
- Невозможно пройти по жизни в одиночку. Откликайся на эмоции и духовные запросы пациента. Эффективно используй весь медицинский персонал, находящийся в подчинении. По-настоящему счастлив тот, кто искал способа служить людям и, как мог, служил им.
- Уважай право пациента на получение информации о состоянии его здоровья и принимаемые им решения, его право на осознанный выбор и активное участие в лечении и уходе за ним, право соглашаться на любое медицинское вмешательство или отказаться от него.
- Взаимное доверие — лучшая основа делового сотрудничества. Твоя моральная, этическая и юридическая обязанность — хранить медицинскую тайну о состоянии здоровья пациента, диагнозе и прогнозе заболевания, а также о личной жизни пациента даже после того, как он умрет.
- Участвуй в исследовательской работе, приумножай знания и умения в течение всей профессиональной деятельности. Продолжай работу по созданию и поддержанию высоких стандартов по качеству диагностики, лечения и сестринского ухода. Помни: за свою деятельность ты несешь ответственность перед пациентом, коллегами, обществом.
- Никогда не унывай, а думай и действуй. Переноси смиренно то, что нельзя изменить. Не останавливайся на достигнутом. Твой
- профессиональный долг — повышать уровень своей культуры, непрерывно совершенствовать специальные знания и умения в течение всей профессиональной карьеры. Высокий профессионализм медицинского работника — важнейший моральный фактор товарищеских, коллегиальных взаимоотношений. Почитай учителей своих.
- Не урони достоинства своего и не унижай профессию свою. Всеми силами поддерживай честь и благородные традиции медицинского сообщества.

- Профессиональные способности — это совокупность (структура) достаточно стойких, хотя и изменяющихся под влиянием воспитания индивидуально-психологических качеств личности человека, которая определяет успешность обучения определенной трудовой деятельности, выполнения ее и совершенствования в ней.
- Учащиеся неодинаково хорошо и быстро усваивают учебный материал и осваивают те или иные операции, так как имеют разные способности. Они могут иметь хорошие способности к одним предметам и плохие — к другим. Трудолюбие и настойчивость в учении иногда компенсируют недостаточно развитые способности. Поэтому хорошая успеваемость не всегда говорит о хороших способностях учеников. Способности характеризуются соотношением успеваемости и усилий учащегося для ее достижения.
- Профессиональные способности развиваются только в профессиональной деятельности и в специальных упражнениях, рассчитанных на формирование необходимых для профессии личных качеств. Профессиональные способности представляют собой не какие-то новые особые качества, а определенные сочетания психических свойств и процессов, благоприятных для осваиваемой профессии.
- Такие черты личности, как аккуратность, настойчивость, трудолюбие, любовь и интерес к своему делу, нужны для любой профессии. Но шоферу нужно отличать красный цвет от зеленого, кулинарам необходимы тонкий вкус, обоняние, музыкантам — хороший слух и т.д.
- На формирование профессиональных способностей благотворное влияние оказывают:
 - интерес учащихся к избранной профессии и учебным предметам;
 - организованность учебного процесса и обеспеченность необходимыми учебными пособиями;
 - успешность теоретических и практических занятий;
 - стимулирование активности и самостоятельности учащихся в выполнении заданий;
 - воспитание уверенности в успешности овладения профессией и стремления к преодолению трудностей;
 - встречи с интересными людьми данной профессии.
- Чем сильнее педагог сумеет заинтересовать учащихся выбранной ими профессией, тем легче ему будет формировать их профессиональные способности. От того, какое впечатление у них останется от первых занятий, будет зависеть их отношение к профессии, к училищу, к учебным предметам, к преподавателям. Вот почему первые занятия с учащимися нового набора требуют особо тщательной подготовки.

Личность врача

Врачебная деятельность относится к трудным профессиям. Человек, посвятивший себя медицине, несомненно, должен иметь к ней призвание. Стремление оказать помощь другому человеку всегда считалось полезным качеством личности и должно было быть воспитано с детства. Только тогда, когда эти свойства личности становятся потребностью, можно считать, что у человека есть главные предпосылки успешного овладения медицинской профессией. Не случайно известный писатель и врач В.В. Вересаев писал, что научиться врачебному искусству невозможно, точно так же, как и искусству сценическому или поэзии. Можно быть хорошим медиком-теоретиком, но в практическом отношении с больными быть несостоятельным.

Гуманизм врача. Больной прежде всего вправе ожидать от врача искреннего желания помочь ему и убежден, что иным врач и быть не может. Он наделяет врача наилучшими качествами, присущими людям вообще. Можно думать, что первый человек, который оказал медицинскую помощь своему ближнему, сделал это из чувства сострадания, стремления помочь в несчастье, облегчить его боль, иначе говоря, из чувства гуманности. Вряд ли нужно доказывать, что именно гуманность всегда была особенностью медицины и врача — ее главного представителя.

Гуманизм, сознание долга, выдержка и самообладание в отношениях с больными, совесть всегда считались главными характеристиками врача. Впервые эти морально-этические и нравственные нормы врачебной профессии были сформулированы врачом и мыслителем древности Гиппократом в его знаменитой "Клятве". Конечно, исторические и социальные условия, классовые и государственные интересы сменявшихся эпох многократно трансформировали "Клятву Гиппократа". Однако и сегодня она читается и воспринимается как вполне современный, полный нравственной силы и гуманизма документ. Ее основные положения следующие:

уважение к жизни ("Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла, точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария");

запрет на причинение вреда больному ("Я направлю режим больных к их выгоде сообразно моим силам и моим разумениям, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости");

уважение к личности больного ("В какой бы дом я ни вошел, я войду туда только для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, несправедливого и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами");

врачебная тайна ("Что бы при лечении—а также и без лечения — я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной");

уважение к профессии ("Клянусь... считать научившего меня врачебному искусству наравне с родителями... Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое искусство").

Врачебная тайна (конфиденциальность). Во взаимоотношениях врача и больного не последняя роль принадлежит умению врача хранить врачебную тайну. Обычно она включает в себя три вида сведений: *о болезнях, об интимной и семейной жизни больного*. Врач — не случайный обладатель этих сведений, сокровенных переживаний и мыслей больных. Они доверяются ему как человеку, от которого рассчитывают получить помощь. Поэтому распоряжаться имеющимися у врача сведениями о больном по собственному усмотрению можно лишь в редких случаях. Требование о неразглашении врачебной тайны снимается лишь в случаях, когда этого требуют интересы общества (например, при угрозе распространения опасных инфекций), а также при запросе судебно-следственных органов.

Общая и профессиональная культура. Можно отметить еще ряд общих и более частых черт личности, которые нужно воспитывать у врача. Сюда относятся высокая общая культура и культура врачебной деятельности, организованность в работе, любовь к порядку, аккуратность и чистоплотность, т.е. черты, на которые указывал еще Гиппократ. Требования к личности врача, его внешнему облику и поведению постепенно оформились в специальном учении—медицинской деонтологии, которая рассматривается как наука о должном моральном, эстетическом и интеллектуальном облике медицинского работника, о том, каковы должны быть взаимоотношения между медиками, больными и их родственниками, а также между коллегами в медицинской среде.

Профессиональная деформация. В профессиях, связанных с взаимодействием человек—человек, огромное значение имеет ориентация на Другого как равноправного участника взаимодействия.

Врачебная деятельность очень разнообразна и не ограничивается рамками только лечения, как это принято считать в немедицинской среде. Разнообразие видов врачебной деятельности создает различные способы ее осуществления, широкое поле деятельности для профессионала, но ставит проблему специфики влияния разных видов врачебной деятельности на профессиональную позицию врача, его ценностные ориентации.

Для описания влияния профессии на психическую жизнь профессионала введено специальное понятие — "профессиональная деформация". Впервые она стала описываться

в 60-х годах как проблема функциональных возможностей человека. В нашей стране проблема профессиональной деформации впервые стала изучаться в области педагогики. Исследования показали, что в профессиях типа "человек—человек" профессиональная деформация существует, как и имеет место разный уровень подготовки и квалификации профессионала, и что должен осуществляться профессиональный отбор, так как существует идея профессиональной пригодности.

Профессиональная деформация развивается постепенно из профессиональной адаптации. Определенная степень адаптации естественна для медицинского работника. Сильное эмоциональное восприятие страданий другого человека в начале профессиональной деятельности, как правило, в дальнейшем несколько притупляется. Конечно, для врача просто необходима определенная степень эмоциональной сопротивляемости, но он должен сохранять те качества, которые делают его не просто хорошим профессионалом, но и оставляют человеком, способным к эмпатии, уважению к другому человеку, способному к соблюдению норм врачебной этики. Ярким примером профессиональной деформации является подход к пациенту как к объекту, носителю симптома и синдрома, когда пациент воспринимается врачом как "интересный случай".

Г.С. Абрамова и Ю. А. Юдичц(1998) рассматривают профессиональную деформацию в виде *обобщенной модели*, которая включает как социально обусловленные причины ее, так и причины вызванные феноменами индивидуального сознания. К социальным причинам они относят влияния, связанные с необходимостью соблюдения врачом как государственным служащим многочисленных инструкций, которые регламентируют его деятельность. Понятием "инструкция" здесь обобщаются все формы готового знания (учебники, классификации болезней, нормативы и пр.), которые задаются нам извне, они не "пропущены" через собственный опыт и понимание. Как только профессионал принимает инструкцию за абсолютную истину, все профессиональные взаимоотношения деформируются определенным образом: врач может воспринимать пациента не как целостную личность, а как определенную совокупность симптомов или объект манипуляций.

С другой стороны, врач может уверовать в свое могущество и власть над человеком, приняв на веру многочисленные мифы, циркулирующие в немедицинской среде, по поводу возможностей врача и современной медицины. Внешняя сторона лечения, кажущаяся неискушенному человеку магической, доступной только врачу, рождает "кастовый" характер медицинского знания. Так формируется еще один фантом профессиональной деятельности врача — ощущение власти над человеком, для которого медицинская помощь является последним шансом защититься от болезни.

Таким образом, врач имеет дело с двумя реальностями: неодушевленной (фантомы и инструкции) и живой реальностью — жизнью своей и других людей. Возникает соблазн их отождествления и создания иллюзии простоты. Профессионал начинает переживать исключительно простые чувства, выражающиеся в притягательной формуле "я могу", "я профессионал и лучше знаю как, что...". В результате принятия фантомов за истину сознание профессионала также фантомизируется—становится статичным, неподвижным, оно всегда знает, "как надо", "что должно быть" и "что с этим делать". Эти фантомы иногда могут осознаваться врачом на уровне переживаний — в виде чувства неудовлетворенности собой, профессией. Однако пока есть переживание, можно говорить и о возможности осознания факта профессиональной деформации и перспектив работы с ним. Профессиональная деформация не осознается в том случае, когда врач отказывается от переживаний, потому что они требуют усилий, предполагают проявления отношения к кому-либо или к чему-либо.

Синдром хронической усталости у медицинских работников. В профессиях, связанных с взаимодействием человек-человек, профессиональная усталость — это прежде всего усталость от другого человека. Это совершенно специфический вид усталости, обусловленный постоянным эмоциональным контактом с большим количеством людей. Особенно это относится к профессии врача, так как она предъявляет большую

требовательность к личности профессионала и предполагает принятие ответственности за жизнь и здоровье другого человека. В значительной степени появлению усталости могут способствовать особенности работы в здравоохранении (дежурства, работа по сменам), чрезмерно большой прием. "Астения переутомления" обычно всегда развивается постепенно (в течение 6 и более месяцев от начала напряженной работы), ей предшествует более или менее длительный период волевого усилия, умственного напряжения и продолжения работы в условиях утомления. Утомление снижает работоспособность человека и эффективность его труда, что создает постоянную психотравмирующую ситуацию в виде ощущения им собственной несостоятельности и может привести даже к невротическому срыву. Наиболее частым симптомом астении является раздражительность. Она проявляется в повышенной возбудимости, нетерпеливости, обидчивости и несдержанности. Проявления раздражительности чаще носят характер кратковременных вспышек, которые нередко сменяются раскаяниями, извинениями перед окружающими, ощущениями вялости и усталости. Кроме этих основных симптомов, страдающие астенией жалуются на рассеянность, плохой сон, тревожность, неустойчивость настроения, головные боли.

В обыденном сознании общества бытует мнение, что состояние здоровья у врачей лучше, чем у других людей. Однако это далеко не так, особенно это касается их психоэмоционального, психического состояния. Отношение к своему состоянию в этом плане у врачей встречается преимущественно двух видов: 1) отрицающее — не обращает внимания на собственное психологическое состояние, считает его следствием простого переутомления, не обращается за помощью к специалистам; 2) пренебрежительное — недооценивает свою усталость; не изменяет свой стиль жизни, который, как правило, бывает несовместим с психологическим здоровьем. Очень часто врач с синдромом хронической усталости склоняется не только к несовершенной "самодиагностике", но и несовершенной "самотерапии" — излишествам в употреблении транквилизаторов или употреблении спиртных напитков для снятия "напряжения".

Утомление врача отрицательно сказывается на его профессиональной деятельности и тем самым на его пациентах. Последствия утомления могут быть самыми разнообразными. Они могут проявляться в нетерпеливости и раздражительности — врач сокращает время приема каждого пациента, стремится как можно быстрее закончить вызывающую утомление работу, а у пациента при этом создается впечатление, что врач хочет от него отделаться, не воспринимает серьезность его жалоб и в целом относится к нему неуважительно. Производительность труда у врача снижается и замедляется из-за трудностей концентрации внимания, трудностей при постановке диагноза и выборе метода лечения, преобладанием так называемых диагностических коротких связей типа: "повышенная кислотность + кровь в желудке = язвенная болезнь" (Конечный Р., Боухал М., 1985). На пациента такой врач производит впечатление рассеянного, занятого своими проблемами, а зачастую и просто некомпетентного. Невнимательность и поспешность могут приводить к неосторожным высказываниям с психической травматизацией больного (ятрогениям) и даже к прямым врачебным ошибкам — необоснованному диагнозу или неудачно выбранному лечению.

Переживание собственной профессиональной несостоятельности при нарастании врачебных ошибок, трудности концентрации, затруднения в восприятии нового материала являются причиной травматизации самого врача, приводят к чувству недовольства результатами своей деятельности. Его состояние может усугубляться и возникновением конфликтов как с администрацией (из-за претензий к неудовлетворительной работе), так и с коллегами (вследствие вызванного утомлением раздражения), и с пациентами (из-за врачебных ошибок, отсутствия психологического подхода, неквалифицированных высказываний).

Синдром "эмоционального выгорания" у медработников. Термин "эмоциональное сгорание" введен американским психологом Х. Дж. Фрейденбергером в 1974 г. для характеристики психологического состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном и

тесном общении с клиентами (пациентами) в эмоционально перегруженной атмосфере при оказании профессиональной помощи.

Врачебная профессия требует от профессионала не только профессионального мастерства, но и большой эмоциональной самоотдачи. Врач постоянно имеет дело со смертью и страданиями других людей, и во многих других случаях для врача существует проблема "невключения" своих чувств в ситуацию, что ему далеко не всегда удается. Естественно, что только эмоционально зрелая, целостная личность в состоянии решать эти задачи и справляться с подобными трудностями. Вероятно, существует индивидуальный предел, потолок возможностей нашего эмоционального "Я" противостоять истощению, противодействовать "сгоранию", самосохраняясь. Синдром "эмоционального выгорания" характерен именно для профессионалов, изначально обладающих большим творческим потенциалом, ориентированных на другого человека, фанатично преданных своему делу.

При синдроме "эмоционального выгорания" у профессионала наступает своеобразное исчезновение или деформация эмоциональных переживаний, которые являются неотъемлемой частью всей нашей жизни. Его симптомы во многом сходны с таковыми при хронической усталости и составляют основной каркас для возможностей последующей профессиональной деформации.

В первую очередь человек начинает заметно ощущать утомление и истощение после активной профессиональной деятельности, появляются психосоматические проблемы типа колебаний артериального давления, головных болей, симптомов со стороны пищеварительной и сердечно-сосудистой систем, бессонницы.

Другим характерным признаком является возникновение негативного отношения к пациентам и отрицательная настроенность к выполняемой деятельности. У врача исчезает тяга к совершенствованию в своей профессии, появляются тенденции к "принятию готовых форм знания", действию по шаблону с сужением репертуара рабочих действий, ригидность мыслительных операций. Недовольство собой с чувством вины и тревожными состояниями, пессимистическая настроенность и депрессия часто проявляются вовне в виде агрессивных тенденций типа гнева и раздражительности по отношению к коллегам и пациентам.

Содержательные характеристики СЭВ Абрамова Г.С. и Юдчиц Ю.А. (1998) описывают через изменение (деформацию) профессиональных и личностных качеств (авторитетность, оптимизм и др.), присутствие которых просто необходимо для успешного осуществления профессиональной деятельности и личностного роста врача.

Авторитет врача — профессионал с СЭВ неизбежно утрачивает свой авторитет как у пациентов, так и коллег. Авторитет связан прежде всего с профессионализмом и личным обаянием. Когда врач из-за равнодушия и негативного отношения к своей работе не в состоянии вдумчиво, внимательно выслушать жалобы пациента, допускает врачебные ошибки или проявляет агрессивность и раздражительность он утрачивает доверие к себе как профессионалу и уважение своих пациентов и коллег.

Оптимизм врача — пациент должен чувствовать здоровый оптимизм врача, а не основанный на желании поскорее закончить обследование ("что вы волнуетесь зря, все у вас нормально, можете идти"). И наоборот, под влиянием выгорания врач демонстрирует циничное, часто жестокое отношение, преувеличивая последствия, например, несвоевременной явки в больницу (часто это происходит из-за желания "наказать" пациента за собственную эмоциональную несостоятельность).

Честность и правдивость — при тревоге, беспокойстве и неуверенности, вызванных СЭВ, врач утрачивает способность к правдивому и честному изложению информации о состоянии здоровья человека. Либо он излишне щадит психику больного человека, заставляя его пребывать в неизвестности, либо, наоборот, утрачивает необходимую меру в подаче диагностической или лечебной информации.

Слово врача — слово оказывает огромное суггестивное влияние на любого человека, а тем более слово врача для его пациента. Профессионал с СЭВ, переживающий чувства

бессмысленности, безнадежности и вины, неминуемо передаст эти чувства своим пациентам в слове, интонации, эмоциональной реакции.

Гуманизм врача — обусловлен ценностным и целостным подходом к другому человеку. Врач, утративший содержание своей психической реальности, перестает обращаться к этому содержанию в других людях, обесценивая таким образом как себя, так и их.

ТЕМА ЗАНЯТИЯ №5.

ЭЛЕМЕНТЫ ВОЗРАСТНОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОЛОГИИ РАЗВИТИЯ.

Цель: освоить психологические подходы к изучению развития человека в контексте его жизненного пути. Сформировать обобщенные представления о психологическом содержании возрастных этапов развития человека. Основные теории научения. Учет возрастных особенностей и особенностей процесса приобретения человеком индивидуального опыта в профессиональной деятельности врача.

Студент должен знать:

1. *Проблемы периодизации развития и характеристика возраста.*
2. Подходы отечественных и зарубежных психологических школ к вопросам развития человека.
3. *Возрастные особенности.*
4. Критерии становления личности.
5. Учет возрастных особенностей в деятельности врача.

Студент должен уметь:

1. Учитывать возрастные особенности в практической деятельности врача.

Темы проектов, рефератов:

1. Определение понятия «возрастная и педагогическая психология».
2. Что является предметом возрастной и педагогической психологии.
3. Задачи и классификацию методов тестов.
4. Основные требования к методу психолого-педагогического наблюдения.
5. Структуру и разделы возрастной психологии, и связь с другими областями психологии.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Педагогика в медицине : учеб. пособие под ред. Н.В.Кудрявая М.: Академия,2006 <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425022.html>
2. Клиническая психология: учебник Сидоров П.И. Парняков А.В. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2008. <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970414071.html>
3. Педагогическая наука. История и современность: учебное пособие Лукацкий М.А. М.: ГЭОТАР -Медиа, 2012 <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970420874.html>

Дополнительная литература:

1. Психология взаимоотношений врача и пациента: учеб. Пособие Ларенцова Л.И., Смирнова Н.Б. М.: ГЭОТАР -Медиа, 2014 <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970429358.html>
2. Медицинская психология: учеб пособие Тюльпин Ю.Г. СМ.: Медицина, 2004
3. Общая психология. Маклаков А.Г. СПб., Питер, 2007
4. Психология развития. Словарь 6 т. Под.ред. А.Л. Венгера М.: ПЕРСЭ,2006
5. Психология управления. Лекции: учеб. Пособие Творогова Н.Д. М.: ГЭОТАР -Медиа, 2008 <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970429358.html>
6. Психология управления. Практикум: учеб. пособие Творогова Н.Д. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2008 <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970429358.html>

7. Психология : учеб.-метод. пособие для студентов медицинских вузов. Под ред. А. С. Татров. М.: Академия естествознания, 2010
8. Педагогические технологии в медицине: учеб. пособие Романов М.Г., Сологуб Т.В. М.: ГЭОТАР -Медиа,2007 2010. <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970404997.html>

Исходный контроль уровня знаний:

1. Что входит в понятие здоровье? Что такое психологическое здоровье?
2. Как можно охарактеризовать здоровую личность?
3. Что изучает психология?
4. Какие методы развития личности вы знаете?
5. Какими качествами должна обладать здоровая, зрелая личность?

Основные вопросы темы:

1. Предмет психологии, задачи, методы.
2. Универсальность положений психологии здоровья.
3. Задачи психологии здоровья.
4. Классификация методов развития личности.
5. Критерии психического здоровья.
6. Качества зрелой личности.
7. Психологическое здоровье детей.

Итоговый контроль уровня знаний:

1. Какие явления изучает психология?
2. Что является предметом и объектом психологии?
3. Что представляет собой позитивное определение здоровья, данное ВОЗ? Из каких компонентов оно складывается?
4. Что собой представляет понятие «психическое здоровье»? Как соотносятся между собой понятия «психическое здоровье» и «духовное здоровье»?
5. Назовите основные качества зрелой личности?
6. Что представляет собой холистический подход психологии здоровья?
7. Какие основные компоненты входят в программу «Потенциал человека»?
8. Каковы основные методы развития личности?
9. Перечислите уровни «психологического здоровья» детей?
10. Назовите критерии психического здоровья?

Содержательная часть

Проблемы периодизации развития и характеристика возраста.

Возраст оказывает на личность человека огромное влияние. Нельзя сравнивать 30- и 50-летнего пациентов ни по физическим, ни по психологическим, ни по социальным параметрам. Невозможно одинаково лечить и учить 15-летних подростков и 25-летних взрослых людей, хотя при небольшом возрастном различии возможно несовпадение физиологического и психологического возраста. Мальчик, который с 12 лет подрабатывает не «на пиво», а для того, чтобы кормить семью с мамой-инвалидом и младшими сестрами, психологически взрослее 25-летнего студента дневного отделения вуза, обеспечением которого занимаются родители. Строя свои взаимоотношения с пациентами, врач должен опираться на знание возрастных особенностей развития личности и учитывать их при установлении контакта, построении беседы, при обучении тому, как проводить лечебные и профилактические процедуры.

Возрастные особенности — это комплекс физических, познавательных, интеллектуальных, мотивационных, эмоциональных свойств, характерных для большинства людей одного возраста

Психолого-педагогические и медицинские исследования позволили выделить ряд возрастных периодов развития человека (см. табл. 5). Известно, что подобного рода периодизации основываются на обобщениях, пределы которых могут быть весьма широки. В каждом конкретном случае колебания в уровне реального развития человека обладают довольно большой амплитудой.

Представленные в таблицах варианты периодизации возрастного развития несколько различаются, так как основываются на специфических для каждого подхода критериях.

Л. С. Выготский различал три типа периодизации: по внешнему критерию, по одному и нескольким признакам развития. К первому типу, основанному на внешнем, но связанном с процессом развития, критерии могут быть отнесены периодизация В. Штерна, созданная по биогенетическому принципу (онтогенез в кратком и сжатом виде повторяет филогенез, поэтому процесс индивидуального развития соответствует основным периодам биологической эволюции и исторического развития человечества), и Рене Заззо (этапы детства совпадают со ступенями системы воспитания и обучения детей).

Во втором типе использован не внешний, а внутренний критерий — какая-либо одна сторона развития, например развитие костных тканей, как у П. П. Блонского, и развитие детской сексуальности — у З. Фрейда. Периодизации, основанные на одном признаке, субъективны, ибо их авторы произвольно выбирают одну из многих сторон развития. Кроме того, в них не учитывается изменение роли выбранного признака в общем развитии на протяжении жизни, в то время как значение любого признака изменяется при переходе от возраста к возрасту.

В периодизации третьего типа предпринята попытка выделить периоды развития на основе его существенных особенностей. К ним относятся периодизации Л.С.Выготского и Д.Б.Эльконина. В них использованы три критерия: социальная ситуация развития, ведущая деятельность и центральное возрастное новообразование. Этот выбор определяется признанием существования стабильных и кризисных стадий развития

Возрастная периодизация

Таблица 5

Возрастная физиология	Медицина	Возрастная психология и педагогика
Новорожденность. Первые 10 дней жизни	Новорожденность. Первые 3—4 недели	Младенчество — от рождения до 1 года
Грудной возраст 10 дней — 1 год	Грудной возраст (младший ясельный) 4 недели — 1 год	
Раннее детство 1 — 3 года	Преддошкольный возраст (старший ясельный) 1 — 3 года	Преддошкольное детство 1 — 3 года
Первое детство 4 — 7 лет	Дошкольный возраст 3 — 7 лет	Дошкольное детство 3 — 6 лет
Второе детство 8 - 12 лет	Младший школьный возраст 7 — 12 лет	Младший школьный возраст 6 — 10 лет
Подростковый возраст: мальчики — 13 — 16 лет; девочки — 12 — 15 лет	Подростковый возраст	Подростковый возраст (среднешкольный) 10-15 лет
Юношеский возраст: юноши — 17—21 год; девушки — 16 — 20 лет	Старший школьный 12 - 18 лет	Юность: первый период — 15 — 17 лет; второй период — 17 — 21 год

Стабильный период характеризуется постепенным формированием личности путем накопления малозаметных изменений, которые в соответствии с законом перехода количественных изменений в качественные проявляются в виде новообразований в орга-

низме и психике человека. Критические периоды в жизни человека (относительно короткие во временном отношении) отличаются значительными изменениями в его физическом и психическом развитии. Возрастные кризисы могут возникать при переходе от одной возрастной ступени к другой в результате качественных преобразований в сферах деятельности, сознания и в социальных отношениях.

Д. Б. Эльконин так формулирует закон периодичности: «К каждой точке своего развития ребенок подходит с известным расхождением между тем, что он усвоил из системы отношений "человек—человек", и тем, что он усвоил из системы отношений "человек—предмет". Как раз моменты, когда это расхождение принимает наибольшую величину, и называются кризисами, после которых идет развитие той стороны, которая отставала в предшествующий период. Но каждая из сторон подготавливает развитие другой» Каждый возраст характеризуется своей социальной ситуацией развития, ведущей деятельностью, в которой преимущественно развивается мотивационно-потребностная или интеллектуальная сфера личности, возрастными новообразованиями, формирующимися в конце периода, среди них выделяется центральное, наиболее значимое для последующего развития. Границами возрастов служат кризисы — переломные моменты в развитии ребенка. Периодизация Д. Б. Эльконина — наиболее распространенная в отечественной детской психологии.

Существует ряд иных версий периодизации развития, и число их продолжает увеличиваться, поскольку единые и бесспорные критерии пока не найдены. Наиболее полной на сегодняшний момент является периодизация Э. Ф. Зеера, которая отражает различные психологические аспекты развития человека (см. табл. 6)

Возрастная периодизация становления личности

Таблица 6

Психологические характеристики	Дошкольное детство		
	Младенчество (0-1 год)	Раннее детство (1 — 3 года)	Дошкольный возраст (3 — 7 лет)
Основные потребности	Физиологические потребности. Потребность в эмоционально-телесном контакте с матерью — первая социальная потребность	Психофизиологические потребности. Потребность в овладении предметным миром и ориентировке в нем	Потребность в психическом развитии, ролевом общении, любви и одобрении
Ведущая деятельность	Общение со взрослым и манипулирование предметами	Предметно-манипулятивная и изобразительная деятельность	Игра
Кризисы становления	Кризис новорожденности	Кризис 1 -го года жизни	Кризис 3-х лет
Основные психические новообразования	Комплекс оживления. Начальная форма понимания речи. Ориентировка в окружающем пространстве. Эмоциональность	Подражательность. Речь. Способность пользоваться предметным миром. Открытие своего «Я» — появление чувства личности	Способность к идентификации с другими людьми, персонажами сказок. Половая идентификация. Страхи. Способность к символическому

			замещению предметов. Психологическая готовность к школе
Психологические характеристики	Школьный возраст		
	Младший школьный возраст (7-10 лет)	Подростничество (11-14 лет)	Ранняя юность (15-18 лет)
Основные потребности	Познавательная потребность. Потребность в одобрении	Потребность в общении со сверстниками и нравственном самоопределении. Потребность стать взрослым	Потребность в самоутверждении, личностном и профессиональном самоопределении, в общении с лицами противоположного пола
Ведущая деятельность	Учение	Вариативные организационные формы и типы образо- вания	Учебно- профессиональная деятельность
Кризисы становления	Кризис 7 лет	Кризис подросткового возраста	Кризис идентичности
Основные психические новообразования	Произвольность психических процессов. Внутренний план действий. Рефлексия. Способность идентификации с другими. Развитие системы скоорди- нированных движений	Чувство взрослости. Нравственная регуляция своего поведения. Сравнительная самооценка. Рефлексивное мышление. Дружба	Обобщенная самооценка. Самоуважение. Личностное и профессиональное самоопределение. Социально- профессиональная рефлексия. Чувство одиночества, «Я»-концепция
Психологические характеристики	Взрослость		
	Юность (18-23 года)	Молодость (24-27 лет)	Зрелость (28-60 лет)
Основные потребности	Потребность в социальном и профессиональном самоопределении	Потребность в социальном профессиональном росте и развитии карьеры	Потребность в самореализации и самоосуществлении в профессии
Ведущая деятельность	Учебно-профессио- нальная деятельность, профессиональная подготовка и нор- мативно одобряемая профессиональная деятельность	Нормативно одобряемая профессиональная деятельность	Нормативно одобряемая индиви- дуальная и творческая профессиональная деятельность
Кризисы становления	Кризис профессиональных	Кризис профессионального	Кризис нереализованных

	экспектаций	роста	профессиональных возможностей
Основные психические новообразования	Социально-профессиональная активность. Обобщенные способы познавательной и профессиональной деятельности. Система профессиональных знаний, умений, навыков	Социально-профессиональная самостоятельность. Профессиональный опыт. Профессионально важные качества. Профессиональная квалификация. Профессиональная идентификация. Социально-профессиональная рефлексия	Профессиональная позиция. Сверхнормативная профессиональная активность. Ключевые квалификации и компетенции. Профессионально обусловленные черты характера. Социально-профессиональная самоактуализация. Профессиональные деформации личности
Психологические характеристики	Старость		
	Пожилой возраст (60-75 лет)	Старчество (75 — 90 лет)	Долгожительство (более 90 лет)
Основные потребности	Потребность в признании и трансляции своего опыта. Потребность в бессмертии. Психофизиологические потребности	Потребность в общении, внимании и заботе. Психофизиологические потребности	Психофизиологические потребности
Ведущая деятельность	Социально одобряемая общественно полезная деятельность	Домоводство. Личная гигиена	Домоводство. Личная гигиена
Кризисы становления	Кризис осознания смысла жизни	Кризис ухода из жизни	Кризис ухода из жизни
Основные психические новообразования	Социальная, религиозная, бытовая активность. Мудрость. Рефлексия прошлого. Тревожность	Умиротворенность. Желание смерти. Социальная индифферентность	Умиротворенность. Желание смерти. Социальная индифферентность

В каждом возрастном периоде у человека изменяются представление о себе, жизненные приоритеты и иерархия ценностей, становятся иными ведущая деятельность и мотивация, взгляды на мир и на окружающих, а также восприятие собственного возраста. Посмотрите на детей грудничкового возраста: если разница в один месяц, а тем более в полгода — это уже совсем разные дети, к ним трудно применить слово «ровесники». В дошкольном периоде становится значимой разница на полгода или год. Для младшего школьного возраста важнее, чем физический возраст, сказывается срок обучения (класс), для старшего — класс и пол (девочки-старшеклассницы встречаются с более взрослыми мальчиками и считают их равными себе). Ученики X класса относят одноклассников к ровесникам, а девятиклассников — к младшим, не обращая внимания на календарный возраст. А возраст в 30—40 лет представляется им невероятно далеким — это та самая мифическая зрелость, для них равная старости и отсутствию желаний и планов. То же восприятие характерно и для обратного направления: для 50—60-летнего педагога все школьники — «деточки», да и студенты тоже, вне зависимости от возраста. Трудно

посмотреть сквозь призму поколений (и это в любую сторону) и разглядеть в них коллег. В 40 лет ровесниками считают все свое поколение, а это не менее 10 лет. Выпускники 60-х гг. отличаются от выпускников 80-х, как и их песни. Но дальше, с увеличением календарного возраста, происходит сужение понятия «ровесник».

При общении с пожилыми пациентами важно не путать возраст и не обобщать их в большие возрастные категории (пенсионеры) при подборе групп для занятий лечебной физкультурой или обучения специальным лечебным навыкам. В этом случае следует учитывать индивидуальные особенности, физическое состояние, стадию и тяжесть заболевания.

Рассмотрим кратко особенности каждого возрастного периода, а более подробную характеристику попробуйте изучить самостоятельно, используя дополнительную литературу и собственный жизненный опыт (наблюдение и самонаблюдение).

Младенчество и раннее детство. Ребенок до трех лет оказывается наедине с врачом лишь в критических случаях, чаще перед врачом предстает диада — маленький пациент и сопровождающее его лицо. Проблема болезни ребенка — это общая проблема для родителей, для врача и для ребенка. Наиболее эффективно она может быть решена при объединении усилий. Взаимодействие (сбор анамнеза, рекомендации по лечению и уходу) строится с взрослым, учитывая его возраст, образование, эмоциональное состояние и то время, которое он готов уделять ребенку. Если на прием пришла мама, а ухаживать за малышом будет няня или бабушка, некоторые рекомендации правильнее разъяснить непосредственно человеку, который будет их выполнять, либо дать их подробную запись или пригласить его на специальную обучающую программу (обучение массажу, пользованию ингалятором и т.п.).

Самые большие сложности с маленькими пациентами — субъективное искажение жалоб, так как ни мама, ни врач не знают точно, где именно болит и насколько больно ребенку. В их арсенале только наблюдательность и объективные методы исследования.

Дети, как правило, боятся неожиданных движений, резких звуков и незнакомых людей. Лечение, связанное с необычными звуками и запахами, ярким светом и инструментами, может усилить чувство страха. Так как словарный запас ребенка ограничен, страх выражается громким голосом и мимикой. И сами дети больше реагируют не на слова, а на невербальные характеристики обращения: громкость и тон голоса, улыбку врача или его нахмуренное лицо и т.д.

В особенности этого возраста входят боязнь незнакомых людей и тревоги отделения. Педиатры называют это «тревогой 7-месячных». Малыши, которые до этого улыбались, были приветливыми и открытыми, в присутствии незнакомых людей неожиданно становятся робкими и настороженными. С большим недоверием смотрят они на незнакомца, изучая его. Боязнь чужих, новых людей, отличаясь разной степенью выраженности, сопровождает ребенка фактически до двух лет. Дети часто плачут и цепляются за тех, кто о них заботится. Перспектива остаться одному в незнакомом месте, пусть даже на минуту, может вызвать у ребенка сильное беспокойство.

Дошкольный возраст. Возрастной период от 3 до 7 лет — это период дошкольного детства. Ведущий тип деятельности — игра, которая позволяет маленькому человеку осваивать взаимоотношения взрослых, научиться сложным действиям, привыкнуть подчиняться правилам. Поэтому предложите ему поиграть в пациента. (Особенно важно включать игровые моменты при длительном лечении ребенка в стационаре.)

Некоторые детские врачи успешно используют игру в сотрудничество: «Подержи ватку, инструмент», «Постучи (нажми, дотронься) здесь», «Давай вместе посмотрим в зеркало» и т.д.

Например, у вас на приеме ребенок 5 лет. Как лучше построить с ним взаимоотношения, чтобы не напугать его, установить контакт, вызвать доверие? Ведь именно он является вашим пациентом, только он точно знает, что и где его беспокоит. Или вы изначально построите взаимоотношения так, что мама, папа или бабушка будут

посредниками, переводчиками и исполнителями, а сам ребенок окажется лишь носителем определенного симптома? Или же, впадая в другую крайность, постараетесь не обращать на родителей внимания.

До недавнего времени, кстати, считалось, что присутствие родителей во время стоматологического лечения ребенка нежелательно. Действительно, существуют родители, которые боятся стоматолога больше, чем их дети, и заражают их своей тревожностью. Но один 5-летний ребенок может иметь опыт общения с врачом без родителей (например, из-за регулярных осмотров в детском саду), а для другого ситуация остаться одному с чужим взрослым является новой и сама по себе вызывает стресс.

Чтобы не потерять доверия маленького пациента, не следует говорить, что больно не будет, если предстоит заведомо болезненная процедура. Правильнее предупредить его, что будет немного больно, но что он с этим справится. А чтобы ребенок мог регулировать свое терпение, договоритесь, что болезненное воздействие будет длиться, пока он считает до 5. Если предстоит длительная процедура, то для некоторых детей лучше выполнять ее поэтапно.

Практический совет

Если ребенок боится уколов, попробуйте переключить его внимание на другие телесные ощущения, например: «Пока я делаю тебе укол, постарайся сильно-сильно сжать левый кулачок, так, чтобы чувствовать, как пальчики давят друг на друга».

Старший дошкольник постепенно усваивает моральные оценки, носителем которых являются ближайшие взрослые (родители). Именно родители или заменяющие их члены семьи являются для ребенка этого возраста непререкаемым авторитетом. Поэтому очень важно, чтобы они присутствовали при медицинском осмотре и были максимально включены в лечение: понимали, что происходит. Однако нельзя забывать, что испуганные болезнью ребенка и волнующиеся за его судьбу родители крайне болезненно реагируют на небрежный тон врача, для которого случай с их ребенком — один из многих. Внимательный терпеливый и подробный разговор с родителями не только успокоит их, но и настроит на конструктивное взаимодействие.

Если вы проводите профилактические мероприятия в детском саду, обязательно расскажите об этом родителям на родительском собрании и постарайтесь заручиться их поддержкой. В таком случае ваша работа будет более эффективной.

Внимание и память в дошкольном возрасте носят в основном произвольный характер. Ребенок лучше запоминает то, что для него представляет наибольший интерес, что эмоционально окрашено. Постарайтесь иметь в кабинете яркие плакаты, но не отвлекающие, а помогающие ребенку запомнить ваши рекомендации. Кроме этого для опроса детей в медицине сейчас используют рисунки стилизованных (очеловеченных) частей тела или органов (сердца, зуба и т.п.), иллюстрирующие через разные эмоциональные состояния степень болезненности ощущений.

Накопление к старшему дошкольному возрасту опыта практических действий, достаточный уровень развития восприятия, памяти, воображения и мышления повышают у ребенка чувство уверенности в своих силах. Это выражается в постановке все более разнообразных и сложных целей, достижению которых способствует волевая регуляция поведения. Ребенок к 6—7 годам уже в состоянии стремиться к далекой (в том числе и воображаемой) цели. Поэтому он уже может быть вашим союзником в борьбе со своей болезнью.

Младший школьный возраст. Начало учебы является поворотным моментом в поведении ребенка, ибо он оказывается в совершенно новой для него среде, существующей по еще неизвестным ему правилам. Он становится менее зависимым от родителей, лучше знает окружающий мир, учится понимать его. Крепнут его связи со сверстниками; у него появляется чувство социальной ответственности и долга.

Авторитетным становится мнение учителя. На самосознание ребенка существенно влияют успехи и неудачи.

Дети этого возраста начинают проявлять готовность к сотрудничеству с врачом: вступают в разговор, понимают необходимость лечебных мероприятий и выполняют его требования. Однако осмотр врача и подготовка к сложным и, особенно, незнакомым или болезненным процедурам должны осуществляться на понятном, доступном его возрасту уровне, иначе маленький пациент может оказаться перед серьезной, порой неразрешимой проблемой.

В сложных, стрессовых для ребенка ситуациях чувство неуверенности в себе, страха могут спровоцировать возвращение к поведению более раннего возраста, невроз, психосоматические заболевания. В таком состоянии ребенку трудно вступить в действенный контакт с врачом, понять, ради чего необходимо лечение. В случае если он уже имел негативный опыт болезненных процедур или испытывает немотивированный страх перед доктором или определенными медицинскими инструментами, приборами, необходим специальный подход, подготовка, в том числе и с помощью успокаивающих средств (фармакологических или психотерапевтических), подобранных специалистом.

Врачи и медицинские работники, осуществляющие лечение детей или просто выполняющие с ними необходимые процедуры, разрабатывают специальные методики, позволяющие точнее понимать жалобы маленьких пациентов. Одной из методик оценки испытываемой пациентом боли являются визуально-аналоговые шкалы, пользоваться которыми можно с 6 — 7 лет. Шкала очень проста в применении, но надо объяснить ребенку, как ею правильно пользоваться. Одна медсестра рассказывала такую историю: она попросила ребенка показать ей, на каком уровне шкалы у него начинается боль (на шкале указан интервал от полного отсутствия боли до ее максимума). А ребенок ответил, что болит не линейка, а его живот.

Мероприятия, связанные с обучением гигиеническим и поведенческим навыкам, с проведением медико-профилактических образовательных программ (по уходу за полостью рта, пользованию ингалятором, по лечебной физкультуре и т.д.) для детей младшего школьного возраста лучше проводить в группах под руководством опытного педагога. Дети легко включаются во взаимодействия, объясняют врачу и друг другу, как правильно выполнять необходимые действия или упражнения, с удовольствием показывают их.

Подростковый, или средний школьный, возраст. По последней классификации ВОЗ подростковый возраст длится с 10 до 20 лет. Но в отечественной медицине по-прежнему критическим считается 15-й год жизни, так как в этом возрасте происходит смена медицинского ведомства: медицинская карта передается во «взрослую» поликлинику.

В этом переходном возрасте подросток уже не ребенок, но еще и не взрослый. Такое промежуточное положение в обществе порождает у него чувство неуверенности, нестабильности. Бурный рост и перестройка организма, неопределенное положение в системе «ребенок—взрослый», неадекватность ведущей деятельности (учебной) остро ощущаемым психологическим потребностям — все это приводит к подростковому кризису, который порождает личную неудовлетворенность и психическую напряженность. Половое созревание усиливает трудности личностной идентификации.

Эти особенности среднего школьного возраста необходимо учитывать при проведении осмотра или других медицинских процедур. Придя на прием, подросток может вести себя довольно дерзко, угловатые движения могут показаться развязными. На самом деле они лишь отражают неустоявшееся взаимодействие гормональной, нервной и скелетно-мышечной систем. Возрастной «протест» может выражаться нарочито небрежной, вызывающей одеждой, украшениями, макияжем. Для мальчиков характерны неуправляемая мимика, ответы на вопросы резкими, деформированными фразами с использованием сленга. Пристальный взгляд собеседника подросток может воспринять

как неодобрение и насмешку и «ощетинится иголками дерзости» или устранился от контакта.

Необходимо иметь в виду, что самооценка, мировоззрение и поведение подростка во многом зависят от внешних влияний, каким бы оригинальным и самостоятельным он ни старался выглядеть. Подростки в большинстве своем — люди группы. Поэтому, общаясь с ними, надо учитывать внешнюю социальную заданность их отношения к здоровью вообще и к заболеванию в частности (мнения, господствующие в референтной группе, молодежные нормы, ценности, предрассудки сегодняшнего дня). Например, члены спортивной команды или танцевального коллектива, готовящегося к гастролям, могут преуменьшать симптомы, а любитель компьютерных игр — симулировать. При этом защитные механизмы психики позволяют подростку вытеснять из сознания, забывать неприятные факты, помогают оправдать, и довольно аргументированно, собственные неблагоприятные поступки.

Врачу также следует понимать, что в этом возрасте происходит перестройка взаимоотношений со взрослыми: формирующаяся личность начинает бунтовать против опеки, нравучений, запретов. Подростковый кризис у всех протекает различно как по времени, так и по проявлениям. Поэтому, строя свои взаимоотношения с пациентами 10—14 лет и их родителями, необходимо быть внимательным к самооценке подростка и к его семейной ситуации. В общении с таким пациентом изберите спокойный, как бы несколько отстраненный тон, будьте доброжелательны, внимательны, но обязательно сохраняйте дистанцию. Не вступайте в длительные дискуссии, тем более в споры, и избегайте жаргона — в этом отношении ваш пациент может оказаться неуправляемым. Принимайте и манеру поведения подростка, и его внешний вид как должное, как бы соответствующее его возрастному статусу (даже если сами в его возрасте таким не были!), общайтесь с ним, как со взрослым, лаконичными емкими фразами. Не слишком демонстративно, но так, чтобы он почувствовал, отделяйте его от родителей: если для маленького ребенка доктор являлся продолжением родителей, то для подростка он — представитель взрослого социума, именно той сферы, куда тот стремится и которая ему пока недоступна.

Ранняя юность. Это — период, завершающий детство. Его сложность в том, что уже существует направленность на будущее, но также существует боязнь ответственности за это будущее. В этом возрасте закладываются основы собственного мировоззрения, происходит формирование ценностных ориентации, нравственного сознания. Центральное место занимает вопрос о смысле жизни и построение будущих планов. Юноши и девушки отчетливо обнаруживают стремление критически осмыслить все окружающее, утвердить свою самостоятельность и оригинальность, создать собственные теории смысла жизни, любви, счастья, политики и т. п. И во всем этом большинство из них проявляет максимализм и своеобразный эгоцентризм суждений. Как правило, юношеству свойственна неадекватная самооценка: либо завышенная, порождающая беспочвенную самоуверенность, сверхкритичное отношение к взрослым, нереалистические притязания, переоценку своих возможностей; либо заниженная, ведущая к трудностям в общении, напряженности, тревожности, замкнутости, болезненной реакции на любую критику. Необходимость поиска своего места во взрослой жизни приводит к очередному возрастному кризису — кризису идентичности, обусловленному противоречием между желаемыми личностными и профессиональными планами и реальными достижениями. Это обуславливает психическую напряженность, эмоциональную неуравновешенность, неврозы и неврозоподобные состояния, причем у юношей от 14 до 18 лет такие проявления обнаруживаются в 6 раз чаще, чем у девушек.

Некритичное отношение к себе, к собственным поступкам способствует ранней алкоголизации и формированию наркозависимости, а сверхкритичное отношение к взрослым мешает подростку своевременно обратиться за помощью как к родителям, так и к врачам.

Взрослость. Возрастные границы различных стадий взрослости весьма условны. Они определяются социально-экономическими факторами, национальными традициями, особенностями психофизиологического развития и т. п. Поэтому подход к взрослым пациентам эффективнее строить, учитывая не календарный возраст, а образование, пол, социальную ситуацию, личностные особенности.

В жизни человека этого возрастного этапа также условно выделяются три периода: юность (18 — 23 года), молодость (24—27 лет), зрелость (28 — 60 лет), и три возможных нормативных кризиса профессионального становления личности: в 30 — 33 года, в 37 — 42 года, в 50 — 55 лет.

Юность — возраст поиска места в жизни: работы, учебы, социального статуса, период освоения новых социально-профессиональных ролей — студента, молодого специалиста, военнослужащего, жены, мужа. В то же время для некоторых он оказывается этапом крушения жизненных планов: не поступил в вуз, не нашел работы по избранной специальности, не нашел партнера или брак быстро распался. В психологическом плане — это один из самых трудных возрастных этапов после подросткового. Но трудности подростка преодолеваются совместно со взрослыми, а в юности проблемы приходится решать самостоятельно.

Молодость — начало самостоятельной трудовой деятельности и вступления в брак.

Ориентированность человека на профессиональное образование, карьеру и поиск партнера может быть использована врачом, если пациент недостаточно серьезно относится к своему здоровью. Наиболее действенны призывы, например, к здоровому образу жизни для тех, кто планирует рождение ребенка. Сейчас все больше центров, где работают с «беременной парой», готовя их к сознательному родительству (см. прил. 3).

Традиционно применяемый врачами метод запугивания, по наблюдениям психологов, на стадии взрослости срабатывает слабо и чаще вызывает негативное отношение и недоверие к врачам вообще. Забота о здоровье обычно бывает обусловлена наличием серьезного хронического заболевания или страхом потерять работу. Особенно эти опасения усиливаются после кризиса 40-летних. Своеобразие социальной ситуации развития в 42 — 60-летнем возрасте предопределено следующими моментами:

- осознанием постепенного физического старения, ослаблением психофизиологических и психических функций (внимания, памяти, мышления), снижением сексуальных потенций;
- изменением жизненного окружения за счет появления новых родственников и постепенного ухода из жизни родителей, друзей, коллег;
- сужением перспектив профессионального роста.

Такие изменения вносят в жизнь женщин и мужчин этого возраста чувство неуверенности в себе, которое может стать разрушительным. Появляется страх перед необходимостью «идти в ногу с этим сумасшедшим новым поколением». Возникает насущная потребность подстраиваться под меняющийся ритм жизни, который уже зависит от возможностей организма: иногда это снижение, иногда увеличение физической нагрузки, но почти всегда возросшая значимость упорядоченного образа жизни. Таким пациентам необходимо помочь овладеть эффективными способами рациональной организации жизнедеятельности, помочь преодолеть неизбежно наступающий жизненный кризис — кризис утраты профессиональной деятельности.

Старость. Старость — период геронтогенеза. Он начинается примерно с 60 лет и имеет три градации: люди пожилого возраста — до 75 лет, старческого — до 90 лет и долгожители — после 90 лет.

Деструктивные изменения в период геронтогенеза (старости) зависят от степени зрелости конкретного человека как личности и субъекта деятельности. И.П.Павлов создал знаменитые «Лекции о работе больших полушарий головного мозга» в 77 лет, Л.Н.Толстой написал повесть «Хаджи-Мурат» в 76 лет, Г.С.Уланова в 80 лет была

педагогом-репетитором Большого театра и показывала балеринам выполнение элементов танца, актер Малого театра Н. А. Анненков в возрасте 100 лет играл на сцене.

Однако несмотря на эти примеры, врачам следует помнить, что жить в старости трудно: нарушается привычный режим дня и ритм жизни, сужается социальное пространство, появляется зависимость от окружающих, растет непонимание изменяющейся жизни. Снижение физической активности приводит к утрате способности действовать. В старости сенсомоторные действия становятся способом поддержания, сохранения психических функций, и пожилые люди, занятые активным физическим трудом: садоводством, пробежками, хозяйственно-бытовой деятельностью, — имеют больше шансов сохранить свое психическое здоровье. Существуют специально разработанные программы упражнений, позволяющих справиться с негативными последствиями сенсорно-моторной амнезии, т.е. потери памяти на ощущения и движения.

У людей, не умеющих наполнить свою жизнь или не имеющих для этого сил по состоянию здоровья, под действием усталости и болезней непроизвольно возникают деструктивные переживания. Погружаясь в эти тягостные чувства, человек начинает испытывать различные отрицательные эмоции с некоторой долей иррационального удовлетворения. В результате отрицательный жизненный опыт закрепляется, негативные личностные черты усиливаются, а это приводит к внутреннему одиночеству; круг замыкается. Такие пациенты ранимы, обидчивы и требуют внимательного и осторожного обращения.

Помочь преодолению инволюционных процессов может саногенное мышление, ориентирующее сознание на преодоление травмирующих психику переживаний. Саногенное мышление предполагает интроспекцию, или размышление, направленное внутрь себя, в глубины собственной души, на прожитую жизнь и способствует обретению внутреннего покоя. В процессе осмысленной аналитической работы над своими обидами, допущенными ошибками, неудачами человек преодолевает и устраняет их травмирующее воздействие на психику.

ТЕМА ЗАНЯТИЯ №6.

ЭЛЕМЕНТЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ И ИХ УЧЕТ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА.

Место проведения: аудитория

Цель занятия: Проблемное поле современной социальной психологии: социальное мышление, социальное влияние, социальные отношения. Психологические особенности взаимоотношений врача и пациента. Стили и приемы эффективной деловой и межличностной коммуникации. Психологические модели взаимодействия врача и пациента.

Студент должен знать:

1. Понятие социальной психологии.
2. Социальное мышление.
3. Социальное влияние.
4. Социальные отношения
5. Подходы в социальной психологии основных психологических школ.
6. Социометрический метод изучения внутригрупповых отношений.
7. Взаимоотношения врача и пациента.

Студент должен уметь:

1. Пользоваться социометрическими методами изучения внутригрупповых отношений.
2. Использовать стили и приемы эффективной деловой и межличностной коммуникации.

Темы проектов, рефератов:

1. Социальное мышление.
2. Социальное влияние.
3. Социальные отношения
4. Социометрический метод изучения внутригрупповых отношений.
5. Взаимоотношения врача и пациента.
6. Специфика и характеристики социального мышления.
7. Особенности феномена социального влияния.
8. Сущность социальных отношений.
9. Необихевиористский подход к изучению социальных явлений.
10. Психоаналитический подход к изучению социальных явлений.
11. Когнитивный подход к изучению социальных явлений.
12. Интеракционистский подход к изучению социальных явлений.
13. Деятельностный подход к изучению социальных явлений.
14. Модели взаимоотношений врача и пациента.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Педагогика в медицине : учеб. пособие под ред. Н.В.Кудрявая М.: Академия,2006 <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425022.html>
2. Клиническая психология: учебник Сидоров П.И. Парняков А.В. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2008. <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970414071.html>

3. Педагогическая наука. История и современность: учебное пособие Лукацкий М.А. М.: ГЭОТАР -Медиа, 2012 <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970420874.html>

Дополнительная литература:

1. Психология взаимоотношений врача и пациента: учеб. Пособие Ларенцова Л.И., Смирнова Н.Б. М.: ГЭОТАР -Медиа, 2014
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970429358.html>
2. Медицинская психология: учеб пособие Тюльпин Ю.Г. СМ.: Медицина, 2004
3. Общая психология. Маклаков А.Г. СПб., Питер, 2007
4. Психология развития. Словарь 6 т. Под.ред. А.Л. Венгера М.: ПЕРСЭ, 2006
5. Психология управления. Лекции: учеб. Пособие Творогова Н.Д. М.: ГЭОТАР -Медиа, 2008 <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970429358.html>
6. Психология управления. Практикум: учеб. пособие Творогова Н.Д. М.: ГЭОТАР -Медиа, 2008 <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970429358.html>
7. Психология : учеб.-метод. пособие для студентов медицинских вузов. Под ред. А. С. Татров. М.: Академия естествознания, 2010
8. Педагогические технологии в медицине: учеб. пособие Романов М.Г., Сологуб Т.В. М.: ГЭОТАР -Медиа, 2007 2010. <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970404997.html>

Исходный контроль уровня знаний:

1. Социальная психология - изучает ?
2. Какие формы социальных групп вы знаете и каким образом они характеризуются?
3. Значимость социально-психологических исследований в научной и практической деятельности врача?
4. Какие методы исследования вы знаете?
5. Каким образом исследуются взаимоотношения врача и пациента?

Основные вопросы темы:

1. Специфика и характеристики социального мышления.
2. Особенности феномена социального влияния.
3. Сущность социальных отношений.
4. Необихевиористский подход к изучению социальных явлений
6. Психоаналитический подход к изучению социальных
7. Когнитивный подход к изучению социальных
8. Интеракционистский подход к изучению социальных явлений
9. Деятельностный подход к изучению социальных
10. Социометрический метод изучения внутригрупповых отношений.
11. Модель взаимоотношений врача и пациента.
12. Принципы и правила отношения врача к пациенту.

Итоговый контроль уровня знаний:

1. Специфика и характеристики социального мышления.
2. Особенности феномена социального влияния.
3. Сущность социальных отношений.
4. Необихевиористский подход к изучению социальных явлений (Н. Миллер, Д. Доллард).
5. Необихевиористский подход к изучению социальных явлений (А. Бандура).
6. Необихевиористский подход к изучению социальных явлений (Д. Тибо, Г. Келли, Д. Хоманс).
7. Психоаналитический подход к изучению социальных явлений (З. Фрейд).
8. Психоаналитический подход к изучению социальных явлений (В. Шутц).

9. Когнитивный подход к изучению социальных явлений (Ф. Хай-дер, Т. Ньюком).
10. Когнитивный подход к изучению социальных явлений (Л. Фес-тингер, Ч. Осгуд, П. Танненбаум).
11. Интеракционистский подход к изучению социальных явлений (Дж. Мид, И. Гофман).
12. Деятельностный подход к изучению социальных явлений (А.Н. Леонтьев, СЛ. Рубинштейн, А.В. Петровский, Г.М. Андреева).
13. Социометрический метод изучения внутригрупповых отношений Я.Л. Морено.
14. Инженерная модель взаимоотношений врача и пациента.
15. Патерналистская модель взаимоотношений врача и пациента.
16. Коллегиальная модель взаимоотношений врача и пациента.
17. Контрактная модель взаимоотношений врача и пациента.
18. Принципы и правила отношения врача к пациенту.

Содержательная часть

Одной из важных сторон жизни человека является то, что от момента рождения до смерти его присутствие в мире протекает в контакте с другими людьми. Психика человека устроена таким образом, что даже в условиях кратковременного одиночества он продолжает ощущать себя частью человеческого сообщества и принимать решения с учетом правил социальной игры, усвоенных им в течение жизни. Человек — социальное существо. Многие его качества представляют собой не что иное, как производную от устоявшихся в обществе норм и правил поведения. Если в человеческом сообществе (будь то семья, группа или коллектив) доминирует представление о необходимости делания добра другому, то становится возможным формирование у членов этого сообщества такого личностного качества, как доброта. Если же в сообществе основой взаимоотношений является эгоизм, то вполне объяснимым становится то, что члены этого сообщества становятся эгоистами.

Любой человек, живущий в той или иной социальной среде и так или иначе реализующий принятые в сообществе поведенческие установки, всегда субъективно переживает и пытается осмыслить то, насколько он соответствует или не соответствует идеальным представлениям о правильной жизни среди себе подобных. Именно эти переживания и то, как влияет на эти переживания социальное окружение, составляют предмет социальной психологии — одной из самых интересных отраслей психологического знания. Формирование личностных качеств под влиянием социальной среды также выступает предметом этой научной дисциплины.

Взаимосвязь индивида и общества исследовалась социальной психологией под разными углами зрения. На сегодняшний день психологией накоплен колоссальный материал, демонстрирующий зависимость мышления и поведения людей от особенностей социальной среды, в которую погружен человек. Факты, которыми располагает современная наука, дают возможность вполне определенно типологизировать феномены, находящиеся в центре социально-психологических исследований. В рамках такой типологии находят свое место социальное мышление (социальные убеждения и суждения), социальное влияние (конформизм, деиндивидуализация, подчинение авторитету), социальные отношения (антипатия, предрассудки, агрессивность, дружба, любовь, альтруизм). Приведенный перечень составляющих проблемного поля социальной психологии, конечно же, не исчерпывает всего многообразия изучаемых этой дисциплиной феноменов. Вместе с тем можно утверждать, что на исследовательской карте социальной психологии проблемы социального мышления, социального влияния и социальных отношений выступают зонами главного интереса.

Социальное мышление

Человеческое мышление почти никогда не бывает замкнуто на самом себе. В содержании мышления практически всегда находят отражение факты внешней жизни человека. Такие факты внешней жизни, как оценка другими людьми поступков человека, их реальные действия, связанные с поведением этого человека, и т.д., становясь содержанием его мышления, начинают влиять и на ход его интеллектуальной деятельности, и на характер его субъективных переживаний. Сосредоточиваясь на них, социальная психология прилагает усилия для установления закономерностей и механизмов социального мышления индивида, т.е. мышления, в значительной степени обусловленного давлением социальной среды.

Одним из примеров неконструктивного социального мышления может послужить периодически появляющееся ироническое отношение обывателя к достижениям социальной психологии. Иногда такие выпады позволяют себе и высокообразованные люди. Так, в 1990-х годах писатель, исполнительный редактор THEAtlantic Кален Мерфи высказал мнение о том, что якобы психология, социология и другие гуманитарные науки «слишком часто констатируют очевидное или подтверждают общеизвестное», а также «день за днем они убеждаются в том, что поведение людей во многом именно такое, какого и следовало ожидать». Высказывая свои сомнения, К. Мерфи, очевидно, не знал, что на них уже существует вполне научный и весьма остроумный ответ. А именно: в 1949 г., когда социальные психологи получили результаты изучения поведения американских солдат, историк Артур Шлезингер-младший иронично прокомментировал их как очевидные. Тогда социолог Пол Лазарсфельд решил сверить реакцию А. Шлезингера-младшего с реакцией массового рядового читателя, также руководствующегося при оценке научных гуманитарных достижений пресловутым здравым смыслом. Приведем результаты, полученные американскими психологами (при цифрах), и объяснительные комментарии П. Лазарсфельда к ним (в скобках).

«1. Чем образованнее солдаты, тем труднее они адаптируются. (Интеллектуалы менее подготовлены к стрессам, связанным с военным временем, чем люди, воспитанные улицей.)

2. Уроженцы Юга лучше переносят жаркий климат островов, расположенных в южной части Тихого океана, нежели выходцы из северных штатов. (Для южан жаркая погода — более привычное дело.)

3. Белые рядовые с большим нетерпением ждали повышения по службе, чем афроамериканцы. (Годы угнетения не прошли бесследно для мотивации достижений.)

4. Афроамериканцы из южных штатов отдавали предпочтение белым офицерам-южанам. (У офицеров-южан более богатый опыт общения с чернокожими солдатами, чем у офицеров-северян)»

П. Лазарсфельд, приводя эти данные и комментируя их, предположил, что они покажутся читателю банальными и очевидными. Так и произошло: читатели сочли выводы совершенно предсказуемыми, а объяснения правильными и тривиальными. Однако удовольствие от собственной прозорливости у читателя длилось недолго, ровно до тех пор, пока он не доходил до следующих строк П. Лазарсфельда: «Все эти выводы диаметрально противоположны тому, что в действительности установили авторы исследования». Пол Лазарсфельд признавался, что он намеренно слукавил, а на самом деле:

- более образованные солдаты адаптируются лучше, чем менее образованные;
- солдаты-северяне лучше адаптируются к климату тропиков, чем южане;
- для афроамериканцев повышение по службе было более важным и ожидаемым событием, чем для белых и т.д.

В заключение П. Лазарсфельд утверждает, что если бы он первыми предъявил читателю настоящие, реальные результаты исследования, то и они были бы приняты как очевидные. Пол Лазарсфельд уверен, что А. Шлезингер-младший и выступил жертвой так

называемой ошибки хиндсайта, заключающейся в том, что результат психологического эксперимента, после того как о нем объявили, как о научно доказанном, начинает казаться простым, не требующим доказательств. Ряд ученых считают, что это происходит из-за того, что в тот момент, когда наша память обогащается новым знанием, она тут же освобождается от противоречащих ему представлений как от устаревших, и человеку кажется, что в новых сведениях нет ничего удивительного, они такие, какими он и ожидал их видеть.

Подтверждением этих выводов может служить анализ народных пословиц и поговорок населения разных стран. Считается, что в поговорках и пословицах сосредоточен кристаллизованный опыт жизни, деятельности и межличностных отношений людей («Жизнь прожить — не поле перейти», «Хочешь есть калачи, так не сиди на печи»), однако представляется не вполне обоснованным полагаться на поговорки и пословицы как на научную истину. Одной из веских причин этого выступает наличие в фольклоре поговорок и пословиц, которые уверенно утверждают совершенно противоположные истины: «Тише едешь — дальше будешь», «Поспешишь — людей насмешишь», но «Промедление смерти подобно»; «Век живи — век учись», но «Всю мудрость не изучишь, а себя измучишь»; «Слово не обух, а от него люди гибнут», но «Слово не обух, в лоб не бьет»; «Работа не волк, в лес не убежит», но «Делу время, а потехе — час».

Психология — наука. И как наука она использует для познания свои научные методы, которые часто не похожи на способы обыденного познания. Здравый смысл обыденного познания отнюдь не всегда является нитью Ариадны для науки, ведущей к пониманию сущности явления. Описанный выше феномен хиндсайта и приведенные пословицы наглядно свидетельствуют о несводимости научного постижения действительности к здравому смыслу, торжествующему в обыденной жизни.

Социальное мышление людей действительно весьма часто опирается не на научные выкладки, а на так называемый здравый смысл. Ставя его во главу угла, люди приходят к выводам, не совпадающим с научным видением, что в полной мере и подтверждается оригинальным экспериментом П. Лазарсфельда.

Начиная свои эксперименты, С. Аш предполагал, что групповое давление сыграет свою роль и небольшая часть испытуемых, поддавшись ему, откажутся от признания очевидного, однако результаты превзошли его ожидания. В серии из 12 экспериментов 75% испытуемых хотя бы раз согласились с мнением большинства.

Самым поразительным в экспериментах С. Аша было, пожалуй, то, что испытуемые меняли свое правильное мнение на неправильное мнение большинства без какого-либо принуждения, безо всяких ограничений на проявление индивидуальности со стороны экспериментатора. Вероятнее всего, это произошло либо потому, что люди убедили себя в том, что их решение неверное, либо потому, что из-за желания быть принятыми группой не решились озвучить решение, противоречащее решению остальных членов группы.

Эксперименты С. Аша положили начало волне сходным исследованиям. Проводились такие эксперименты и отечественными психологами. В 1972 г. режиссером Феликсом Соболевым был снят научно-популярный фильм «Я и другие» (сценарий Ю. Аликова), многие эксперименты которого были выстроены как уникальная модификация метода подставной группы С. Аша. Психологом-экспериментатором в этом фильме выступила В.С. Мухина, а консультантом — А.В. Петровский. Зритель видит, как под давлением мнения подставной группы испытуемые, видя перед собой черную и белую пирамидки, говорят экспериментатору, что «обе пирамидки белые»; разглядывая портреты совершенно разных людей и слыша чужие мнения по поводу сходства диаметрально противоположных изображений, тоже находят в них несомненное сходство. Поразительно выглядит экспериментальный сюжет, разработанный психологом В.С. Мухиной. В этом эпизоде экспериментатор предлагает детям тарелку каши, в целом сладкой, которая только в одном месте посыпана большим слоем соли. Всем детям, кроме последнего, экспериментатор дает по ложке сладкой каши, а последнему — соленой. Все дети,

получившие сладкую кашу, улыбаются и говорят, что каша сладкая. Последний же ребенок морщится, отказывается от добавки, но все равно сообщает: каша сладкая. Справедливости ради надо вспомнить и мальчика, — который назвал соленую кашу соленой, несмотря на мнения всех предыдущих детей.

Вышеописанное явление, демонстрирующее, как под давлением группы содержательно изменяется мышление индивида, его позиция и поведение, в социальной психологии носит название конформизма. В этом разделе эксперимент С. Аша был приведен с целью подтверждения того, что индивидуальное человеческое мышление многочисленными незримыми нитями связано с мышлением людей, окружающих индивида. Окружение, влияющее на мышление конкретного человека, — мощнейшая сила, способная радикально преобразить его ментальные установки. Каждый из нас испытывал на себе воздействие этой силы. Можно утверждать и то, что именно эта сила и позволяет рассчитывать на эффективность образовательных и воспитательных мероприятий, оказывающих решающее воздействие на строй и содержание мышления людей, входящих в социальное пространство. Абсолютно всем знаком феномен: чтение интересной книги, прослушивание любимой музыки, просмотр хорошего фильма меняют происходящее во внутреннем мире человека. Причиной таких изменений выступает другой человек — создатель этой книги, этой мелодии, этого фильма. Феномен косвенного влияния другого — через книгу, музыку, фильм — красноречиво подтверждает, что мышление человека лишь условно автономно. Степень социального влияния на мышление индивида настолько высока, что позволяет психологам делать вывод о неустранимом присутствии другого в человеческом мышлении.

Упомянутый выше феномен конформного мышления имеет две стороны: отрицательную и положительную. Об отрицательной мы говорим тогда, когда человек, невзирая на свои установки, воззрения, принимает взгляды окружения и руководствуется ими в своей жизни. Положительная сторона заключается в том, что под влиянием социального давления индивид начинает вести себя социально одобряемым образом, становясь тем лицом, которое поддерживает социальный порядок и социальные установки. Мы все постоянно сталкиваемся с подобными примерами. Факт позитивного конформистского поведения изучали экспериментально Элиот Аронсон и Майкл О'Лири. Вот его краткое описание: «...в мужской душевой нашего университетского стадиона висит табличка, на которой содержится призыв экономить воду, закрывая кран во время намыливания. Поскольку такая процедура связана с определенными неудобствами, я не был удивлен, когда проведенное нами систематическое наблюдение дало следующий результат: только 6% студентов внимают призыву. Вместе с Майклом О'Лири мы провели простенький эксперимент с целью убедить большее число людей экономить воду и энергию, необходимую для ее нагревания.

В результате мы пришли к заключению, что люди с большей охотой будут выключать душ, намыливаясь, если они убедятся, что другие студенты тоже вполне серьезно относятся к данной просьбе. В соответствии с нашим планом мы наняли нескольких студентов, которые моделировали желаемое поведение. Но поскольку нам не хотелось, чтобы остальные подражали им из страха неодобрения или наказания, то эксперимент был организован таким образом, что исключал эту возможность. Наш моделирующий поведение студент входил в душевую — открытое помещение с восемью одинаковыми отсеками, когда там никого не было. Он проходил в самый дальний отсек, поворачивался спиной ко входу в душевую и открывал воду. Стоило ему только услышать, как в душевую входит кто-то еще, он тут же выключал душ, намыливался, опять включал его, быстро ополаскивался и уходил из душевой, стараясь не задерживаться взглядом на только что вошедшем студенте. Как только моделирующий поведение студент покидал помещение душевой, туда заходил еще один — на сей раз это был наш наблюдатель — и тайком следил за тем, выключает ли испытываемый кран, когда намыливается, или нет.

Мы обнаружили, что 49% студентов ходили в масть! Более того, когда должную модель поведения одновременно демонстрировали два студента, число подчинившихся призыву к экономии взметнулось до 67%»

Социальная психология, сосредоточиваясь на изучении особенностей человеческого мышления в условиях давления на него мнений, взглядов, образцов поведения других людей, показывает, что граница, разделяющая ментальность одного человека с ментальностью другого, весьма условна. Она демонстрирует, что люди — в полной мере существа социальные, что их внутренняя жизнь во многом зависит от внешних обстоятельств. Именно поэтому представляет особый научный интерес выявление того, насколько человеческое мышление автономно, а насколько подвержено трансформации под воздействием извне.

Социальное влияние

Социальная психология исследует не только то, что связано с социальным мышлением человека, но и то, как люди, будучи связанными друг с другом, влияют друг на друга. Ученые пытаются объяснить, какие силы влекут людей к сближению, какие отталкивают и разъединяют их. Социальная психология пытается найти методы и способы количественной и качественной оценки этих сил. Вполне естественно, что в поле зрения социальных психологов, изучающих закономерности феномена социального влияния, находятся проблемы пола (влияние пола на характер социальных явлений), наследственности (влияние наследуемых человеком свойств на характер социальных взаимодействий), культуры (влияние социальных стереотипов на характер социальных отношений), влияния группы на мышление и поведение индивида и т.д.

Психологами давно отмечено, что поведение человека меняется в зависимости от того, находится он один или в присутствии другого человека, других людей. Даже косвенное присутствие другого в виде видео- или фотокамеры способно повлиять на поведение человека. Это в полной мере продемонстрировали различные эксперименты и наблюдения. Но они показали и то, что присутствие другого может по-разному сказываться на поведении человека. В психологической литературе можно встретить примеры положительного и отрицательного влияния другого на поведение индивида. Вот, например, несколько фактов, описанных социальными психологами, проводившими специальные исследования того, как в тех или иных конкретных жизненных ситуациях присутствие другого отражается на поведении человека. Сначала примеры, подтверждающие положительное влияние другого:

- спортсмены-велосипедисты показывают лучший результат не на индивидуальных тренировках, а во время коллективных заездов;
- дети наматывают леску на катушку спиннинга с большей скоростью в присутствии других детей и в соревновании с ними;
- точность движений при удерживании металлическим стержнем монеты на вращающемся диске проигрывателя увеличивается.

Теперь примеры, свидетельствующие об отрицательном влиянии другого:

- скорость заучивания бессмысленных слогов в присутствии других людей уменьшается;
- прохождение лабиринта в присутствии зрителей затрудняется;
- в присутствии посторонних уменьшается скорость решения сложных примеров на умножение и т.д.

Проанализировав и примирил такие различные экспериментальные результаты социальный психолог Роберт Зайонц (Zajonc Robert). Примиряющую и расставляющую все экспериментальные данные на свои места гипотезу Р. Зайонц сформулировал так: «Возбуждение благоприятствует доминирующим реакциям». Так, если действие, которое должен совершить человек, или задача, которую он должен решить, легкие, то доминирующая реакция - быстрое, беспроблемное, правильное решение; если действие

или задание сложные, то доминирующая реакция - медленное, затрудненное, зачастую неправильное решение, т.е. социальное возбуждение, которое человек испытывает в присутствии других людей, благоприятствует выполнению легких заданий и мешает выполнению сложных.

Свою гипотезу о закономерностях социального влияния Р. Зайонц с помощниками проверил экспериментально. Экспериментаторы создавали доминирующие реакции и проверяли, усиливаются ли они в присутствии наблюдателей. Так, например, испытуемым предлагалось неоднократно произнести вслед за экспериментатором несуществующие, бессмысленные слова. Одни слова они повторяли меньшее количество раз, другие - большее. Затем испытуемым говорили, что эти же слова будут на короткое время появляться на экране и им надо успеть догадаться, какое именно слово появилось. Однако то, что экспериментаторы демонстрировали испытуемому на экране, было не словами, а появляющимися на сотые доли секунды черными линиями. Доминирующей реакцией для выполнения задания, создаваемой экспериментаторами, было «узнавание» слов, которые в тренировочной серии испытуемый произносил большее число раз. Часть испытуемых проходили тест на «узнавание» слов без присутствия наблюдателей (других испытуемых), а часть — в присутствии других испытуемых. Результат эксперимента полностью подтвердил гипотезу Р. Зайонца. Все испытуемые чаще «узнавали» те слова, которые им пришлось чаще повторять в первой части эксперимента, однако у испытуемых, тестируемых в присутствии наблюдателей, эта доминирующая реакция была выражена гораздо сильнее.

Таким образом, говоря о социальном влиянии, в данном случае о влиянии присутствия наблюдателей, на результаты деятельности, следует признать, что их присутствие:

- улучшает результаты хорошо отработанных действий, скорость и правильность решения легких задач и т.д.;
- ухудшает результаты впервые выполняемых или мало отработанных действий, замедляет скорость, искажает правильность решения сложных задач.

Говоря о социальном влиянии, следует особо остановиться на феномене убеждения, которое является методом воздействия, приводящим к изменению и интеллектуальных установок, и поведения человека. Этот метод используется повсеместно (осознанно и бессознательно), он выступает одним из основных средств направления мышления и поведения другого человека в ту сторону, которая устраивает воздействующего. Для человеческого общества, в котором вербальная коммуникация играет значимую роль, убеждение как метод становится мощным рычагом социального влияния. Именно этим методом активно пользуются средства массовой информации для формирования ментальных установок и поведенческих стереотипов больших групп людей.

О колоссальных возможностях убеждения, в первую очередь рационального, люди знали уже в древности. Более 2000 лет назад Аристотель в своей «Риторике» сформулировал принципы убеждения, дающие возможность эффективно воздействовать на другого. Он попытался последовательно рассмотреть основные компоненты убеждающей речи другого, зависящей, по его мнению, и от «характера говорящего», и от «склада ума» тех, кто эту речь воспринимает. Уделил внимание он и тому, какой должна быть сама речь. Для Аристотеля «методология убеждения» — это верный путь к завоеванию умов. Он считал, что правильно выстроенная в риторическом отношении речь должна опираться на логику. При этом речь обязательно должна учитывать то, как люди в обыденной жизни формулируют свои суждения: как восхваляют одно, как ниспровергают другое, как защищают одно мнение и как отрицают другое. Аристотель достаточно подробно описал различия между строго логической аргументацией и той, которая присуща повседневности. Он показал, что в контексте повседневности доказательство правильности того или иного мнения обычно выстраивается, минуя логические пассажи, и ведется от общепринятого мнения к соответствующему выводу. Если это не учитывать, то трудно рассчитывать, считал Аристотель, на то, чтобы удержать внимание слушателей.

Другим хорошо работающим способом убеждения (риторический прием) он называл рассуждение от примера. Его эффективность основывается на том, полагал Аристотель, что такое рассуждение интуитивно очевидно. Использование этих и многих других средств убеждения, описанных и раскрытых в «Риторике», сможет сделать искусство убеждения действенным орудием влияния, был уверен Аристотель. Следует признать, что наблюдения Аристотеля, касающиеся эффективного убеждения, продолжают во многом оставаться актуальными и сегодня. Многие проводимые в настоящее время психологические исследования лишь подтверждают и конкретизируют многое из того, что было сказано в эпоху Античности великим мудрецом.

Хотя проблема убеждения и исследуется психологами достаточно глубоко, она во многом остается недостаточно изученной. Это хорошо заметно при осмыслении практики отучения людей от вредных привычек, осуществляемой различными инстанциями, в том числе и системой здравоохранения. Опытным путем было установлено, каким должен быть образ жизни, что следует и чего не следует делать человеку, желающему сохранить свое здоровье, и сформулированы рекомендации для тех, кто считает здоровье наивысшей ценностью:

- не курить;
- регулярно выполнять физические упражнения;
- спать не менее 7-8 ч в сутки;
- следить за своей массой тела, поддерживать ее на уровне нормы;
- регулярно, но умеренно питаться;
- не употреблять (или умеренно употреблять) алкоголь.

Система здравоохранения через средства массовой информации активно взялась за пропаганду здорового образа жизни. Но, к сожалению, она дала далеко не тот эффект, на который делалась ставка вначале. Почему же люди, услышавшие столь необходимую для себя информацию, не изменяют своих поведенческих стереотипов, негативно сказывающихся на их здоровье? Проводимая средствами массовой информации работа всерьез повысила знания населения о здоровье, но радикально не повлияла на изменение поведенческих установок. Вполне очевидно, что пропаганда здорового образа жизни натолкнулась на серьезные препятствия. Социальные психологи пришли к заключению, что среди этих препятствий особую роль играет то, что привычки нездорового поведения зачастую доставляют удовольствие; люди испытывают необоснованный оптимизм по поводу резервов своего здоровья; население скептически оценивает предлагаемую ему форму здорового поведения; помимо сообщений о здоровом образе жизни, люди сталкиваются с рекламой привлекательности нездорового образа жизни.

Действительно, обильное питание (сладкая и жареная пища), употребление алкоголя, курение многим людям доставляют удовольствие. Рациональные призывы отказаться от этих удовольствий, как показывает статистика, оказываются действенными только для некоторых.

Человек устроен так, что, пока он здоров, ему трудно поверить в возможность серьезно заболеть. Ему кажется, что риск потерять здоровье хотя и наличествует, но крайне мал. Такое неоправданно оптимистическое отношение к своему здоровью — серьезная помеха для рационального убеждения, призывающего человека к ведению здорового образа жизни.

Серьезной помехой для принятия норм здорового образа жизни выступает чрезмерный скептицизм, заключающийся в недоверии к источникам информации. Обыденная схема скептического мышления такова: вчера я слышал одно, сегодня — другое, а завтра, быть может, я услышу третье; как же я могу верить источнику информации и брать на вооружение то, что мне предлагается.

Реклама (прямая и скрытая) нездорового образа жизни — серьезный конкурент пропаганде здоровьесберегающего поведения. Производители табачной продукции,

алкоголя, нездоровой пищи тратят колоссальные средства на то, чтобы довести до потребителя информацию о неправомерности утверждений о вреде этих товаров.

Невольно возникает вопрос о том, можно ли оказать на население такое социальное влияние, которое выполнит функцию «прививки» от нездорового образа жизни. Исследователями был поставлен эксперимент, призванный дать ответ на этот вопрос. Цель эксперимента состояла в том, чтобы выяснить, каким образом лучше всего вести просветительскую работу среди взрослого населения, способствующую выработке у людей поведения, снижающего риск сердечно-сосудистых заболеваний. На основании данных эксперимента впоследствии была разработана программа профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (StanfordHeartDiseasePreventionProgram).

Эксперимент, проводившийся в течение трех лет, состоял в том, чтобы определить, с помощью каких средств целесообразнее всего вести среди населения пропаганду здорового образа жизни. В качестве «испытуемых» выступили 42 000 жителей трех городов: контрольный город А и два экспериментальных города — Б и В.

С жителями контрольного города А специальная просветительская работа не велась.

С жителями города Б с помощью средств массовой информации велась активная работа по пропаганде здорового образа жизни. Жителей регулярно обеспечивали информацией о причинах сердечно-сосудистых заболеваний и моделях здорового поведения. Им рассказывали о правильном питании, вреде курения и пользе физических упражнений, а также о целесообразности и способах поддержания нормального уровня холестерина в крови и нормального артериального давления.

В городе В проводилась такая же, как и в городе Б, информационная кампания, но она была дополнена большой серией обучающих занятий, проводимых со 100 добровольцами — жителями этого города. В группу из 100 человек вошли те, кто имел привычки, повышающие риск сердечно-сосудистых заболеваний. Этим людей учили анализировать свое поведение с точки зрения его влияния на здоровье; обучали тому, как отбирать полезные для здоровья продукты, как их хранить и готовить; помогали использовать средства, позволяющие бросить курить; различными способами поощряли их успехи в снижении массы тела и уменьшении количества выкуренных сигарет; стимулировали взятие участниками на себя обязательств по выполнению правил здорового образа жизни, использование ими способов самоубеждения и т.д.

Специальные мероприятия с жителями городов Б и В длились два года, а наблюдения не прекращались еще и в течение года после окончания этих мероприятий. Во время эксперимента регулярно оценивались знания участников о способах профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, их поведение оценивалось с точки зрения его соответствия имеющимся знаниям, измерялись артериальное давление и уровень холестерина в крови.

По окончании эксперимента ученые выяснили, что жители контрольного города В осведомлены о здоровом образе жизни и факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний лучше, чем жители города Б и города А. Жители города А, которые не участвовали в программе пропаганды здорового образа жизни, имеют минимум таких знаний. Эксперимент продемонстрировал также, что по мере увеличения объема знаний у жителей экспериментальных городов уменьшалось количество нездоровых привычек (факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний) и улучшались объективные показатели здоровья — снижались уровень холестерина в крови и артериальное давление.

Таким образом, в эксперименте по выявлению предпочтительных способов пропаганды здоровьесберегающего поведения было выяснено, что хорошо организованная просветительская кампания в средствах массовой информации положительно влияет на здоровьесообразное поведение людей; а также что персонализация (приближение к конкретному человеку) такой информационной кампании, т.е. оказание прямого межличностного влияния, значительно усиливает эффективность просветительских мероприятий.

В целом эксперимент подтвердил то, что эффективность рационального убеждения во многом зависит от того, носит оно абстрактный, обезличенный, общий характер или оно лично ориентировано, персонально конкретизировано, сосредоточено на индивиду. Из этого вывода, продиктованного результатами эксперимента, следует и то, что помехи, ослабляющие действенность убеждения, могут быть в той или иной степени преодолены приданием информации, помимо логического, еще и личностного звучания.

Социальная психология, изучающая феномен социального влияния, рассматривает его в разных ракурсах, делая предметом внимания те или иные его стороны. Социальную психологию интересует то, как меняется индивид в силовом поле социального влияния, как влияют на этот процесс различные факторы: культура, тендерные различия, группа и т.д. Ставя в фокус своего внимания феномен социального влияния, социальная психология неизменно с разных сторон приходит к заключению: социальное влияние — явление, структурирующее общественное бытие, а познание его психологических закономерностей — путь к гармоничному обновлению общества.

Социальные отношения

Человеческое взаимодействие — многосложный феномен. Люди, взаимодействуя, не только думают друг о друге, не только сознательно или бессознательно влияют друг на друга, но и формируют в процессе взаимодействия вполне определенные отношения друг с другом. Складывающиеся между людьми отношения также становятся предметом изучения социальной психологии, которая пытается дать выверенные ответы на вопросы, почему мы любим или ненавидим друг друга, что подталкивает нас к дружеским контактам, что заставляет одних людей стремиться к ограничению контактов (к одиночеству), а других — к их непрерывному умножению. Особый интерес социальных психологов привлекают такие явления, как оказание помощи людям друг другу, социальный конфликт, эффективность групповой деятельности, конструктивность межличностного общения.

Яркий пример доказательства значимости для человека социальных отношений представляют труды Джона Боулби (BowlbyJohn). Этого известного американского психолога, исследовавшего различные аспекты психологического здоровья детей, заинтересовало, какую роль в их жизни играют их взаимоотношения с матерью, точнее, какие отношения с матерью способствуют нормальному, а какие провоцируют аномальное психологическое развитие ребенка. Идея знаменитого исследования Д. Боулби родилась из его наблюдений за детьми, в раннем детстве разлученными с матерью и помещенными в специализированные детские учреждения. Задуманная Д. Боулби широкая исследовательская работа предполагала длительное наблюдение за такими детьми (скрытая киносъемка), поэтому для проведения киносъемок им был приглашен коллега Джеймс Робертсон.

Дж. Робертсон снимал детей 2-3-го года жизни из благополучных семей, временно разлученных с родителями для госпитализации. Съемки продемонстрировали поразившую Д. Боулби универсальность поведения детей, разлученных с родителями. Это поведение представляло собой либо последовательность определенных фаз (трех), либо проявление только некоторых из этих зафиксированных трех фаз. Других вариантов поведения, кроме этих трех, дети не демонстрировали. Этими так называемыми фазами поведения были протест, отчаяние и отчужденность.

Чаще всего первой реакцией ребенка на отсутствие матери является резкий, отчаянный протест. Он проявляется в громком плаче, взбивании постели, тряске, настороженном прислушивании к звукам, которые могут хоть как-то напоминать материнские шаги или голос. Ребенок в этой фазе отвергает всех, кто пытается его успокоить или с ним взаимодействовать. Он ждет только свою мать. Такое поведение может длиться от нескольких часов до недели. Продолжительность периода протеста зависит от уровня привязанности ребенка к матери и качества их взаимоотношений.

Поняв бесполезность своего бурного протеста, не дождавшийся появления матери ребенок впадает в отчаяние. Физические силы и эмоциональный накал ребенка израсходованы в фазе протеста, обессиленный, он впадает в состояние безысходности и апатии. Ребенок выглядит крайне печальным, он ни на что не реагирует.

Затем наступает третья фаза. Ребенок выглядит оправившимся от потрясения, смирившимся с потерей матери. Он начинает взаимодействовать с персоналом учреждения, общается с медсестрами. Внешнему наблюдателю ребенок кажется безмятежным и даже счастливым. Однако пережитый стресс проявляет свои последствия тогда, когда мать появляется — ребенок не проявляет к ней привязанности, не бросается с радостными возгласами или плачем. Напротив, ребенок ведет себя так, как будто он мало знаком с нею — он продолжает заниматься своими делами, безразличен, иногда равнодушно отворачивается. Это не поза, не нарочитость — так проявляет себя фаза отчужденности.

Факт универсальности поведения детей, разлученных с родителями, навел Д. Боулби на мысль о врожденности такого поведенческого реагирования у детей. Это поведенческое реагирование Д. Боулби назвал системой привязанности. Размышляя над причинами появления у человека системы привязанности, Д. Боулби поставил перед собой два вопроса: «Какие факторы способствуют проявлению у ребенка врожденного, непреодолимого желания быть рядом с матерью?» и «Какие факторы порождают всепоглощающее стремление матери быть рядом со своим ребенком?» Пытаясь найти ответы на эти вопросы, он обратился к этологии с ее знаменитым учением об импринтинге (запечатлении). Как известно, эксперименты Конрада Лоренца с новорожденными утятами и гусятами обнаружили, что для выживания этих птенцов в дикой природе им необходимо сразу после вылупливания импринтироваться на находящийся поблизости движущийся объект. Движение за этим объектом (в природе этим объектом, как правило, выступает мать) впоследствии и обеспечивает им физическое выживание (обнаружение пищи, защиту). Таким образом, нахождение возле матери (объекта импринтинга) в животном мире — залог адаптации и выживания для детеныша.

Д. Боулби предположил, что механизм импринтинга свойствен и человеку. Импринтинг так проявляет себя в отношениях матери и ребенка: младенцы выделяют из всех окружающих объектов лицо матери как предпочтительное для наблюдения; в отсутствие матери младенец проявляет значительное беспокойство, в ее присутствии он спокоен, а на появление чужих людей реагирует плачем; дети постарше стараются держаться поближе к матери, следят за ней, когда она удаляется. Привязанность ребенка к матери, обусловленная импринтингом, даже сильнее, чем в животном мире, поскольку, кроме физического комфорта и безопасности, ребенок нуждается и в психологическом комфорте и безопасности, которые ему также обеспечивает мать. Таким образом, Д. Боулби именно импринтингом объяснил привязанность ребенка к матери.

На второй вопрос: «Какие факторы порождают стремление матери быть со своим ребенком?» Д. Боулби ответил, что одной из составляющих материнской привязанности является материнский инстинкт. «Согласно критериям Боулби, — комментирует его построения детский психолог Уоллес Диксон, — материнская забота носит инстинктивный характер, потому, что: (1) она реализуется согласно прогнозируемой модели, универсальной для представителей большинства животных видов; (2) это не просто реакция на единичный стимул, а прогнозируемая последовательность действий; (3) эта последовательность действий в значительной степени обеспечивает выживание отдельной особи (человека) или всего вида в целом; (4) поведение реализуется даже при полном отсутствии возможностей научения... Одна из вероятных причин того, что матери бросаются защищать своих детей, заключается в том, что, возможно, в доисторические времена, хватая и пряча детей в минуту опасности, люди повышали тем самым свои шансы на выживание. В свою очередь, выживание вида способствовало селекции генов, благодаря которым следующие поколения матерей тоже хватали и прятали своих детей, в

результате чего эти формы поведения просуществовали вместе с обществом до сегодняшнего дня».

Другим фактором, объясняющим желание матери заботиться о ребенке, выступают сигналы, которые подают дети своим матерям. Этими сигналами являются, конечно, обращенные к матери плач и улыбка ребенка. Плач, сигнализирующий о неблагополучии ребенка, заставляет мать немедленно реагировать устранением этого неблагополучия, а улыбка, свидетельствующая о том, что с ребенком все хорошо, вознаграждает мать за все ее заботы, доставляет ей бесконечное счастье. Удовольствие от улыбки здорового малыша, желание как можно чаще получать это удовольствие заставляют мать с большей энергией реагировать и на его плач, что в значительной степени повышает его шансы на выживание.

Изучение Д. Боулби взаимной привязанности матери и ребенка продемонстрировало огромную важность этого явления для выживания и нормального развития ребенка. Отсутствие такой привязанности, искусственное ее прерывание или сбой, заключающийся в эмоциональной холодности матери по отношению к ребенку, — факторы, способные спровоцировать психические или поведенческие нарушения у ребенка. Д. Боулби в своей книге «Создание и разрушение эмоциональных связей» приводит многочисленные статистические данные, подтверждающие его мысль о неизбежности пагубных последствий разрыва эмоциональной связи ребенка и матери (материнской депривации). Особенно частыми последствиями материнской депривации выступает, по мнению Д. Боулби, формирующаяся у ребенка впоследствии психопатия или социопатия. Д. Боулби пишет: «Психопат (или социопат) — это человек, который, не будучи психотиком или психически субнормальным, постоянно участвует в (1) действиях против общества, например в преступлениях; (2) действиях против семьи, например не заботится о нуждах семьи, проявляет жестокость, сексуальную неразборчивость в связях или перверсию; (3) действиях, направленных против самого себя, например, испытывая пристрастие к наркотикам, совершая или пытаясь совершить самоубийство, неоднократно бросая свою работу... Достаточно часто обнаруживается, что детство таких индивидов было чрезвычайно отягощено... событиями, ведущими к разрыву привязанностей... Беря в качестве критерия отсутствие матери в течение шести или более месяцев до достижения ребенком шестилетнего возраста, авторы обнаружили встречаемость этого критерия в 41% случаев для социопатов и в 5% случаев для остальных больных».

«Другая психиатрическая группа, которая показывает намного большую распространенность утраты любимого лица в детстве, — сообщает Д. Боулби, — это группа суицидальных пациентов, как тех, которые пытались совершить самоубийство, так и тех, кому это удалось... Серии выборок из 156 пытавшихся покончить самоубийством лиц сравнивались с аналогичными по размеру выборками психиатрических пациентов, не покушавшихся на свою жизнь, и с пациентами... без психиатрической патологии... Беря в качестве критерия утраты постоянное отсутствие одного или обоих родителей в течение по крайней мере двенадцати месяцев, Гриэр обнаруживает, что такие события происходили до пятилетнего возраста ребенка втрое чаще в группе лиц, пытавшихся совершить самоубийство, чем в любой из групп сравнения...».

В целом Д. Боулби считает очень важным «признать, что в каждом типе случаев нарушенное поведение взрослого представляет собой перенесенные через годы девиантные паттерны поведения привязанности, которые были установлены как результат разрывов эмоциональных связей, происходящих в детстве».

Привязанность, о которой рассуждает Д. Боулби, действительно во многом определяет отношения, складывающиеся у индивида с социальным окружением. Значимость этого феномена и предопределила то, что он стал интересен многим исследователям. Вместе с тем, занимая важное место в проблеме социальных отношений, этот феномен - отнюдь не единственный из скрупулезно изучаемых социальными психологами. Социальных психологов интересуют разные стороны отношений, складывающихся между людьми:

взаимная приязнь и неприязнь друг друга; расовые, культурные, тендерные установки и предрассудки, влияющие на характер человеческих отношений; причины агрессии, источники конфликтов; специфика межгрупповых и межличностных коммуникаций и т.д.

В последнее время существенно возросло количество научных публикаций, посвященных теме тендерных стереотипов, лежащих в основе того, как структурируются в том или ином обществе отношения между полами, как относятся к человеку как к носителю того или иного пола другие люди, различные группы людей, культурное сообщество в целом.

Социальные психологи не отождествляют понятия «гендер» и «пол». Говоря о поле, обычно они имеют в виду те особенности взаимоотношений, которые задаются биологией, а говоря о тендере, — те, которые задаются культурой. Исследуются разные аспекты отношений между людьми, обусловленные принятием ими тех тендерных ролей, которые одобряются и считаются нормой в обществе.

В частности, социальные психологи ведут речь о том, как подчинение тендерным нормам влияет на характер отношений, складывающихся у людей в повседневной жизни. Вот как об этом писала Шон Берн, известный специалист в области тендерной психологии: «Хотя в подавляющем большинстве случаев нашей реакцией будет почти автоматическое подчинение социальным нормам, бесспорно, существуют ситуации, когда мы этого не желаем. Социальные психологи признают, что если люди подчиняются, это совсем не обязательно означает, что они согласны с социальным договором. Иногда мы изменяем свое поведение, чтобы привести его в соответствие с социальными нормами, даже если в действительности их не приемлем. Этот тип подчинения получил название уступчивость (желание избежать социального наказания и завоевать социальное одобрение), а основу его составляет нормативное давление...

Когда Диана посещает свою бабушку, то сталкивается с некоторыми неудобствами. Например, в этом доме принято, что женщины во время обеда подают мужчинам блюда, уносят их грязную посуду, занимаются уборкой. Диана не считает это правильным, но в доме своей бабушки делает — ведь если она откажется, то обидит родственников. За столом Диана обслуживает своего мужа, который соответственно ей подыгрывает. Обычно муж Дианы не ждет, пока женщины обслужат его, но дома у бабушки подчиняется норме, оставаясь сидеть, вместо того чтобы помочь. Этот пример иллюстрирует важный признак уступчивости: если угроза наказания за неподчинение отсутствует, то поведение становится другим.

Нередко бывает, что внутренне мы полностью соглашаемся с нормами, которым подчиняемся. Такой тип подчинения называется одобрением или интернализацией. Когда я была еще ребенком, мать практически полностью обслуживала моего отца и выполняла все его приказы, говоря, что так и должно быть, потому что "мужчины главнее женщин". При этом она не просто внешне подчинялась этой норме, но и внутренне принимала ее. Часто именно влиянию информации мы обязаны тому, что принимаем социальные нормы и модели поведения, не поддающиеся трансформации из-за того, что человек в них безоговорочно верит. Однако, когда ситуация социального контекста меняется (например, если женщина начинает зарабатывать деньги), то человек тоже может измениться. Моя мать тоже изменилась и с тех пор больше не верит, что "мужчины главнее женщин" и что женщины должны делать всю работу по дому.

Третий тип подчинения, называемый идентификацией, имеет место, когда мы повторяем действия ролевых моделей просто потому, что хотим быть похожими на них. В качестве примера можно привести мальчика, который восхищается своим традиционно мужественным отцом и постепенно впитывает большую часть его взглядов. Одна из моих студенток описала, как в детстве идентифицировалась с героиней телевизионного сериала "Маленький дом в прерии", которую звали Мэри:

До того, как я начала смотреть "Маленький дом в прерии", меня, без сомнения, можно было назвать сорванцом. Положение дел изменилось, как только я начала смотреть

"Маленький дом". Я стала все менять, лишь бы быть похожей на Мэри. Я никогда не видела Мэри в шортах или штанах, она всегда носила чистое платье. Тогда я тоже начала носить платье и стремилась быть аккуратной, чтобы не запачкаться. Мэри старательно училась в школе, учитель любил ее, и, глядя на нее, я тоже стала усердно заниматься. Я с большей заинтересованностью начала относиться к работе по дому. Я видела, как Мэри помогает матери, и под влиянием Мэри тоже начала готовить и накрывать на стол, даже когда меня об этом не просили. Я помогала маме сортировать белье и взяла за привычку заправлять постель, поскольку заметила, что у Мэри постель всегда была аккуратно заправлена. Ученые еще не знают, какой из процессов чаще заставляет людей подчиняться тендерным ролям: уступчивость, одобрение или идентификация. К сожалению, эта тема пока мало разработана, но, по данным нескольких исследований, и мужчины, и женщины сильнее выражают свою приверженность тендерным стереотипам на публике, чем среди близких людей».

Приведенная выше цитата показывает, как подчинение человека принятым в обществе тендерным нормам влияет на отношения между людьми. Принятие тендерных норм в немалой степени обуславливает стиль отношений, складывающихся у людей в контексте их взаимодействия.

Распространенными темами в социальной психологии традиционно являются темы конфликта и агрессии. Практика взаимодействия людей демонстрирует невозможность окончательного устранения конфликтов из человеческого общества. Эта особенность человеческого существования охватывает все виды и уровни отношений человека с действительностью и базируется на факте наличия «противоположно направленных целей, интересов, позиций, мнений или взглядов... субъектов взаимодействия», т.е. любой конфликт может быть рассмотрен как столкновение разнонаправленных целей, интересов, позиций, мнений или взглядов взаимодействующих субъектов (как при наличии конфликтных действий, так и без них). Один из наиболее видных теоретиков в области конфликтологии М. Дойч (Deutsch M.) выделяет два вида конфликтов: конструктивный (или продуктивный) и деструктивный.

По пути продуктивного конфликта, несущего в себе конструктивное, положительное начало, ситуация развивается в том случае, когда стороны оценивают ситуацию как порожденную лишь различием точек зрения на какую-либо проблему, а не несовместимостью личностей участников переговоров. При таком подходе к проблеме конфликт начинает способствовать формированию лучшего понимания существа проблемы, мотивации партнера и в конечном счете поиску приемлемого для обеих сторон решения.

Деструктивный конфликт возникает в том случае, когда стороны прибегают к нравственно осуждаемым методам, стремятся психологически подавить друг друга, переводят конфликт в русло личностного противостояния. Деструктивный конфликт играет негативную роль в человеческих взаимодействиях. Он ведет к рассогласованию этих взаимодействий, их расшатыванию.

Часто деструктивный конфликт сопровождается агрессивным поведением сторон. Установлено, что свою негативную лепту в развитие конфликтных ситуаций по агрессивному сценарию часто вносят массмедиа. К такому неутешительному выводу приходят психологи, изучающие деструктивное влияние массовой культуры, пропагандирующей насилие посредством телевидения, Интернета, кино, компьютерных игр.

Об этом же достаточно подробно, с обилием примеров говорит известный современный исследователь в области психологии агрессии Леонард Берковиц (Berkowitz L.) в своей ставшей бестселлером книге «Агрессия: причины, последствия и контроль». Один из разделов главы «Насилие в массмедиа» носит название «Насилие на экранах и печатных страницах: немедленный эффект». В этом разделе Л. Берковиц предоставляет читателю убедительные данные о заразительности насилия, распространяемого СМИ, об «эпидемии

преступлений», распространяющейся «по линиям телеграфа». Вот взятое из этой книги описание эксперимента ВендиДжозефсон, подтверждающего то, что насилие, демонстрируемое в СМИ, повышает агрессивность зрителя.

«Нескольким небольшим группам учеников второго и третьего класса средней школы показывали короткие телепередачи со сценами насилия (кадры полицейской операции, в которой бойцы отряда специального назначения SWAT обезвреживают стрелков-убийц) и без таковых (офицеры полиции готовятся к соревнованиям по мотогонкам). После просмотра испытуемым предложили поиграть в хоккей с мячом в спортзале. (Но перед этим всех мальчиков обидели, якобы случайно.) Перед началом игры взрослый инструктор взял у каждого мальчика интервью в стиле прямого репортажа. Для интервью он использовал в одних случаях магнитофон, а в других — переносной радиопередатчик. Таким же передатчиком пользовались в фильме со сценами насилия. Предположительно мальчики, видевшие на экране насилие, должны были вспомнить об агрессии, увидев рацию в руках интервьюера. По окончании интервью началась девятиминутная игра, во время которой два независимых наблюдателя фиксировали все агрессивные действия на площадке.

Главный результат эксперимента заключался в том, что самыми агрессивными оказались именно те мальчики, которые смотрели фильм с кадрами насилия и позже видели рацию (связанный с агрессией сигнал). Эти мальчики не просто подражали показанной на экране агрессии — они толкали, пинали и били друг друга. Конечно, отдельные испытуемые были особенно восприимчивы к влиянию агрессивных стимулов. Тщательно анализируя результаты эксперимента, Джозефсон предположила, что просмотр передачи со сценами насилия наряду с сигналом в виде рации очень быстро вызвали агрессивность в склонных к агрессии мальчиках из каждой группы, а их атакующие действия, в свою очередь, спровоцировали ответную реакцию со стороны остальных. Один вид радиопередатчика явно реактивировал агрессивные мысли и моторные реакции, ранее вызванные наблюдением сцен насилия. Эти реакции оказались легковосстановимы, возможно, потому что несколькими минутами раньше мальчиков расстроили, а также в силу их собственной агрессивности». Социальные отношения — одновременно и причина, и следствие общественного бытия людей. Изучая специфику социальных отношений, характерных для того или иного общества, исследователь получает доступ к святой святых — механизму организации совместной жизни людей.

Значимость социальных отношений для становления личности человека подтверждается исследованиями психологов, представляющих разные школы, течения и направления в социальной психологии. Человек, говорят они, во многом соткан из многообразных социальных отношений, устанавливаемых им с другими, — таков общий вывод социальной психологии. Изучая особенности социальных отношений, она не сомневается, что постигает закономерности формирования человеческого в человеке. Такое видение придает социальной психологии особый статус, ставя ее в один ряд с другими антропологическими дисциплинами.

Социальная психология, сосредоточенная на исследовании феноменов социального мышления, социального влияния, социальных отношений, разработала ряд взвешенных подходов, позволяющих получать научные представления о сущности, природе, специфике этих явлений. Разнородность существующих в современной социальной психологии подходов не позволяет рассуждать о них обобщенно. Для того чтобы получить представления о современной социальной психологии, целесообразно говорить о каждом из наиболее распространенных подходов в отдельности.

Социометрический метод изучения внутригрупповых отношений

Разработчиком социометрического метода изучения внутригрупповых отношений является Якоб Леви Морено (Moreno J.L.). Ученый был убежден, что большинство проблем общественного бытия человека независимо от причин их возникновения

(политические, экономические, классовые, этнические и др.) могут быть решены с помощью «социометрической революции». Суть этой революции, по мнению Морено, состоит в устройстве такого общества, в котором будут в максимальной степени учтены эмоциональные предпочтения людей. Только в таком обществе, считал Морено, удастся гармонизировать отношения людей друг с другом. В таком обществе силы межличностных предпочтений или отвержений станут структурирующей основой устойчивой общественной жизни. «Если бы мы смогли, — писал он, — составить диаграмму социальной структуры нации, диаграмму человеческих отношений — как позитивных, так и негативных симпатий и предрассудков нации, — мы, вероятно, увидели бы миллионы маленьких группок, каждая из которых вращалась бы вокруг своего собственного центра, причем в большинстве случаев связи между ними или отсутствовали бы вовсе, или были бы слабыми или ослабленными. Это приводит к выводу, что необходимо скрепляющее средство, чтобы связать между собою отдельные части». Но для этого необходимо иметь реальные представления о степени «сотрудничества и взаимодействия возможно большего количества подгрупп и их членов». На выявление показателей сотрудничества и взаимодействия членов группы, их принятия и отвержения друг друга и была направлена оригинальная социометрическая методика, разработанная Я.Л. Морено.

О том, насколько сам автор социометрической методики верил в ее действенность, можно судить по текстам его произведений. Нижеприводимые выдержки из его «Социометрических тезисов» подтверждают уверенность Я.Л. Морено в том, что социометрии как методу под силу качественное переустройство и обновление общества:

«1. Человеческое общество имеет собственную структуру, которая не идентична социальному порядку или существующей форме правления. Его структура находится под влиянием, но никогда полностью не определяется инструментом, ведающим его делами, например государством. Государство может "исчезнуть", но основополагающая социодинамическая структура общества продолжает существовать в той или иной форме. Поэтому, чтобы добиться стойкого и подлинного исцеления социальных недугов, именно в эту структуру социума должны проникнуть революционные усилия.

2. Социометрия разработала две разновидности инструментов: инструменты для диагностики социальных структур и инструменты для их изменения. Социометрический тест, психодрама, социодрама и аксиодрама могут использоваться, помимо прочего как для диагностики, так и для социальной революции.

3. Самым древним и самым большим по численности пролетариатом в человеческом обществе является социометрический пролетариат. Он состоит из всех людей, страдающих от той или иной формы нищеты: психической, социальной, экономической, политической, расовой или религиозной...

4. Социометрический пролетариат не могут "спасти" экономические революции...

5. Социометрия — это социологическая наука людей, осуществляемая людьми для людей. Она учит, что человеческое общество нельзя изменить косвенной, механической манипуляцией или применением силы...

6. Чтобы изменить социальный мир, социальные эксперименты должны быть организованы так, чтобы они могли вызвать изменение; чтобы суметь вызвать изменение, люди сами должны быть включены в действие. Нельзя изменить мир *ex post facto*, это нужно делать здесь и теперь, вместе с людьми и посредством людей...

10. Социальная природа имеет социометрический характер; именно поэтому социометрия может быть успешно использована».

Влияние социальных факторов на поведение человека никем не ставится под сомнение. Однако эти влияния настолько разноплановы, непохожи друг на друга, разнятся по силе и настолько по-разному воспринимаются и переживаются человеком, что изучение влияния социальных факторов на человека — чрезвычайно сложная проблема. Если еще учесть, что не существует единого, принимаемого всеми психологами понимания сущности

психологической жизни человека, то становится еще более очевидной проблематичность вопросов, исследуемых социальной психологией. Тем не менее социальная психология — быстро развивающаяся область психологического знания, о чем, в частности, свидетельствует содержание этой главы.

Взаимоотношения врача и пациента

Ни у кого не вызывает сомнений то, что характер взаимоотношений врача и пациента налагает вполне определенный отпечаток на течение болезни и ход выздоровления. Именно поэтому проблема взаимоотношений врача и пациента всегда интересовала тех, кто размышлял о путях повышения эффективности лечебного процесса. Эта проблема, социально-психологическая по своей сути, осмысливается сегодня под разными углами зрения. Предлагаются разные видения того, как нужно оптимально выстраивать взаимодействие врача и пациента, как выстраивать его таким образом, чтобы это взаимодействие становилось действенным фактором выздоровления пациента.

Усилиями американского ученого Роберта Витча были выделены и обстоятельно описаны четыре наиболее распространенные модели взаимодействия врача и пациента: инженерная, патерналистская (или пасторская), коллегиальная и контрактная (или договорная).

Инженерная модель предполагает, что врач относится к пациенту как к механизму, лишенному личностного начала. Врач ведет себя как инженер, нивелирующий поломки механизма. Он хорошо знает устройство тела-агрегата и понимает, каким образом нужно осуществлять его ремонт. Его деятельность базируется на достоверных научных данных. Жестко следуя инженерной логике, он делает объективные замеры состояния здоровья, снимает показатели функционирования приборов — органов. Получая достоверные данные о тех или иных поломках, он вырабатывает стратегию ремонта организма. Он пользуется не вызывающими сомнения диагностическими средствами, снимающими показатели работы элементов, частей организма (биохимические показатели, электрокардиограммы, электроэнцефалограммы, рентгенограммы и т.д.) и тем самым определяет неисправности в человеческом теле. Проводя лечение-ремонт, такой врач оставляет в стороне правила и нормы этики, присущие другим сферам взаимодействия людей, исходя из того, что инженерия лежит по ту сторону добра и зла. Восстанавливая работу организма как механического устройства, врач считает, что делает безусловно значимую работу, реализуя ее единственно верным путем.

Инженерная модель многократно становилась предметом критики за ее отрыв от человеческой реальности, именуемой душой, внутренним миром. Эта модель, предполагающая манипуляторную практику взаимодействия с пациентом, не берет в учет его мысли, переживания, чувства, надежды, опасения, сомнения, рассматривает его только как материальную конструкцию, т.е. руководствуется антигуманным антропологическим видением. Такая модель взаимодействия с пациентом унижительна для него, она не использует внутренние резервы человека, его психики, выступающие зачастую мощным фактором выздоровления.

Сегодня в свете позиционирования медицинской науки, как неразрывно связанной с миром ценностей человека, критика этой модели взаимодействия врача и пациента приобретает тотальный характер, а борьба с инженерной моделью становится частью процесса изгнания из медицины технократизма — отжившей трактовки человека как неодушевленного предмета.

Патерналистская (или пасторская) модель предполагает, что взаимодействие врача и пациента выстраивается так же, как и взаимодействие отца и ребенка. Эта модель во многом отличается от описанной выше. Ее главное отличие состоит в том, что взаимоотношения врача и пациента основываются на моральных нормах отеческого отношения и заботы.

Врач, согласно этой модели, преисполненный желания помочь страдающему больному, ведет себя, как «отец», обладающий необходимыми знаниями и умениями для того, чтобы вернуть здоровье пациенту — не умеющему и не знающему как справиться с недугом «ребенку». Врач и пациент, согласно этой модели, — не равные личности. Один мудрый, знающий, опытный, другой несведущий, беспомощный, неопытный. Их взаимодействие — это безропотное подчинение одного авторитету и мастерству другого. Эта модель имеет длительную историю своего применения в медицине. Ее исторические корни легко обнаружить в клятве Гиппократата и ряде последующих кодексов этического поведения врача. Она широко распространена и в современной медицине.

Претензии к этой модели сводятся к тому, что она разводит врача и пациента по разные стороны, отдавая все полномочия по борьбе с болезнью одному и лишая их другого. Минусом этой модели также признается то, что характер взаимодействия между врачом и пациентом строится исключительно по вертикали, господство «отца» признается незыблемым, неприкосновенным, его власть неоспоримой. Вмешательство пациента в лечение считается недопустимым, ему не позволено вести диалог с врачом, выстраивая его по горизонтали. Патерналистская модель хотя и учитывает пациента, но не рассматривает его как автономную личность, способную принимать важные решения, когда речь идет о собственном излечении.

Коллегиальная модель предполагает, что врач и пациент — это коллеги, партнеры, совместно борющиеся с недугом пациента. Реализация такой модели возможна лишь в условиях полноценной информированности больного о состоянии его здоровья, поставленном диагнозе, прогнозе течения заболевания и предполагаемых методах лечения. Взаимодействие в рамках этой модели осуществляется по горизонтали, ставя врача и пациента в положение партнеров. Считается, что в таком случае врач и больной преследуют одну и ту же цель — возвращение пациенту здоровья. Они в рамках лечения ориентируются на одно и то же понимание здоровья как ценности, действуют сообща, умножая силы друг друга.

Однако, как показывает практика, такой гармонии между врачом и пациентом добиться крайне сложно. Это связано с тем, что далеко не каждый больной обладает достаточными знаниями для того, чтобы понять суть медицинского подхода к его лечению, оценить предлагаемые способы лечения, разобраться в перспективах выздоровления. Помимо этого, в реальных условиях часто обнаруживается неполное понимание между врачом и больным вследствие принадлежности их к разным культурам, традициям, образу жизни. Все это затрудняет достижение полной коллегиальности. Сложность внедрения этой модели, в частности, состоит и в том, что она должна вытеснить те модели взаимодействия между врачом и пациентом, которые укоренились в медицинской практике.

Контрактная (или договорная) модель предполагает, что врач и пациент заключают между собой (иногда устно, иногда письменно) контракт, согласно которому проводится лечение больного. Этот контракт составляется обоими лицами свободно с учетом интересов каждой из сторон. В этом контракте оговаривается практически все, что связано с процессом лечением. Определяется ответственность каждого, формулируются цели лечения, оговариваются способы борьбы с недугом и т.д. В случае нарушения одной из сторон предусмотренных контрактом обязательств он может быть расторгнут. Эта модель взаимодействия, содержащая явный отголосок рыночного подхода к жизни, уже достаточно широко вошла в нашу жизнь.

У этой модели есть несомненные плюсы, но в ней немало и минусов. К положительным сторонам можно отнести активное участие пациента в собственном лечении, учет в процессе лечения его интересов, осведомленность во всем, что происходит с ним в процессе лечения, к отрицательным — формализация отношений, замена доверительных, естественных отношений деловым взаимодействием, по существу, на юридической основе.

Действительно, партнерский характер этой модели позволяет не ущемлять автономию личности пациента, но, как показывает практика, составление договора между сторонами далеко не всегда диктуется исключительно той логикой лечения, которая отработана в медицине, в процесс его составления часто вторгается логика моды, той или иной субкультуры, исповедуваемой пациентом.

В настоящее время в медицинской практике используются все четыре модели взаимодействия врача и пациента. Доминирующей моделью является патерналистская, наметилось движение в сторону использования коллегальной и контрактной моделей. Сегодня значительно расширяется ведущийся в обществе диалог относительно того, что больной не должен в процессе лечения ощущать себя лишь объектом манипуляций со стороны врача. Начало этому диалогу было положено довольно давно. Об этом свидетельствует, например, часто цитируемый самими работниками здравоохранения рассказ Л.Н. Толстого «Смерть Ивана Ильича», в котором описываются визит главного персонажа ко врачу и поведение самого врача. «Все было, как он ожидал; все было так, как всегда делается. И ожидание, и важность напускная, докторская, ему знакомая... и постукивание, и выслушивание, и вопросы, требующие определенные вперед и очевидно ненужные ответы, и значительный вид, который внушал, что вы, мол, только подвергнитесь нам, а мы все устроим, — у нас известно и несомненно, как все устроить, все одним манером для всякого человека, какого хотите...

Доктор говорил: то-то и то-то указывает, что у вас внутри то-то и то-то; но если это не подтвердится по исследованиям того-то и того-то, то у вас надо предположить то-то и то-то. Если же предположить то-то, тогда... и т.д. Для Ивана Ильича был важен только один вопрос: опасно ли его положение, или нет? Но доктор игнорировал этот неуместный вопрос. С точки зрения доктора вопрос этот был праздный и не подлежал обсуждению; существовало только взвешивание вероятностей — блуждающей почки, хронического катара и болезни слепой кишки. Не было вопроса о жизни Ивана Ильича, а был спор между блуждающей почкой и слепой кишкой. И спор этот на глазах Ивана Ильича доктор блестящим образом разрешил в пользу слепой кишки, сделав оговорку о том, что исследование мочи может дать новые улики и что тогда дело будет пересмотрено... Из резюме доктора Иван Ильич вывел то заключение, что плохо, а что ему, доктору, да, пожалуй, и всем все равно, а ему плохо. И это заключение болезненно поразило Ивана Ильича, вызвав в нем чувство большой жалости к себе и большой злобы на этого равнодушного к такому важному вопросу доктора».

В настоящее время в диалог о нормах взаимоотношения врача и пациента включены разные группы населения. И у всех них вызывает отторжение, к сожалению, еще часто встречающийся безличностный подход врача к пациенту. Один из множества примеров такой отрицательной реакции на безличностное отношение содержится в книге Д. Майерса «Социальная психология», где автор приводит слова 87-летнего ученого-психолога Джеймса Мак-Кея о том, как ему довелось стать объектом манипулятивного отношения со стороны медицинского персонала: «Прошлым летом я превратился в "одушевленный предмет". У моей жены был артрит коленного сустава, из-за чего она могла передвигаться только с "ходунком", а меня именно в это время угораздило сломать ногу. И мы переселились в дом престарелых. Там были одни престарелые и не было ничего, что напоминало бы о "доме". Все решения принимал врач и старшая медсестра, мы были не более чем "одушевленными предметами". Слава Богу, мы прожили там всего лишь две недели... Директор дома престарелых — прекрасный специалист — сочувствующий своим пациентам, и я считаю этот дом лучшим в городе. Но с того момента, как мы переступили его порог, и вплоть до самого отъезда мы не чувствовали себя людьми».

Принципы и правила безличностного отношения, а отношения к пациенту как к личности в значительной степени уже сложились. Биоэтикой, которая исходит из идеи «активного субъекта», вступающего в диалог с врачом, сформирован свод принципов и

правил, позволяющих врачу таким образом выстраивать взаимоотношения с больным, чтобы тот не чувствовал ущемления своей личности.

Этот свод включает в себя четыре принципа:

- 1) принцип уважения человеческого достоинства;
- 2) принцип «твори добро и не причиняй зла!»;
- 3) принцип признания автономии личности;
- 4) принцип справедливости. А также четыре

правила:

1) правило правдивости, гласящее: «В общении с пациентами необходимо правдиво, в доступной форме и тактично информировать их о диагнозе и прогнозе болезни, доступных методах лечения, их возможном влиянии на образ и качество жизни пациента, о его правах. Выполнение этого правила необходимо для обеспечения автономии пациентов, обеспечения для них возможности осознанного выбора и распоряжения собственной жизнью»;

2) правило неприкосновенности частной жизни, гласящее: «Без согласия пациента врач не должен собирать, накапливать и распространять (передавать или продавать) информацию, касающуюся его частной жизни. Элементами частной жизни являются факт обращения к врачу, информация о состоянии здоровья, биологических, психологических и иных характеристиках, о методах лечения, привычках, образе жизни и т.д. Это правило защищает частную жизнь граждан от не санкционированного ими вторжения чужих людей — в том числе врачей или ученых»;

3) правило конфиденциальности (сохранения врачебной тайны), гласящее: «Без разрешения пациента запрещено передавать "третьим лицам" информацию о состоянии его здоровья, образе жизни и личных особенностях, а также о факте обращения за медицинской помощью. Его можно считать составной частью правила неприкосновенности частной жизни»;

4) правило добровольного информированного согласия, гласящее: «Любое медицинское вмешательство должно осуществляться с согласия пациента, полученного добровольно и на основе достаточной информированности о диагнозе и прогнозе развития с учетом разных вариантов лечения. Это правило важно при выполнении любого медицинского вмешательства».

Приведенные выше принципы и правила отношения к пациенту как к личности сформулированы в соответствии с требованиями психологии партнерского общения и в большей мере подходят к коллегиальной модели взаимодействия врача и пациента. Культивирование на практике этих принципов и правил формирует соответствующую профессиональную культуру врача. Культуру, которая ориентирована не только на излечение пациента от недуга, но и на вовлечение пациента в активную борьбу с болезнью, создание благоприятного психологического климата, усиливающего влияние медикаментозного лечения.

ТЕМА ЗАНЯТИЯ №7.

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ И ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ.

Место проведения: аудитория.

Продолжительность: 2 часа.

Цель: изучить личность с позиции психического здоровья. Самосознание и образ тела. Стресс, психологические и психосоматические реакции на него. Общий адаптационный синдром, психологические способы защиты от стресса.

Студент должен знать:

1. Универсальность положений психологии здоровья. Критерии психического здоровья.
2. Методические и организационные аспекты здоровья
3. Классификацию методов развития личности. Качества зрелой личности
4. Психологическое здоровье детей.
5. Понятия «Самосознание».
6. Этапы развития сознания и самосознания.
7. Основные понятия по теме: «стресс», «дистресс», «стрессоустойчивость», «адаптация».
8. Физиологические механизмы приспособления к стрессу. Трехфазную природу стресса. Виды стресса.
9. Влияние стресса на развитие психосоматических заболеваний
10. Факторы стрессоустойчивости, позволяющие повысить защитные механизмы организма, стимулировать учебную и рабочую деятельность, снижать травматическое действие стресса.
11. Механизмы психологической защиты.

Студент должен уметь:

1. Охарактеризовать личность с позиции психического здоровья
2. Определить степень зрелости личности
3. Исследовать личность по критериям психического здоровья.
4. Использовать приобретённые знания для снижения риска возникновения дистресса и повышения положительного эффекта стресса.
5. Пользоваться методикой Холмса, Раге «Определение стрессоустойчивости и социальной адаптации».

Темы проектов, рефератов:

11. Основные принципы психологии здоровья
12. Психологическое здоровье детей
13. Психика и сознания
14. Развитие психики и поведения. Основные этапы развития поведения и психики; проблема инстинкта, навыка и интеллекта
15. Образ жизни и психическое здоровье
16. Основные представления о здоровой личности
17. Психология здоровья как междисциплинарная область знаний
18. Теоретические модели самосознания.
19. Сознание и его границы.
20. Механизмы психологической защиты.
21. Индивидуальное сознание и коллективное бессознательное.
22. Измененные состояния сознания.
23. Расстройства сознания. Судебно-психиатрическая экспертиза.

24. Влияние экстремальных ситуаций на человека и общество.
25. Стресс как неотъемлемый фактор деятельности врача.
26. Роль гормонов в формировании реакции на стресс.
27. Профессии, требующие повышенной стрессоустойчивости.
28. Здоровый образ жизни – путь к гармонии и успеху.
29. Стресс и психосоматические заболевания.
30. 21 век – время новейших технологий или обострения «болезней стресса»?

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Педагогика в медицине: учеб. пособие под ред. Н.В.Кудрявая М.: Академия,2006 <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425022.html>
2. Клиническая психология: учебник Сидоров П.И. Парняков А.В. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2008. <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970414071.html>
3. Педагогическая наука. История и современность: учебное пособие Лукацкий М.А. М.: ГЭОТАР -Медиа, 2012 <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970420874.html>

Дополнительная литература:

1. Психология взаимоотношений врача и пациента: учеб. Пособие Ларенцова Л.И., Смирнова Н.Б. М.: ГЭОТАР -Медиа, 2014 <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970429358.html>
2. Медицинская психология: учеб пособие Тюльпин Ю.Г. СМ.: Медицина, 2004
3. Общая психология. Маклаков А.Г. СПб., Питер, 2007
4. Психология развития. Словарь 6 т. Под.ред. А.Л. Венгера М.: ПЕРСЭ,2006
5. Психология управления. Лекции: учеб. Пособие Творогова Н.Д. М.: ГЭОТАР -Медиа, 2008 <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970429358.html>
6. Психология управления. Практикум: учеб. пособиеТворогова Н.Д. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2008 <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970429358.html>
7. Психология : учеб.-метод. пособие для студентов медицинских вузов. Под ред. А. С. Татров. М.: Академия естествознания, 2010
8. Педагогические технологии в медицине: учеб. пособие Романов М.Г., Сологуб Т.В. М.: ГЭОТАР -Медиа,2007 2010. <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970404997.html>

Основные вопросы темы:

1. Предмет психологии, задачи, методы.
2. Универсальность положений психологии здоровья.
3. Задачи психологии здоровья.
4. Классификация методов развития личности.
5. Критерии психического здоровья.
6. Качества зрелой личности.
7. Психологическое здоровье детей.
8. Понятия и формы самосознания.
9. Формирование сознания в онтогенезе.
10. Механизмы психологической защиты.
11. Концепция стресса Г. Селье
12. Физиологический компонент стресса. Трехфазная природа стресса. Виды стресса.
13. Влияние стресса на развитие психосоматических заболеваний.
14. Факторы стрессоустойчивости.

Итоговый контроль уровня знаний:

11. Что представляет собой позитивное определение здоровья, данное ВОЗ? Из каких компонентов оно складывается?
12. Что собой представляет понятие «психическое здоровье»? Как соотносятся между собой понятия «психическое здоровье» и «духовное здоровье»?
13. Назовите основные качества зрелой личности?
14. Что представляет собой холистический подход психологии здоровья?
15. Какие основные компоненты входят в программу «Потенциал человека»?
16. Каковы основные методы развития личности?
17. Перечислите уровни «психологического здоровья» детей?
18. Назовите критерии психического здоровья?
19. Что такое самосознание?
20. Перечислите и дайте характеристику формам самосознания.
21. Какие периоды проходит сознание в онтогенезе?
22. В каком возрасте у ребенка начинает развиваться самосознание?
23. Какой период знаменует окончательное становление сознания и самосознания?
24. Что такое механизмы психологической защиты?
25. Кто ввел понятие «механизмы психологической защиты»?
26. Какие причины приводят к активизации механизмов психологической защиты?
27. Каковы последствия психологических защит, если не решать психологическую проблему?
28. Перечислите и дайте краткую характеристику защитным механизмам психики.
29. Определение понятий «стресс», «эустресс», «дистресс», «стрессоустойчивость».
30. Кто является основателем концепции стресса?
31. Что такое «стрессор»? Какие бывают стрессоры?
32. Триада реакции на тревогу? Физиологический компонент стресса.
33. Трехфазная природа стресса (концепция Г. Селье):
34. На какой стадии происходит приспособление и адаптация?
35. Обратима ли стадия истощения?
36. Адаптационные резервы нашего организма имеют предел?
37. Виды стресса.
38. Влияние стресса на развитие психосоматических заболеваний.
39. Характеристика понятия «стрессоустойчивость».
40. Основные факторы стрессоустойчивости.
41. Физиологические предпосылки стрессоустойчивости.
42. Индивидуально-личностные особенности и устойчивость к стрессу.
43. Как и в чем проявляется стресс? Органы «мишени» стресса.
44. Методы борьбы со стрессом.

Содержательная часть

Психология здоровья представляет собой универсальное пространство в широкой области современных традиций медицинской психологии и психологии вообще. Это пространство создает уникальные условия для слияния воедино имеющихся на сегодняшний день психологических подходов к развитию и обогащению личности. Во многих отраслях науки на современном этапе происходит поиск новых путей развития. Психология здоровья также пытается уйти от старой модели изучения мира человека и приходит к модели изучения человека в единстве с миром, пытаясь увидеть за

конкретными проявлениями психической жизни реальность сущность как таковую в ее целостности.

Психология здоровья делает акцент на феноменальную организацию человека как многообразно активного динамического целого, однако, принимая все существующие теории личности, выходит за границы любой из них в поисках универсальности.

Психология здоровья в своем развитии опирается на *холистический подход* в науке о человеке, чем подчеркивается важность гармоничного развития всех составляющих человека для достижения полного благополучия. Реализация такого подхода может, в соответствии с представлениями К. Роджерса, идти через раскрытие «Потенциала Человека».

Гармоничное раскрытие потенциалов, формирующих в определенном смысле структуру личности человека, может диагностироваться как наличие *«холистического здоровья»*. Программа символически представлена в виде цветка, семь лепестков которого формируют узор взаимоувязанных потенциалов, отражающих различные аспекты душевного, телесного и социального здоровья человека. Каждый потенциал важен сам по себе и влияет на все остальные. Ни одним из них нельзя пренебрегать, если человек стремится к холистическому здоровью и благополучию. Цель практической работы — максимальное раскрытие каждого из этих потенциалов (компетенций личности).

1. **Потенциал разума** (интеллектуальный аспект здоровья) — способность человека развивать интеллект и уметь им пользоваться; умение приобретать объективные знания и воплощать их в жизнь.
2. **Потенциал воли** (личностный аспект здоровья) — способность человека к самореализации; умение ставить цели и достигать их, выбирая адекватные средства.
3. **Потенциал чувств** (эмоциональный аспект здоровья). Эмоциональная компетентность — это способность человека конгруэнтно выражать свои чувства, понимать и безоценочно соглашаться с чувствами других. Данная компетентность относится к эмоциональному уровню организации личности.
4. **Потенциал тела** (физический аспект здоровья) — способность развивать физическую составляющую здоровья, «осознавать» собственную телесность как свойство своей личности. Сюда же относятся алиментарная и сексуальная компетентность.
5. **Общественный потенциал** (социальный аспект здоровья). Социальная компетентность определяется как способность человека оптимально адаптироваться к социальным условиям; стремление постоянно повышать уровень культуры общения, социального интеллекта, коммуникативной компетентности; обретение чувства принадлежности ко всему человечеству. Совершенствующийся человек совершенствует природно-социальную среду, которая, в свою очередь, способствует совершенству человека.
6. **Креативный потенциал** (творческий аспект здоровья) — способность человека к созидающей активности, умение творчески самовыражаться в жизнедеятельности, выходя за рамки ограничивающих стандартных знаний.
7. **Духовный потенциал** (духовный аспект здоровья). Духовная компетентность — это способность развивать духовную природу человека, выражать (воплощать) высшие ценности в жизнь.

Духовный потенциал — это стержень, это ткань, это кислород, это питательная среда, на котором произрастает Цветок Потенциалов — Гармония Личности.

Корни «цветка», обеспечивающие устойчивость в бушующей жизни, погружены в традиции времен, состоящие из мудрости семейных и национальных традиций своего народа, мудрости всей цивилизации.

Задачи психологии здоровья

К задачам психологии здоровья следует отнести:

1. Повышение уровня психологической культуры, под которой мы понимаем степень совершенства, достигнутого в овладении отраслью психологических знаний и психической деятельностью.
2. Повышение уровня культуры общения, степени совершенства в области внутренней и внешней коммуникации.
3. Определение путей и условий для самореализации, самоосуществления, раскрытия своего творческого и духовного потенциала.

Все эти три задачи интегрируются в процессах развития и «обогащения» личности и могут состоять из трех аспектов работы:

- 1) самопознание;
- 2) самовоспитание или самосотворение;
- 3) самоосуществление.

Наличие психической составляющей, то есть человека, во всех областях профилактической медицины определяет масштаб мероприятий психологии здоровья. Вектор ее исследований может быть направлен на частные области сохранения и развития индивидуального и общественного здоровья. Представим наиболее важные из них:

- 1) психическое здоровье;
- 2) физическое здоровье;
- 3) экологическое здоровье;
- 4) профилактическая наркология;
- 5) психосоматическая медицина;
- 6) психология питания;
- 7) семейное здоровье;
- 8) сексуальное здоровье;
- 9) пренатальное, перинатальное и половое воспитание;
- 10) образование и просвещение;
- 11) труд и отдых;
- 12) национальное здоровье.

Можно выделить следующие направления исследований в области психологии здоровья:

1. Роль психологических факторов в сохранении, укреплении и развитии здоровья.
2. Внутренняя картина здоровья.
3. Методы психологического воздействия в укреплении и развитии здоровой личности.
4. Обучение здоровью.

Тем самым психология здоровья включает в себя практику поддержания здоровья человека от его зачатия до смерти, представляет собой психологическую базу первичной и вторичной профилактики, а также реабилитации.

Классификация методов развития личности.

Перечень организационных форм психологии здоровья находит свое развитие в зависимости от конкретных условий (армия, моряки, бизнесмены и др.). К сожалению, привязанность их к медицинским учреждениям часто «нозологизирует» контингент обращающихся за помощью. Важно, чтобы круг форм, имеющих строгую ориентацию на профилактику, расширился, что способствовало бы охвату большего числа именно здоровых и лиц с состояниями, относящимися к дозологическому уровню.

Основным мотивом, привлекающим внимание к программам психологии здоровья, выступает личность психолога и методы, которыми он осуществляет поставленные задачи. С помощью этих методов можно решать такие тактические задачи первичной профилактики, как коррекция негативных личностных особенностей; модификация стереотипов поведения, способствующих развитию психической, соматической и наркологической патологий; снижение последствий эмоциональной стрессированности;

борьба с артериальной гипертензией; выработка установки на здоровье и привлечение широкого участия в массовых профилактических мероприятиях; мотивирование населения к преодолению вредных привычек и др.

Во многих работах указывается, что применение психокоррекционных методов (аутогенная тренировка, биообратная связь и др.) способствует снижению вероятности смерти от сердечно-сосудистых заболеваний на 20%. Все эти задачи могут быть осуществлены при правильном использовании методов когнитивно-социального научения, методов релаксации и урегулирования обстановки в семье и на работе.

К эффективным методам освоения навыков самопрофилактики относится консультирование 2—3 раза в год (по мере необходимости — и чаще) по вопросам питания, борьбы со стрессами, курением и другими вредными привычками, по решению семейных, сексуальных проблем.

Стратегии оказания психологической помощи проблемным клиентам в психологии здоровья определены гармоничным сочетанием работы с негативными и позитивными сторонами личности. Стремление к совершенству предполагает работу как с тем, что мешает этому, так и с тем, что обогащает потенциал личности.

Методы психологического воздействия в области развития, совершенствования человека можно условно дифференцировать в зависимости от уровня сознания, на котором проводятся позитивные изменения. Наиболее приемлемой для психологии здоровья, на наш взгляд, является классификация, основанная на модели «Спектра Сознания» Кена Уилбера. «Спектр Сознания» — это многомерный подход к человеческой личности. Уровни сознания рассматриваются от Верховной Личности, соотносимой с космическим Сознанием, до резко суженой идентификации, ассоциируемой с Эго-уровнем.

Совершенствование на уровне Эго. Дезадаптации на данном уровне возникают тогда, когда образ самого себя подвергается искажению и изображается (истолковывается) неточно. Это может быть результатом разрушения связей между сознанием и бессознательным, и тогда совершенствование будет заключаться в восстановлении точного и, следовательно, реального, приемлемого образа себя. Если человек отчуждает какие-то грани своей личности, он обманывает себя, искажает свой образ. Отвергнутые, вытесненные аспекты (то есть пока «неосознаваемая тень персоны») тем не менее принадлежат ему и — например, с помощью механизмов психологической защиты — выходят наружу в виде проекции этих теневых сторон на других людей. Резерв роста личности включает контактирование с «тенью», осознание этих аспектов и принятие их, что расширяет чувство идентификации. Таким образом человек обретает уточненный и приемлемый образ себя, устраняется разрыв между «персоной» и «тенью». Личность выходит на уровень «Понимаю и принимаю себя со всеми своими достоинствами и недостатками».

Совершенствование на экзистенциальном уровне. Цель этих методов состоит не в том, чтобы воссоздать уточненный образ целостного организма, а в том, чтобы быть целостным организмом. Терапия направлена на актуализацию целостного, полностью проявленного бытия человека, не разорванного на части. На данном уровне основная забота совершенствования состоит в преодолении глубинной двойственности, как-то: субъект—объект, жизнь—смерть. Большинство методов экзистенциального уровня обращено к целостному психосоматическому организму и тем кризисам, которые могут здесь иметь место. В эту группу методов входят преимущественно те, в основе которых лежит ноэтический подход — такие как экзистенциальная психология, гештальт-терапия, логотерапия, гуманистическая психология и др.

Совершенствование биосоциального слоя. Этот слой относится к верхним пределам экзистенциального уровня. Он хранит в себе объемный массив информации, отобранной из культурного наследия человека. Сформированные поведенческие паттерны этого слоя оказывают всепроникающее влияние как на характер мыслительного процесса, структуру Эго, так и на общее поведение человека.

При восприятии и описании мира человек использует фильтры, с помощью которых сортирует информацию о реальности. Фильтры могут быть обусловлены физиологическими, социальными и индивидуальными особенностями конкретного человека. Тот опыт, который не пропущен самонаблюдения, потрясающая психотерапия, арт-терапия и другие. Именно благодаря таким переживаниям человек может коснуться мира метамотиваций, трансцендентных ценностей— другими словами, вступить в духовные области трансперсонального слоя.

Совершенствование уровня MIND (существования). Если на уровне трансперсонального слоя еще есть тонкая грань различия свидетеля и свидетельствуемого, то на уровне MIND эта тонкая грань уходит, то есть остаточные следы двойственности полностью стираются. На этом уровне Свидетель и свидетельствуемое становятся одним и тем же. «...Добиться, чтобы созерцающее, как и требует изначальная его природа, стало подобно созерцаемому, и стяжать ту совершеннейшую жизнь, которую боги предложили нам как цель на эти и будущие времена». Итак, в первом случае (трансперсональный слой) человек свидетельствует реальность (сущее). во втором (уровень MIND)— он есть реальность (сущее). Методы этого уровня пытаются избавить человека от дуализма субъекта-объекта, после чего он становится способным к взаимодействию с внепространственным миром космического Сознания. Выход на уровень MIND достигается с помощью специфических техник, включенных в некоторые формы религиозного мистицизма — таких, как буддизм махаяны, даосизм, ведантизм, индуизм, суфизм, православный исихазм и другие.

Критерии психического здоровья.

ВОЗ: Критерии психического здоровья (Г.К.Ушаков,1976):

- причинная обусловленность психических явлений, их необходимость, упорядоченность;
- соответственная возрасту человека зрелость чувств;
- максимальное приближение субъективных образов к отражаемым объектам действительности, гармония между отражением обстоятельств действительности и отношением человека к ней;
- соответствие реакций (как физических, так и психических) силе и частоте внешних раздражителей;
- критический подход к обстоятельствам жизни;
- способность самоуправления поведением в соответствии с нормами, установившимися в разных коллективах;
- адекватность реакций общественным обстоятельствам (социальной среде);
- чувство ответственности за потомство и близких членов семьи;
- чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных обстоятельствах;
- способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций;
- самоутверждение в коллективе (обществе) без ущерба для остальных его членов;
- способность планировать и осуществлять свой жизненный путь

Качества зрелой личности.

Приведем перечень качеств для оценки личностной зрелости, составленный на основе характеристик самоактуализированной личности, предложенной А. Маслоу, программ «Моральных и духовных ценностей», разработанных для учебных заведений Лос-Анджелеса, а также на основе отдельных представлений автора.

Зрелая личность:

- делает добрые дела и не ждет выгоды от этого;
- автоматически не возмущается критикой, так как понимает, что в ней могут содержаться предложения для самосовершенствования;

- не перекладывает вину на других и не критикует, пока не разберется в сути дела;
- несет ответственность за свои действия и решения и не обвиняет других, когда что-то идет не так;
- проигрывает по-хорошему, принимая поражения и разочарования без жалоб и злости;
- адекватно воспринимает реальность и относится к ней, избегает иллюзий, предпочитает иметь дело с действительностью, пусть неприятной;
- способна оставаться верной своей цели и перед лицом больших трудностей (например, непопулярности, отвержения);
- не выходит из себя и не позволяет себе «биться головой о стену» по пустякам;
- обладает более автономной системой ориентации, имеет собственное мнение;
- независима от культуры и среды, умеет «трансцендировать» любую частную культуру;
- не хвалится и ничего «не строит из себя», а когда ей делают комплименты, принимает их красиво и без ложной скромности; не беспокоится преждевременно о том, что от нее не зависит, и примиряется с неизбежным;
- постоянно и четко видит различия между целью и средством ее достижения, добром и злом;
- способна устанавливать тесные эмоциональные отношения, например, с друзьями или близкими людьми;
- обладает чувством этики и философским, невраждебным юмором;
- живет спонтанно, просто, естественно, синхронно с жизнью;
- имеет опыт переживания высших состояний;
- сфокусирована на проблемах вне себя;
- терпелива, потому что знает: «рана заживает постепенно»;
- обладает высокой степенью принятия себя, других, в том числе различных сложностей человеческой природы;
- обладает способностью постоянно по-новому видеть обычные вещи; ее оценка отличается свежестью;
- демократична, способна учиться у кого угодно, если есть чему;
- обладает чувством принадлежности ко всему человечеству, хотя видит его недостатки;
- креативна, изобретательна в своей области, а не просто следует установленному пути;
- черпает энергию, силу, вдохновение из жизни, природы, общения с прекрасным;
- составляет разумный план и старается по порядку его реализовать.

Стремление к воспитанию в себе приведенных выше качеств способствует росту личности, накоплению духовного потенциала человека. Масштабность личности зависит от уровня реализации ее зрелых черт.

Ниже представлен опросник, составленный на основе указанного перечня качеств здоровой полностью функционирующей личности. Предлагаемый личностный опросник служит не столько средством для выявления количественного показателя зрелости, сколько поводом для самоанализа и, следовательно, определяет пути для личностного роста. Личность, которая не достигла высоких ступеней самоактуализации, отчасти нуждается в психологической помощи. Многие из перечисленных свойств можно выработать в себе самому или с чьей-то помощью при определенной психологической и духовной работе.

Психологическое здоровье детей.

Учитывая, что в детском возрасте личность ребенка еще только формируется, используем понятие «психологического здоровья» для детей. Анализ понятия и экспериментальные исследования проводились в Москве под руководством Е. Д. Худенко. Что же такое норма «психологического здоровья», на которую следует ориентироваться, работая с детьми? Если для психического здоровья норма — это **отсутствие** патологии, симптомов, мешающих адаптации человека в обществе, то для определения нормы психологического здоровья важно **наличие** определенных личностных характеристик. И если

заботой психиатра по большей части становится **избавление** пациента от патологических факторов, то направление действий психолога идет в сторону **приобретения** человеком полезных свойств, способствующих успешной адаптации. Кроме того, норма психологического здоровья предполагает не только успешную адаптацию, но и продуктивное развитие человека на благо самому себе и обществу, в котором он живет. Итак, норма психологического здоровья — это некий **идеал**, путь к которому бесконечен, и на пути к этому идеальному образу можно находить все новые и новые ориентиры для саморазвития и организации психологических воздействий. Эти ориентиры меняются не только в зависимости от всего разнообразия жизненных ситуаций, но и в каждой из ситуаций — в зависимости от возраста человека.

Известно, что реакции на одни и те же явления у детей и взрослых различны. То, что естественно для взрослого, ненормально для ребенка, и наоборот. Мы не можем анализировать детское поведение с применением взрослых критериев, и в то же время мир детей со всей его самобытностью постоянно пересекается с миром и интересами взрослых. Мы должны постоянно учитывать самоценность детства и в то же время постепенно и безболезненно помогать ребенку взрослеть, социализироваться, то есть адаптироваться к большому миру.

Определяя критерии нормы психологического здоровья ребенка, которые могли бы стать основой дифференцирования психологической помощи детям, мы исходим из следующего положения: фундамент психологического здоровья составляет полноценное психическое развитие человека на всех этапах онтогенеза, то есть во все возрастные периоды его общего развития (Дубровина, 2000). Психологическое здоровье ребенка и взрослого различается совокупностью личностных новообразований, которые еще не появились у ребенка, но должны присутствовать у взрослого, причем отсутствие их у ребенка не должно восприниматься как нарушение. Поскольку психологическое здоровье предполагает наличие динамического равновесия между индивидом и средой, то ключевым критерием становится адаптация ребенка к социуму. Можно выделить несколько уровней психологического здоровья ребенка — они достаточно условны, однако необходимы для организации практической работы с детьми в школе.

Перечислим уровни «психологического здоровья» детей.

1. Креативный уровень. Существуют дети, которые не нуждаются в психологической помощи. Они устойчиво адаптированы к любой среде, обладают резервом для преодоления стрессовых ситуаций и активным творческим отношением к действительности. Этот идеальный образ ребенка-творца, достаточно редкий в реальной жизни, выражает совершенную степень психологического здоровья, его высший уровень. Назовем его *креативным* (что означает творческий, созидательный).

2. Адаптивный уровень. Большинство относительно «благополучных» детей в целом адаптированы к социуму, но по результатам диагностических методик проявляют отдельные признаки дезадаптации, обладают повышенной тревожностью. Такие дети не имеют достаточного запаса прочности «психологического здоровья» и нуждаются в групповых занятиях профилактически-развивающей

направленности. Это группа относительного риска, она довольно многочисленна и представляет средний уровень психологического здоровья, назовем *его адаптивным*.

3. Ассимилятивно-аккомодативный уровень. Это низший уровень психологического здоровья. К нему относятся дети с нарушением баланса процессов ассимиляции и аккомодации, то есть либо неспособные к гармоничному взаимодействию с окружающими, либо проявляющие глубинную зависимость от факторов внешнего воздействия, не владея механизмами защиты, отделения себя от травмирующих влияний среды. Дети с преобладанием процессов **ассимиляции** стремятся во что бы то ни стало изменить окружающий мир; при этом они не готовы к самоизменению в соответствии с внешними требованиями и интересами окружающих. У этих детей дезадаптация активно проявляется в эпатажном поведении, конфликтах со сверстниками, домашних аффектированных

капризах и т. д. Для детей с преобладанием процессов **аккомодации**, напротив, характерно приспособленчество к требованиям внешнего мира в ущерб собственным потребностям и интересам. Их дезадаптация почти никак не проявляется внешне, ее трудно зафиксировать. Это «удобные», тихие дети, прилежные и старательные ученики, которыми гордятся родители. Их ставят в пример педагоги, не замечая, что они пребывают в состоянии стойкого эмоционального дискомфорта, который со временем углубляется и часто приводит к соматическим нарушениям. Эта группа требует особого внимания именно вследствие своего внешнего благополучия, не вызывающего тревоги у взрослых. Выделенные уровни психологического здоровья позволяют дифференцировать психологическую помощь учащимся. С детьми первой группы достаточно проводить лишь развивающую работу. Детям с психологическим здоровьем второй группы необходима систематическая особым образом организованная помощь психопрофилактического характера. Поскольку эта группа очень велика, предпочтительно проводить групповую работу. Учащимся, попадающим в третью группу, необходима серьезная индивидуальная коррекционная работа.

Самосознание.

Понятие и формы самосознания.

Эпицентром сознания является сознание собственного «Я», или сознание самости, самосознание. Первой его формой, которую иногда называют самочувствием, является элементарное осознание своего тела и его вписанности в мир окружающих вещей и людей. Оказывается, что простое восприятие предметов в качестве существующих вне данного человека и независимо от его сознания уже предполагает определенные формы самоотнесенности, т.е. некоторый вид самосознания. Для того чтобы увидеть тот или иной предмет как нечто существующее объективно, в сам процесс восприятия должен быть как бы «встроен» определенный механизм, учитывающий место тела человека среди других тел - как природных, так и социальных - и изменения, которые происходят с телом человека в отличие от того, что совершается во внешнем мире.

Следующий, более высокий уровень самосознания связан с осознанием себя в качестве принадлежащего тому или иному человеческому сообществу, той или иной социальной группе.

Самый высокий уровень развития этого процесса - возникновение сознания «Я» как совершенно особого образования, похожего на «я» других людей и вместе с тем в чем-то уникального и неповторимого, могущего совершать свободные поступки и нести за них ответственность, что с необходимостью предполагает возможность контроля над своими действиями и их оценку. Здесь необходимо оттенить такой аспект, как сознательность. Сознательность характеризуется, прежде всего, тем, в какой мере человек способен осознавать общественные последствия своей деятельности. Чем большее место в мотивах деятельности занимает понимание общественного долга, тем выше уровень сознательности. Сознательным считается человек, способный правильно понять действительность и, сообразуясь с этим, управлять своими поступками. Сознательность - неотъемлемое, свойство душевно здоровой человеческой личности. Возможность понимания последствий поступка резко снижена и даже отсутствует полностью у детей, а также у душевнобольных. Сознательность суть нравственно-психологическая характеристика действий личности, которая основывается на сознании и оценке себя, своих возможностей, намерений и целей.

Однако самосознание - это не только разнообразные формы и уровни самопознания. Это также всегда и самооценка и самоконтроль. Самосознание предполагает сопоставление себя с определенным, принятым данным человеком идеалом «я», вынесение некоторой самооценки - как следствие - возникновение чувства удовлетворения или же неудовлетворения собой. «Зеркало», в котором человек видит самого себя, и, с помощью которого, он начинает относиться к себе как к человеку, то есть

вырабатывает формы самосознания, - общество других людей. Самосознание рождается не в результате внутренних потребностей изолированного сознания, а в процессе коллективной практической деятельности и межчеловеческих взаимоотношений.

Осознание себя в качестве устойчивого объекта предполагает внутреннюю целостность, постоянство личности. Мы всегда остаемся сами собой вне зависимости от меняющихся ситуаций. Ощущение человеком своей единственности, самоидентичности поддерживается непрерывностью его переживаний во времени: мы помним свое прошлое, переживаем настоящее, имеем надежды на будущее.

Главная функция самосознания — сделать доступными для собственного понимания мотивы и результаты своих поступков, оценить себя (самооценка). Общим интегральным измерением «Я» здесь выступает самопринятие и самоуважение. Поддержание приемлемого для личности уровня самоуважения составляет важную и, как правило, неосознаваемую функцию самосознания. Одним из способов реализации данной функции и являются защитные механизмы личности (механизмы психологической защиты).

Основные компоненты сознания

- 1) совокупностью знаний человека об окружающем мире с сохранностью процессов познания — предметное сознание;
- 2) совокупностью знаний о самом себе со способностью отделения «Я» от «не-Я». Это самосознание, которое включает самооценку своего физического (телесного) «Я» и своей личности — психического «Я»;
- 3) наличием адекватных эмоциональных оценок и переживаний в отношениях с окружающими миром, людьми и самим собой;
- 4) наличием возможности постановки целей (целеполагания) и возможности сосредоточения при организации психической и иной деятельности.

Формирование сознания в онтогенезе

Сознание от момента рождения ребенка до зрелого возраста проходит несколько периодов своего становления (Ушаков Г.К., 1973).

1. Бодрствующее сознание (8—10 мес). В первый год жизни ребенок много спит, и его сознание проявляется только периодами бодрствования. Постепенно в периоды бодрствования появляются первые «реакции выбора наиболее удовлетворяющих ситуаций». Например, можно заметить, что ребенок явно предпочитает находиться на руках у матери или засыпать при покачивании. Можно также заметить, что начинаются попытки исследования (сравнения и сопоставления) объектов окружающего мира. Такого рода реакции составляют первые элементы сознания, так как свидетельствуют о начале формирования и развития отношений ребенка к среде и начале выделения своего тела из окружающего. Ряд исследователей заметили и описали в этом возрасте своеобразные состояния «сытого бодрствования», при которых ребенок не реагирует даже на слова матери, хотя и не спит, а мимика его выражает полное удовлетворение. Полагают, что в этом возрастном периоде в мозге происходят процессы формирования «схемы» тела: импульсы, приходящие из различных частей тела, фиксируются в прогрессивно созревающих мозговых структурах. Формирование в мозге структур в виде «схемы тела» закладывает основу будущего самосознания.

2. Предметное сознание (от 10—12 мес до 3 лет). В этом возрасте главную роль играют непосредственные впечатления от действительности. Формирование сознания более связано с развитием первых образных представлений, образного мышления и речи. Однако ребенок еще не выделяет себя из окружающего, и в его речи отсутствует местоимение «Я». Элементы самосознания в виде употребления личного местоимения «Я» и соотнесения с собой собственных действий и действий окружающих (высказывания типа «я упал», «дай мне») появляются уже на 2—3-м году жизни. В зеркале он начинает

узнавать других людей в 8 мес, а себя лишь в 26 мес. На фотографиях других людей он узнает в 1,5 года, а себя — значительно позднее.

4. *Индивидуальное сознание (от 3—4 до 7—9 лет)* знаменуется появлением у ребенка сознания своего «Я» и началом развития самосознания. Возможность выделения себя из окружающей среды становится возможной в связи с уже достаточным развитием первых представлений ребенка о пространстве и времени. Сознание собственного «Я», сугубо индивидуальное в начале, в последующем претерпевает изменения по мере расширения общения ребенка со сверстниками и близкими.

5. *Коллективное сознание (от 7—9 до 14—16 лет)* характеризуется появлением в сознании ребенка к 7—9 годам новых качеств. Знание о предметах действительности и о себе начинает сочетаться со знанием простейших форм отношений и взаимосвязей между собой и коллективом сверстников. Обучение в старших классах школы сопровождается участием подростков в общественных событиях и появлением у них общественного, социального сознания. Все эти новые качества сознания обеспечиваются началом постепенного перехода после 3—4 лет от представлений об объектах пространства воспринимаемого (реального) к формированию представлений об объектах своего внутреннего мира, т.е. пространства интрапсихического, субъективного (представляемого и воображаемого).

6. *Рефлексивное сознание (от 14—16 до 22 лет)* характеризуется совершенствованием сознания и приобретением им качеств, которые создают основу для научного мышления. Постепенно сознание приобретает возможность не только создания некоей внутренней модели (фотографии) мира, но и как бы «рассматривания» изнутри полученной картины («отражение отражения»). Таким образом, при рефлексии сознание обращается на само себя, и происходит размышление над своими психическими состояниями. Рефлексия знаменует окончательное становление самосознания.

В психологической литературе описываются случаи более медленного развития самосознания у монозиготных близнецов, воспитывающихся вместе. Они долго откликаются на имя своего брата-близнеца, и правильная ответная реакция у них устанавливается лишь после 2 лет. У близнецов чрезвычайно выражена *эмоциональная синтонность*, т.е. переживание за своего брата как за самого себя (сопереживание). В зеркале близнец начинает узнавать себя лишь в возрасте от 3 до 4 лет, а до этого смешивает свое отражение с отражением своего партнера (ZazzoR., 1960).

Таким образом, в онтогенезе из сознания предметного, воспринимающего постепенно, вырастает самосознание, которое в свою очередь также претерпевает сложное развитие: от сознания своего телесного, соматического «Я» до сознания психического «Я». Последнее на своих высших этапах (рефлексия) находит выражение в способности индивидуума контролировать адекватность, целостность, последовательность, завершенность своих психических процессов и умение их направлять на решение главных задач, стоящих перед человеком.

Механизмы психологической защиты.

Защита, в том числе и психологическая, защищает любого человека от прошлой (психотравма, воспоминания); или актуальной (непосредственно происходящая ситуация) или от будущей (гипотетические страхи и переживания) психологической боли. Природа создала эти защиты для скорой психологической самопомощи (примерно как ответная реакция на болезнь или травму у организма). Однако только ответная реакция с болезнями и физическими травмами тела справиться не может, сколько его не укрепляй и не повышай иммунитет. Поэтому нужны врачи, медикаменты, операционные вмешательства, физиотерапия, санаторное лечение и прочее. С психикой все почти то же самое - психологические защиты *только защищают*, но не «лечат», т.е. проблему они не решают, она остается с человеком. Поэтому уповать на «психологический иммунитет, психологическую сопротивляемость» и быть от этого устойчивым и выносливым к

психологическим перипетиям своей жизни недостаточно. Ведь именно психологические защиты делают человека в обычной жизни странным, неадекватным, закомплексованным и т.д. Защитить-то они защитили, но для нормальной жизни непригодны. Это как везде ходить в латах - на работу, на отдых, к знакомым, и спать в латах и есть в латах и душ принимать в латах ну и т.д. Они будут мешать, а у окружающих вызывать недоумение. Механизмы психологической защиты и сопротивления могут проявляться в следующих случаях:

1. Прошлая психологическая травма (стресс)
2. Неприятные воспоминания
3. Страх перед любыми неудачами
4. Страх перед любыми изменениями
5. Стремление к удовлетворению своих детских потребностей (инфантилизм)
6. Вторичная выгода от своей болезни или своего состояния
7. Слишком «жесткое» сознание, когда оно наказывает человека непрекращающимися невротическими страданиями
8. Нежелание менять «удобную» социальную позицию на «неудобную» - быть активным, работать над собой, быть социально адаптивным, больше зарабатывать, сменить партнера и прочее.

Если длительное время не решать возникшие проблемы, то психологические защиты могут отрицательно воздействовать на психику человека, т.е.:

1. Сначала теряется адаптивность поведения, т.е. человек ведет себя неадекватно ситуации. Возникают сложности общения. Ограничивается образ жизни или он становится очень специфичным.
2. Далее дезадаптация нарастает. Могут возникать психосоматические заболевания (заболевания, первопричиной которых явились эмоциональные травмы). Нарастает внутреннее напряжение, тревожность. «Сценарий» жизни начинает подчиняться психологической защите от душевной боли: определенного вида хобби, увлечения, профессия.

Образ жизни становится формой «безболезненной психотерапии». Защитный стиль жизни становится самым важным, т.о. идет постоянное отрицание проблем и усугубление дезадаптации и психосоматики.

В свое время профессор Зигмунд Фрейд и его младшая дочь, профессор Анна Фрейд, открыли т. н. защитные механизмы психики, посредством которых любая информация из внешнего мира, будучи отвергнутой сознанием, попадает, минуя его, в бессознательное психики. К подобным защитным механизмам следует отнести такие формы и способы защита, как сублимация, отрицание, вытеснение, проекция, идентификация, интроекция, рационализация, аннулирование действия, расщепление и др. Кратко рассмотрим перечисленные защитные механизмы психики.

1. Канализация агрессии на других людей (в словесной (вербальной) или в поведенческой форме) — говорит о скрытом чувстве вины.
2. Вытеснение - выталкивание из сознания болезненных воспоминаний и чувств, импульсов. Человек просто «забыл», «не успел», «не сделал».
3. Отрицание - намеренное игнорирование болезненных реальностей и действие так, будто бы их не существует: «не заметил», «не услышал», «не увидел» и т.д. очевидных стимулов, сигналов. (Скарлетт (Унесенные ветром): «Я подумаю об этом завтра»).
4. Формирование реакции (при неврозе навязчивых состояний (обсессивно-компульсивный невроз) - преувеличение одного эмоционального аспекта ситуации, чтобы с его помощью подавить противоположную эмоцию. Например быть предельно пунктуальным а на самом деле желание быть свободным со временем.
5. Трансфер (перенос, перемещение) - смена объекта чувств (перенос с реального, но субъективно опасного объекта на субъективно безопасный). Агрессивная реакция на

начальника переносится с начальника, которого наказать невозможно в силу ряда психологических и иных причин, на собаку - как на более слабое существо (японцы использовали эту психологическую защиту в изобретении кукол для биться, замещающих начальника); или перенос любви или агрессии в адрес психотерапевта, вместо выражения этих эмоций настоящему объекту, вызвавшему эти чувства.

6. Обратное чувство - изменение импульса, превращение его из активного — в пассивный (и наоборот) - либо смена его направления (на себя с другого, или на другого с себя), например, садизм - может перейти в мазохизм, или мазохизм — в садизм.
7. Подавление (фобии) - ограничение мыслей или действий для того, чтобы избежать тех из них, которые могут вызвать тревогу, страхи. Эта психологическая защита порождает различные персональные ритуалы (амулет на экзамен, определенная одежда для уверенности в себе и прочее).
8. Идентификация с агрессором (подражание) — имитация того, что понимается как агрессивная манера внешнего авторитета. Критика детьми своих родителей в их же агрессивной манере. Подражание поведению своего начальника дома со своей семьей.
9. Аскетизм - отказ себе в удовольствиях с видом собственного превосходства.
10. Интеллектуализация, рационализация (обсессивно-компульсивный невроз) - излишнее умствование как способ переживания конфликтов, долгое обсуждение (без переживания аффекта, связанного с конфликтом), «рациональное» объяснение причин произошедшего, на самом деле не имеющее ничего общего с рациональным объяснением.
11. Изоляция аффекта (обсессивно-компульсивный невроз) - подавление чувств, связанных с какой-то определённой мыслью.
12. Регрессия — возвращение в ранний возраст (плач, беспомощность, курение, алкоголь и прочие инфантильные реакции)
13. Сублимация - перевод одного вида энергии в другой: секс - в творчество; агрессия - в политическую активность.
14. Расщепление - разделение позитивного и негативного в образах «я» и объектов. Резкая смена «+» и «-» оценок себя и других - нереалистичная и нетвёрдая оценка. «+» и «-» сосуществуют отдельно, но параллельно. Например, то психотерапевт «+», то вдруг «-» и так по поводу любого значимого человека.
15. Девальвация - сведение важного до минимума и презрительное отрицание этого.
16. Примитивная идеализация - преувеличение силы и престижа другого человека.
17. Всемогущество - преувеличение собственной силы.
18. Проекция - надделение собственными конфликтующими или любыми другими своими импульсами другого человека.
19. Проективная идентификация - проекция на какого — то человека, над которым человек затем пытается установить контроль. Проекция своей враждебности на других и ожидание того же с их стороны.
20. Репрессия - подавление желаний.
21. Эскапизм - избегание цели ситуации. Это может проявляться буквально, т.е. поведенчески человек может физически убегать из ситуации (от общения, от встречи), а может косвенно - избегать определенных тем разговора.
22. Аутизм - глубокий уход в себя (выход из «жизненной игры»).
23. Реактивное образование - замена поведения, или чувства на противоположное поведение или чувство как реакция на сильнейший стресс.
24. Интроекция - некритичное усваивание чужих убеждений и установок.
25. Фанатизм - воображаемое слияние желаемого и действительного.

Это далеко не полный список всех психологических защит, но зато это самые яркие и распространенные реакции. В любом случае эти реакции не освобождают человека от

психологической проблемы, а только временно защищают, дают возможность «психологически выжить» в критической ситуации.

Таким образом, можно сказать, что защитные механизмы — система регуляторных механизмов, которые служат для устранения или сведения до минимальных негативных, травмирующих личность переживаний. Эти переживания в основном сопряжены с внутренними или внешними конфликтами, состояниями тревоги или дискомфорта. Ситуации, порождающие психологическую защиту, характеризуются реальной или кажущейся угрозой целостности личности, ее идентичности и самооценке. Это субъективная угроза может, в свою очередь, породиться конфликтами противоречивых тенденций внутри личности, либо несоответствием поступающей извне информации, сложившейся у личности образу мира и образу Я.

Механизмы защиты направлены, в конечном счете, на сохранение стабильности самооценки личности, ее образа Я и образа мира. Это может достигаться, например, такими путями как: устранение из сознания источников конфликтных переживаний; трансформация конфликтных переживаний таким образом, чтобы предупредить возникновение конфликта.

В тех случаях, когда Эго не может справиться с тревогой и страхом, оно прибегает к механизмам своеобразного искажения восприятия человеком реальной действительности. Защита психологического механизма является по существу способами искажения реальности (самообмана): Эго защищает личность от угрозы, искажая суть самой угрозы. Все механизмы психологической защиты искажают реальность с целью сохранения психологического здоровья и целостности личности. Они формируются первоначально в межличностном отношении, затем становятся внутренними характеристиками человека, то есть теми или иными защитными формами поведения. Следует заметить, что человек часто применяет не одну защитную стратегию для разрешения конфликта или ослабления тревоги, а несколько.

Несмотря на различия между конкретными видами защит их функции сходны: они состоят в обеспечении устойчивости и неизменности представлений личности о себе.

Стресс.

Стресс – это состояние психофизиологического напряжения – совокупность защитных физиологических реакций, наступающих в организме человека в ответ на воздействие различных неблагоприятных факторов.

Стрессор – неблагоприятный фактор, вызывающий в организме состояние напряжения – стресс. Стрессорами, воздействующими на организм человека, могут быть – холод, голод, жажда, психические и физические травмы.

Бизнесмен, испытывающий постоянное давление со стороны клиентов и служащих; диспетчер аэропорта, который знает, что минутное ослабление внимания - это сотни погибших; студент во время сессии, испытывающий информационную нагрузку и волнение; спортсмен, безумно жаждущий победы; муж, беспомощно наблюдающий, как его жена медленно и мучительно умирает от рака,- все они испытывают стресс. Их проблемы совершенно различны, но медицинские исследования показали, что организм реагирует стереотипно, одинаковыми биохимическими изменениями, назначение которых - справиться с, возросшими требованиями к человеческой машине. Факторы, вызывающие стресс - *стрессоры*, различны, но они пускают в ход одинаковую, в сущности, биологическую реакцию стресса.

В связи с ростом так называемых болезней стресса проблема адаптации человека к критическим факторам среды издавна привлекала исследователей. В 1936 году

появилась концепция стресса Г. Селье, которая была подхвачена многими представителями медицины, психологии, социологии, этнографии

Почти четыре десятилетия Селье изучал в лаборатории физиологические механизмы приспособления к стрессу и убедился, что принципы защиты на уровне клетки в основном приложимы также к человеку, и даже к целым сообществам людей. Биохимические приспособительные реакции клеток и органов удивительно сходны независимо от характера воздействия. Это навело на мысль рассматривать "физиологический стресс" как ответ на любое предъявленное организму требование.

С какой бы трудностью не столкнулся организм, с ней можно справиться с помощью двух основных типов реакций: активной, или борьбы, и пассивной, или бегства из трудности, или готовности терпеть ее. Если в организм введен яд, бегство не возможно, но реакция все равно может быть двух типов: либо химическое разрушение яда, либо мирное сосуществование с ним. Равновесие устанавливается путем выведения яда из тела, либо организм научается игнорировать яд.

Природа предусмотрела бесчисленное множество способов, с помощью которых приказы атаковать яд или терпеть его передаются нашим клеткам на химическом языке. Исходя из своих исследований, Селье вывел понятие стресса:

Стресс есть неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование.

Чтобы понять это определение, нужно сперва объяснить, что мы подразумеваем под словом *неспецифический*. Каждое предъявленное организму требование в каком-то смысле своеобразно, или *специфично*. На морозе мы дрожим, чтобы выделить больше тепла, а кровеносные сосуды кожи сужаются, уменьшая потерю тепла с поверхности тела. На солнцепеке мы потеем, и испарение пота охлаждает нас. Если мы съели слишком много сахара и содержание его в крови поднялось выше нормы, мы выделяем часть и сжигаем остальное, так что уровень сахара в крови нормализуется. Мышечное усилие, например бег вверх по лестнице с максимальной скоростью, предъявляет повышенные требования к мускулатуре и сердечно-сосудистой системе. Мышцы нуждаются в дополнительном источнике энергии для такой необычной работы, поэтому сердцебиения становятся чаще и сильнее, повышенное кровяное давление расширяет сосуды и улучшается кровоснабжение мышц.

Каждое лекарство и гормон обладают специфическим действием. Мочегонные увеличивают выделение мочи, гормон адреналин учащает пульс и повышает кровяное давление, одновременно поднимая уровень сахара в крови, а гормон инсулин снижает содержание сахара. Однако, независимо от того, какого рода изменения в организме они вызывают, все эти агенты имеют и нечто общее. Они предъявляют требование к перестройке. Это требование неспецифично, оно состоит в адаптации к возникшей трудности, какова бы она ни была.

Другими словами, кроме специфического эффекта, все воздействующие на нас агенты вызывают также и неспецифическую потребность осуществить приспособительные функции и тем самым восстановить нормальное состояние. Эти функции независимы от специфического воздействия. Неспецифические требования, предъявляемые воздействием как таковым,- это и есть сущность стресса.

С точки зрения стрессовой реакции не имеет значения приятна или неприятна ситуация, с которой мы столкнулись. Имеет значение лишь интенсивность потребности в перестройке или в адаптации. Мать, которой сообщили о гибели в бою ее единственного сына, испытывает страшное душевное потрясение. Если много лет

спустя окажется, что сообщение было ложным, и сын неожиданно войдет в комнату целый и невредимым, она почувствует сильнейшую радость. Специфические результаты двух событий - горе и радость - совершенно различны, даже противоположны, но их стрессорное действие - неспецифическое требование приспособления к новой ситуации - может быть одинаковым.

Нелегко представить себе, что холод, жара, лекарства, гормоны, печаль и радость вызывают одинаковые биохимические сдвиги в организме. Однако дело обстоит именно так. Количественные биохимические измерения показывают, что некоторые реакции неспецифичны и одинаковы для всех видов воздействий.

Медицина долго не признавала существования такого стереотипного ответа. Казалось нелепым, что разные задачи, фактически все задачи, требуют одинакового ответа. Но если задуматься, то в повседневной жизни много аналогичных ситуаций, когда специфические явления имеют в то же время общие неспецифические черты. На первый взгляд трудно найти "общий знаменатель" для человека, стола и дерева, но все они обладают весом. Нет невесомых объектов. Давление на чашу весов не зависит от таких специфических свойств, как температура, цвет или форма. Точно так же стрессорный эффект предъявленных организму требований не зависит от типа специфических приспособительных ответов на эти требования.

Стресса не следует избегать. Впрочем, как явствует из определения, приведенного в начале главы, это и не возможно.

В обиходной речи, когда говорят, что человек "испытывает стресс", обычно имеют в виду чрезмерный стресс, или дистресс, подобно тому как выражение "у него температура" означает, что у него повышенная температура, то есть жар. Обычная же теплопродукция - неотъемлемое свойство жизни.

Независимо от того, чем вы заняты или что с вами происходит, всегда есть потребность в энергии для поддержания жизни, отпора нападению и приспособлению к постоянно меняющимся внешним воздействиям. Даже в состоянии полного расслабления спящий человек испытывает некоторый стресс, сердце продолжает перекачивать кровь, кишечник - переваривать вчерашний ужин, а дыхательные мышцы обеспечивают движения грудной клетки. Даже мозг не полностью отдыхает в периоды сновидений.

Физиологический компонент стресса.

Великий франц. физиолог Клод Бернар во второй половине XIX в. - задолго до того, как стали размышлять о стрессе,- впервые четко указал, что внутренняя среда (*milieu interieur*) живого организма должна сохранять постоянство при любых колебаниях внешней среды. Он осознал, что "именно постоянство внутренней среды служит условием свободной и независимой жизни".

50 лет спустя выдающийся американский физиолог Уолтер Б. Кеннон предложил название для "координированных физиологических процессов, которое поддерживают большинство устойчивых состояний организма". Он ввел термин "гомеостазис" (от древне-греческого *homoios* - одинаковый и *stasis* - состояние), обозначающий способность сохранять постоянство. Слово "гомеостазис" можно перевести как "сила устойчивости".

Объясним подробнее эти два важных понятия. Что означает "постоянство внутренней среды"? Все, что находится внутри меня, под моей кожей, - это моя

внутренняя среда. Собственно ткань кожи тоже относится к ней. Другими словами, моя внутренняя среда - это я сам или, во всяком случае, та среда, в которой живут мои клетки. Чтобы поддерживать нормальную жизнедеятельность, ничто внутри меня не должно сильно отклоняться от нормы. Если это случится, я заболею или даже умру.

Лабораторный подход к понятию неспецифичности.

Действительно ли существует неспецифическая приспособительная реакция? У больных, страдающих разными болезнями, так много одинаковых признаков и симптомов (стереотипный ответ организма на любую серьезную нагрузку). И при больших кровопотерях, и при инфекционных заболеваниях, и в случаях запущенного рака больной теряет аппетит, мышечную силу, всякое желание что-либо делать. Обычно он также теряет в весе, и даже выражение лица выдает его болезненное состояние. Селье назвал это болезненное состояние «синдромом болезни»

Каким образом разные раздражители приводят к одному результату?

Селье были проведены лабораторные эксперименты по исследованию механизма синдрома болезни. В экспериментах обнаружилось, что у крыс, которым впрыскивали неочищенные и токсичные вытяжки из желез, возникал независимо от того, из какой ткани были сделаны вытяжки и какие в них содержались гормоны, стереотипный набор одновременных изменений в органах. Этот набор (синдром) включал в себя увеличение и повышенную активность коры надпочечников, сморщивание (или атрофию) вилочковой железы и лимфатических узлов, появление язвочек желудочно-кишечного тракта.

Поскольку мы начали употреблять специальные термины, дадим объяснение некоторых из них:

Надпочечники - это железы внутренней секреции, расположенные над каждой почкой. Они состоят из двух частей: наружного слоя (кора) и внутреннего (мозговое вещество). Кора выделяет гормоны, именуемые *кортикоидами* (например, кортизон); мозговое вещество продуцирует адреналин и родственные ему гормоны, играющие важную роль в реакции на стресс. *Вилочковая железа, или тимус* (большой орган из лимфатической ткани, расположенный в грудной клетке), и лимфатические узлы (вроде тех, что в паху и под мышками) составляют единую систему, которую обычно называют тимолимфатическим аппаратом; он имеет отношение главным образом к иммунитету.

В экспериментах на животных вскоре выяснилось, что те же самые сочетания изменений внутренних органов, которые вызываются впрыскиванием вытяжек из желез, обнаруживаются также при воздействии холода и жары, при инфекциях, травмах, кровотечениях, нервном возбуждении и многих других раздражителях.

Таким образом, типичная триада реакции тревоги представляет следующую схему:

А – надпочечники;

Б – тимус (вилочковая железа);

В - группа из трех лимфатических узлов;

Г - внутренняя поверхность желудка.

После 1936 г. были выявлены добавочные, ранее неизвестные биохимические и структурные изменения организма в ответ на неспецифический стресс. Особое внимание врачи-клиницисты уделяли биохимическим сдвигам и нервным реакциям.

Успешно изучалась также роль гормонов в реакциях стресса. Теперь все признают, что экстренное выделение адреналина - это лишь одна сторона острой фазы

первоначальной реакции тревоги в ответ на стрессор. Для поддержания гомеостаза, то есть стабильности организма, столь же важна ось гипоталамус - гипофиз - кора надпочечников, которая участвует в развитии также многих болезненных явлений. Эта "ось" представляет собою координированную систему, состоящую из гипоталамуса (участок мозга в основании черепа), который связан с гипофизом, регулирующим активность коры надпочечников. Стрессор возбуждает гипоталамус (пути передачи этого возбуждения до конца не выяснены); продуцируется вещество, дающее сигнал гипофизу выделять в кровь адренокортикотропный гормон (АКТГ). Под влиянием же АКТГ внешняя корковая часть надпочечников выделяет кортикоиды. Это приводит к сморщиванию вилочковой железы и многим другим сопутствующим изменениям - атрофии лимфатических узлов, торможению воспалительных реакций и продуцированию сахара (легкодоступный источник энергии). Другая типичная черта стрессовой реакции - образование язвочек пищеварительного тракта (в желудке и кишечнике). Их возникновение облегчается высоким содержанием кортикоидов в крови, но автономная нервная система тоже играет роль в их появлении.

История ОАС (общего адаптационного синдрома) показывает, что ключом к реальному прогрессу было открытие объективных признаков стресса - увеличения надпочечников, атрофии вилочковой железы, желудочно-кишечных изъязвлений. Разумеется, всякое заболевание вызывает какую-то степень стресса, поскольку предъявляет организму требования к адаптации. В свою очередь стресс участвует в развитии каждого заболевания. Действие стресса наслаивается на специфические проявления болезни и меняет картину в худшую или лучшую сторону. Вот почему действие стресса может быть благотворным (при различных формах шоковой терапии физиотерапии и трудотерапии) или губительным - в зависимости от того, борются с нарушением или усиливают его биохимические реакции, присущие стрессу (например, гормоны стресса или нервные реакции на стресс).

Трехфазная природа стресса.

Этот воспроизведенный в эксперименте "синдром болезни", модель, поддающаяся количественной оценке. Влияние различных факторов можно сравнивать, например, по степени вызванного ими увеличения надпочечников или атрофии вилочковой железы. Эта реакция была впервые описана в 1936 г. Как "синдром, вызываемый различными вредоносными агентами", впоследствии получивший известность как *общий адаптационный синдром (ОАС)*, или *синдром биологического стресса*.

Три фазы общего адаптационного синдрома (ОАС)

А. Реакция тревоги. Первая стадия развития стресса - мобилизация по тревоге адаптационных возможностей организма. Автор концепции стресса предположил ограниченность адаптационных возможностей организма. «Ни один организм не может постоянно находиться в состоянии тревоги. Если агент настолько силен, что значительное воздействие его становится несовместимым с жизнью, животное погибает еще в стадии тревоги, в течение нескольких часов или дней. Если оно выживает, за первоначальной реакцией обязательно следует стадия резистентности» Под действием очень сильных стрессоров (тяжелые ожоги, крайне высокие и крайне низкие температуры) организм может погибнуть уже на стадии тревоги. Для реакции тревоги характерно уменьшение размеров тимуса, селезенки и лимфатических узлов, количества жировой ткани, появление язв желудка и кишечника, исчезновение эозинофилов в крови и гранул липидов

в надпочечниках, кровь сгущается, содержание ионов хлора в ней падает, происходит повышенное выделение азота, фосфатов, калия, отмечается увеличение печени и селезенки. Организм меняет свои характеристики, будучи подвергнут стрессу. Но сопротивление его недостаточно, и если стрессор сильный (тяжелые ожоги, крайне высокие и крайне низкие температуры), может наступить смерть.

Б. Фаза сопротивления. Если действие стрессора совместимо с возможностями адаптации, организм сопротивляется ему. Признаки реакции тревоги практически исчезают, уровень сопротивления поднимается значительно выше обычного. Эта фаза характеризуется практически полным исчезновением признаков реакции тревоги; уровень сопротивляемости организма значительно выше обычного. Если стрессор слабый или же прекратил свое действие, то стадия резистентности продолжается длительное время или организм приспосабливается, приобретая новые свойства. Эта вторая стадия сбалансированного расходования адаптационных резервов. Если стрессорный фактор является чрезвычайно сильным или же действует длительно, развивается стадия истощения.

В. Фаза истощения. На этой стадии наш организм посылает сигналы – призывы о помощи, которая может прийти только извне – либо в виде поддержки, либо в форме устранения стрессора, изнуряющего организм. Вновь появляются признаки реакции тревоги, но теперь они необратимы, что приводит к гибели организма, если вовремя не оказать необходимой помощи. Таким образом, после длительного действия стрессора, к которому организм приспособился, постепенно истощаются запасы адаптационной энергии. Вновь появляются признаки реакции тревоги, но теперь они необратимы, и индивид погибает.

Следует отметить одно обстоятельство ввиду его большого практического значения: трехфазная природа ОАО дала первое указание на то, что способность организма к приспособлению, или *адаптационная энергия*, не беспредельна. Холод, мышечные усилия, кровотечения и другие стрессоры могут быть переносимы в течение ограниченного срока. После первоначальной реакции тревоги организм адаптируется и оказывает сопротивление, причем продолжительность периода сопротивления зависит от врожденной приспособляемости организма и от силы стрессора. В конце концов, наступает истощение.

Мы до сих пор точно не знаем, что именно истощается, но ясно, что не только запасы калорий: ведь в период сопротивления продолжается нормальный прием пищи. Поскольку наступила адаптация, а энергетические ресурсы поступают в неограниченном количестве, можно ожидать, что сопротивление будет продолжаться как угодно долго. Но подобно неодоушевленной машине, которая постепенно изнашивается даже без дефицита топлива, человеческая машина тоже становится жертвой износа и амортизации. Эти три фазы напоминают стадии человеческой жизни: детство (с присущей этому возрасту низкой сопротивляемостью и чрезмерными реакциями на раздражители), зрелость (когда происходит адаптация к наиболее частым воздействиям и увеличивается сопротивляемость) и старость (с необратимой потерей приспособляемости и постепенным одряхлением), заканчивающаяся смертью. Подробнее поговорим об этом позже, когда коснемся стресса и старения.

Хотя у нас и нет строгого научного метода для измерения адаптационной энергии, эксперименты на лабораторных животных убеждают, что способность к адаптации не безгранична. Наши запасы адаптационной энергии сравнимы с унаследованным богатством: можно брать со своего счета, но нельзя делать дополнительные вклады. Можно безрассудно расточать и проматывать способность к адаптации, "жечь свечу с

обоих концов", а можно научиться растягивать запас надолго, расходуя его мудро и бережливо, с наибольшей пользой и наименьшим дистрессом.

Невозможно делать дополнительные вклады адаптационной энергии сверх унаследованного от родителей запаса. Однако каждый из личного опыта знает: после крайнего изнеможения от чрезмерно тяжелой дневной работы здоровый ночной сон (а после более тяжкого истощения - несколько недель спокойного отдыха) восстанавливает сопротивляемость и способность к адаптации почти до прежнего уровня. Я сказал "почти", ибо полного восстановления, по всей вероятности, не бывает, и любая биологическая деятельность оставляет необратимые "химические рубцы"; об этом мы расскажем в разделе "Стресс и старение".

Значит, необходимо отличать *поверхностную* адаптационную энергию от *глубокой*. Поверхностная адаптационная энергия доступна сразу, по первому требованию, как деньги в банке можно получить тотчас же, выписав чек. Глубокая же адаптационная энергия хранится в виде резерва, подобно тому, как часть нашего унаследованного богатства вложена в акции и ценные бумаги, которые нужно сперва продать, чтобы пополнить свой банковский счет и тем самым увеличить сумму, доступную для получения наличными. После целой жизни непрерывных расходов все вложения постепенно тают, если мы только тратим и ничего не накапливаем. Я вижу в этом сходство с необратимым процессом старения. Стадия истощения после кратковременных нагрузок на организм оказывается обратимой, но полное истощение адаптационной энергии необратимо. Когда ее запасы иссякают, наступают старость и смерть.

Виды стресса.

Г. Селье повседневной жизни человека выделяет два типа стресса: эустресс и дистресс; эустресс сочетается с желательным эффектом, это нормальный стресс, служащий целям сохранения и поддержания жизни; дистресс - патологический стресс, проявляющийся в болезненных симптомах. Дистресс всегда неприятен, он всегда связан с вредоносным стрессом.

Р. Лазарус ввел понятие *физиологического* и *психологического (эмоционального) стресса*. Физиологическими стрессорами являются крайне неблагоприятные физические условия, вызывающие нарушение целостности организма и его функций (очень высокие и низкие температуры, острые механические и химические воздействия). Психологическими стрессорами являются те воздействия, которые сами люди оценивают как очень вредные для своего благополучия. Это зависит от опыта людей, их жизненной позиции, нравственных оценок, способности адекватно оценивать ситуацию.

Психологический стресс подразделяется на стресс информационный и стресс эмоциональный.

Стресс информационный возникает в ситуациях информационных перегрузок, когда субъект не справляется с задачей, не успевает принимать верные решения в требуемом темпе — при высокой ответственности за последствия решений.

Стресс эмоциональный появляется в ситуациях угрозы, опасности, обиды и т.п. При этом различные его формы — импульсивная, тормозная, генерализованная — приводят к изменениям в протекании психических процессов, эмоциональным сдвигам, трансформации мотивационной структуры деятельности, нарушениям двигательного и речевого поведения.

Психологический стресс сопровождается чрезмерно повышенным эмоциональным напряжением. Характер стрессовой реакции зависит не только от оценки степени вредности стрессора данным человеком, но и от умения реагировать на него определенным образом. Человек способен научиться адекватному поведению в различных

стрессовых, экстремальных ситуациях (в аварийных ситуациях, при внезапном нападении и пр.).

Экстремальные ситуации делят на *кратковременные*, когда актуализируются программы реагирования, которые в человеке всегда «наготове», и на *длительные*, которые требуют адаптационной перестройки функциональных систем человека, иногда субъективно крайне неприятной, а подчас неблагоприятной для его здоровья.

При кратковременных сильных экстремальных воздействиях ярко проявляются симптомы стресса (быстрая мобилизация защитных механизмов организма, расходование поверхностных адаптивных резервов). При длительном экстремальном воздействии происходит постепенная мобилизация и расходование как поверхностных так и глубоких адаптационных резервов.

Стресс может оказывать и положительное, мобилизующее, и отрицательное влияние на деятельность — дистресс, вплоть до полной дезорганизации.

Влияние стресса на развитие психосоматических заболеваний.

Стресс является составной частью жизни каждого человека, и его нельзя избежать так же, как еды и питья. Он создает «вкус к жизни». Жизнь утрачивает свой вкус, если многие удовольствия могут быть получены очень легко, поскольку в этом случае стремительно падает мотивация к действию. Весьма важно и его поначалу стимулирующее влияние в сложных процессах воспитания и обучения. Но стрессовые воздействия не должны превышать приспособительные возможности человека, ибо в этих случаях возникает ухудшение самочувствия и даже заболевание — соматическое или невротическое. Остановимся немного подробнее на том, почему это происходит. Люди реагируют на одинаковые нагрузки по-разному. У одних — реакция активная. При стрессе эффективность их деятельности достаточно долго продолжает расти (так называемый «стресс льва»), а у других реакция пассивная, эффективность их деятельности быстро падает («стресс кролика»).

Характер реакции предопределяет возникающие вследствие стресса заболевания. Так, в беседе, в которой участвовало 88 врачей медицинского факультета Вашингтонского университета, выяснилось, что из 96 серьезных заболеваний, произошедших с ними за последние 10 лет, 90 приходились на год, непосредственно следовавший за потрясением. У кого из них было потрясение особо сильное, те заболели или получили травму быстрее — в течение 8 месяцев после него. Способы реакции на стрессоры аккумулируются в характере. Одни — доброжелательны, другие — нетерпимы и взрывчаты. Наблюдения показали, что из веселых и добродушных врачей, участвовавших в эксперименте, через 25 лет умерло только 2%, а из раздражительных и злых — 14% (вначале всем им было по 25 лет). Аналогично среди юристов: 4% и 20% соответственно. Таким образом, те, кто часто сердится и раздражается, рискуют потерять не только расположение друзей, но и жизнь. У них вырабатывается и поступает в кровь слишком много адреналина.

Обобщение клинических материалов привело врачей к выводу о том, что широкий круг стрессовых воздействий вызывает у людей по преимуществу гипертоническую и язвенную болезни и некоторые другие формы сосудистой патологии с глобальными или локальными проявлениями, такими как инфаркт, инсульт, стенокардия, сердечная аритмия, нефросклероз, спастический колит и т. д. Отметим, что ожирение и просто избыточный вес часто выступают как признаки неудовлетворенности в жизни, тогда процесс еды выполняет роль простейшего компенсатора.

Есть доказательства того, что у человека, постоянно подавляющего вспышки гнева, развиваются различные психосоматические симптомы. Во время гнева и ярости увеличивается содержание кислоты в желудке. Хотя подавленный гнев и не единственная причина этих заболеваний, показано, что он участвует в развитии ревматического артрита, крапивницы, псориаза, язвы желудка, мигрени, гипертонии. Многолетняя печаль также не проходит даром. Печаль, которая не проявляется в слезах, заставляет плакать другие

органы. По данным института терапии, в 80% случаях инфаркта миокарда ему предшествовала либо острая психическая травма, либо длительное психическое напряжение. Можно сказать, что при длительной фрустрации (фрустрация — в переводе с латыни — «тщетное ожидание»), т. е. состоянии дискомфорта, которое овладевает человеком, не имеющим возможности получить желаемое в будущем или потерпевшим фиаско в прошлом, могут развиваться некоторые стрессовые заболевания. При гнетущем неисполнении желаний чаще выявляются желудочно-кишечные расстройства, а при подавлении злости — тенденция к сексуальным дисфункциям. Страдания о прошлом чаще приводят к болезням сердца, а страх будущего и забота о нем — к заболеваниям печени.

Почему стресс вызывает соматические заболевания? Как уже было сказано, физиологические изменения при сильных эмоциях нередко связаны с избыточным энергетическим обеспечением — на непредвиденные обстоятельства. Не только физиологические перестройки при мобилизации резервов могут оказаться чрезмерными и истощающими, но и психологические установки и личностная позиция человека существенно влияют на его состояние. Врачи давно обратили внимание на связь преобладания конкретных эмоций с предрасположенностью к определенным заболеваниям. Так, М. И. Аствацатуров считал, что сердце чаще поражается страхом, печень — гневом и яростью, желудок — апатией и подавленным состоянием, а рвоты нарастают при беспокойстве.

Психологи и психиатры установили зависимость между соматическими заболеваниями человека и его личностными особенностями, а также психологическим климатом, в котором он живет и работает. Если человек стремится занять в коллективе место, не соответствующее его реальным возможностям, т. е. обладает повышенным уровнем притязаний, то он в большей мере подвержен развитию сердечно-сосудистой патологии. Хронические коронарные заболевания гораздо чаще встречаются у лиц с выраженной целеустремленностью, честолюбием и нетерпимостью к своему ближайшему окружению. Главной особенностью личности, страдающей гипертонией, является злопамятство — особенно хроническое. Вместе с тем обнаружено, что к гипертонии могут приводить и ситуации, которые не дают человеку возможности успешно бороться за признание собственной личности окружающими, исключая чувство удовлетворения в процессе самоутверждения. Если человека подавляют, игнорируют, то у него развивается чувство постоянного недовольства собой, не находящее выхода и заставляющее его ежедневно «проглатывать обиду». Эти данные позволяют, например, понять, почему среди негров США количество гипертоников в три раза больше, чем среди белого населения.

Для больных сердечно-сосудистыми заболеваниями типична завышенная самооценка, приводящая к таким особенностям личности, как индивидуализм, неудовлетворенность своим положением в жизни (профессией, должностью), конфликтность, пристрастие к «выяснению отношений». Это, как правило, люди сдержанные, скрытные, обидчивые, тянущиеся к другим, но трудно с ними сходящиеся. При неблагоприятной ситуации или заболев, они нередко порывают свои социальные связи, замыкаются на анализе своих субъективных ощущений, уменьшая не только количество контактов, но и делая их более поверхностными. Тогда для них становится характерной повышенная чувствительность к словесным раздражителям, особенно к порицаниям, уход от острых конфликтных ситуаций и от таких эмоциональных факторов, как дефицит времени, элементы соревнования.

По вероятности возникновения стресса профессии разделяются на более и менее опасные. (Максимально опасные — оцениваются в 10 баллов.) Сейчас их последовательность, по данным Манчестерского университета, такова: минеры — 8,3; полицейские — 7; журналисты — 7,5; хирурги — 7,4; стоматологи — 7,2; терапевты — 6,8; водители — 5,3; астрономы — 3,4. Английские психологи получили следующую

последовательность: шахтеры — 8,3; полицейские — 7,7; учителя — 6,2. Замыкают список работники музея — 2,8 и библиотекари — 2,0.

Для изучения условий влияния травмирующих ситуаций были разработаны экспериментальные модели развития ряда заболеваний на животных. Возникающие при этом у животных болезни, хотя и не полностью эквивалентны человеческим, тем не менее, способствуют изучению механизмов и способов профилактики у людей. С их помощью выявлен ряд причин, приводящих к гипертонии и другим заболеваниям. Приведем несколько примеров подобных исследований. Если поместить клетку с кошкой в помещение с собакой и содержать ее (в непосредственной близости) некоторое время, у кошки возникает гипертония. Если вожака стада обезьян, который по своему статусу обычно ест раньше стада, отделить и несколько недель у него на глазах раньше кормить стадо, а потом его, то и у него развивается гипертония.

В экспериментах Портера и Брэди двух обезьян помещали рядом на специальных стульях, ограничивающих движение. Перед каждой находился рычаг. Обе обезьяны одновременно получали короткий удар электрического тока в ноги, регулярно через 20 секунд. Они могли избежать удара, если первая (ответственная) нажимала на рычаг (у второй рычаг не подключался к цепи). Ответственная обезьяна научилась нажимать рычаг, а вторая не обращала на него внимания. Уже через час после начала эксперимента в желудке обезьян начиналось усиленное выделение соляной кислоты. Через 23 дня в режиме «шесть часов токового воздействия — шесть часов перерыва» ответственная обезьяна умерла от язвы 12-перстной кишки. К этому времени у второй (безответственной) отчетливых признаков нездоровья не обнаружили, хотя она получила такое же количество ударов, что и первая.

Проводился и такой эксперимент: животные (крысы) испытывали голод и жажду, хотя в клетке находились и пища, и вода, но, чтобы их достичь, нужно было преодолеть решетку, через которую пропускали электрический ток. Вид пищи и воды и невозможность их получить являлись источником постоянного стресса. Через 30 дней обнаружили язвы у 76% животных экспериментальной группы, в то время как у животных контрольной группы, страдавших от голода и жажды в течение такого же периода, но не имевших в клетке пищи и воды и поэтому не испытывающих танталовых мук, эти явления наблюдались только в 20% случаев.

Факторы стрессоустойчивости.

Чувствительность человека к психотравмам определяется уровнем его стрессоустойчивости. Под стрессоустойчивостью понимают такой набор личностных черт, который определяет устойчивость человека к различного вида стрессам. Стрессоустойчивость состоит из трех компонентов: ощущения важности своего существования; чувства независимости; способности влиять на собственную жизнь (открытость и интерес к изменениям, отношение к ним не как к угрозе, а как к возможности развития). Стрессоустойчивость зависит от самого человека, от желания и умения пользоваться теми или иными приемами психической саморегуляции.

Говоря о физиологических предпосылках стрессоустойчивости, следует подчеркнуть, что особую роль играет состояние эндокринной системы и хорошая физическая форма. Вместе с тем существует предрасположенность к стрессовым реакциям людей, характеризующихся определенными эмоциями: гневом, враждебностью и агрессивностью.

На индивидуальную чувствительность человека к травмам оказывают влияние следующие факторы: пол, возраст, уровень интеллектуального развития, актуальная структура личности (наличие таких свойств, как зрелость-незрелость, гиперчувствительность, зависимость, склонность к чрезмерному контролю, стремление подавлять эмоции, склонность выступать в роли жертвы, стремление к удержанию травматического опыта) способствует усилению поражающего эффекта и травмы, т.е.

указывает на низкую толерантность к стрессу. Таким же фактором является генетическая предрасположенность – физиологическое состояние в момент получения травмы, особенно при истощении, нарушении сна и питания. Некоторые питательные вещества напрямую связаны со стрессом. Существует группа пищевых питательных веществ, которые имитируют стимуляцию симпатической нервной системы – это кофе, кола, чай и шоколад, который содержит кофеин, никотин, содержащийся в табаке. Эти вещества усиливают метаболизм, провоцируют тревожность и приводят к выделению гормонов стресса, которые повышают ритм сердечных сокращений и артериальное давление, а так же способствуют усиленному реагированию нервной системы на раздражители, вследствие чего увеличивается вероятность возникновения стрессовой реакции.

Стресс также связан с витаминами. Выделение кортизола (гормона стресса, выделяемого корой надпочечников) требует использования витаминов. Поэтому при хроническом стрессе может возникнуть дефицит витаминов, поступающих к нам в организм вместе с пищей. В большей степени это касается витаминов В (тиамина, рибофлавина, ниацина) и витамина С. дефицит этих витаминов вызывает беспокойство, депрессию, бессонницу, мышечную слабость и расстройства желудка. Поскольку эти витамины используются для выработки гормонов надпочечников, их дефицит снижает способность человека адекватно реагировать на стресс.

Кроме того, имеются сведения о связи между индивидуально-психологическими и личностными особенностями и устойчивостью к стрессовым ситуациям. Так, К. Л. Купер и Дж. Маршал приводят следующие данные:

- экстраверты более адаптивны и лучше ориентируются в жизни, чем интроверты;
- «ригидные» и «подвижные» различаются в оценке стрессогенных ситуаций: первые больше реагируют на неожиданности в работе, исходящие от руководства и испытывают зависимость от других людей, а вторые, будучи более открытыми, влиянию других людей, легко оказываются перегруженными;
- ориентированные на достижения показывают более высокую независимость и включенность в работу, чем ориентированные на безопасность.

Предпосылками низкой толерантности к стрессу являются тревожность, гиперчувствительность, ригидность, отсутствие социальных навыков. Возникающие на фоне стресса проявления (неуверенность, непродуктивность) вызывают еще более глубокий дискомфорт: увеличения напряженности, возникновения избегания, повышения чувствительности к критике, возникновения бесплодности усилий, замкнутости.

Биологическая необходимость активности.

Бездействующие мышцы, мозг и другие органы теряют работоспособность. Для "поддержания формы" нужно упражнять ум и тело. Кроме того, бездельность закрывает все пути для реализации врожденного стремления творить, созидать. Это приводит к нервному напряжению и чувству неуверенности из-за бесцельности существования. Назвать ли деятельность изнурительным трудом или развлекательной игрой - зависит от нашего отношения к ней. Следует, по крайней мере "быть на дружеской ноге" со своей работой, а в идеальном случае желательно найти себе "игровую профессию", как, можно более приятную, полезную и созидательную. Это будет наилучшей отдушиной - предохранительным клапаном - для самовыражения, а также для предотвращения неразумных вспышек насилия или бегства в воображаемую жизнь с помощью наркотиков. Таков удел человека, у которого рушится система мотивации из-за отсутствия приемлемой цели. В поисках достойной задачи вспоминайте мое двустишие: "Стремись к самой высшей из доступных тебе целей и не вступай в борьбу из-за безделиц". Упорная работа ради того, к чему вы действительно стремитесь, не принесет вреда. Но удостоверитесь, что к этому стремитесь именно вы, а не только ваше общество, родители, учителя или соседи и что вы в состоянии выйти победителем.

Помните также, что в большинстве случаев переключение с одной деятельности на другую - лучший отдых, чем полный покой. Ничто так не изнуряет, как бездеятельность, отсутствие раздражителей и препятствий, которые предстоит преодолеть.

Врачам приходилось видеть бесчисленное множество пациентов, страдавших от выводящей из строя мучительной и неизлечимой болезни. Кто искал облегчения в полном покое, страдал больше всего, потому что не мог не думать о безнадежном будущем, Кто оставался деятельным как можно дольше, черпал силу в решении повседневных мелких житейских задач, которые отвлекали от мрачных мыслей. Ничто так не помогает больному, как целебный стресс отвлечения внимания.

Лекарства от стресса

Можно использовать транквилизаторы, однако они часто имеют неблагоприятные эффекты в виде сонливости, апатии, замедленной реакции, мышечной слабости, снижения работоспособности и памяти, привыкания и даже депрессии. Другим же классом препаратов являются безопасные аминокислоты. Это, в частности, глицисед.

Глицисед содержит аминокислоту глицин, которая проявляет естественное антистрессовое и успокаивающее действие, улучшает обменные процессы в головном мозге, активизирует память и внимание, борется с депрессией, нормализует сон и защищает клетки головного мозга от повреждающего действия токсических веществ. И главное - не вызывает сонливости и заторможенности. То есть принимать глицисед можно и на работе и за рулем.

Для выбора лекарственного препарата и определения режима его дозирования необходимо обращаться только к квалифицированному специалисту - лечащему врачу или фармацевту.

Признаки стрессового напряжения

(в свободной интерпретации, по Шефферу)

1. Невозможность сосредоточиться на чем-либо.
2. Слишком частые ошибки в работе.
3. Ухудшение памяти.
4. Слишком частое возникновение чувства усталости.
5. Очень быстрая речь.
6. Довольно частые боли (голова, спина, область желудка).
7. Повышенная возбудимость.
8. Работа не доставляет прежней радости.
9. Потеря чувства юмора.
12. Постоянное ощущение недоедания.
13. Пропадает аппетит, вообще потерян вкус к еде.
14. Невозможность вовремя закончить работу.

Причины стрессового напряжения

(в свободной интерпретации, по Буту)

1. Гораздо чаще Вам приходится делать не то, что хотелось бы, а то, что обязанности.
2. Вам постоянно не хватает времени, не успеваете ничего сделать.
3. Вас постоянно что-то или кто-то подгоняет, вы постоянно куда-то спешите.
4. Вам начинает казаться, что все окружающие зажатые в тисках какого-то напряжения.
5. Вам постоянно хочется спать, никак не можете выспаться.
6. Вы видите чересчур много снов, особенно когда устали за день.
9. Вам почти ничто не нравится.
10. Дома, в семье, на учебе, на работе у вас постоянные конфликты.
11. Постоянно ощущаете неудовлетворенность жизнью.
12. Влезаете в долги, даже не зная, как с ними расплатиться.

13. У вас появляется комплекс неполноценности.
14. Вам не с кем поговорить о своих проблемах, да и нет особого желания.
15. Вы не чувствуете уважения к себе ни дома, ни на учебе, ни на работе.

ТЕМА ЗАНЯТИЯ №8.

СОВРЕМЕННЫЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ И ТЕХНОЛОГИИ ОБУЧЕНИЯ.

Цель занятия: изучить основные современные педагогические методы и технологии обучения и воспитания. Самообразование, самообучение, саморазвитие, цели и задачи непрерывного медицинского образования. Формирование готовности к непрерывному самообразованию, повышению квалификации, личностное и профессиональное самоопределение в процессе обучения медицинского работника. Современные подходы к организации учебного процесса в медицинском вузе. Индивидуальные технологии в медицине. Метод проектов ознакомить с основными требованиями и параметрами выполнения проектов.

Место проведения: аудитория.

Студент должен знать:

1. Задачи непрерывного медицинского образования.
2. Формы обучения непрерывного медицинского образования.
3. Метод непрерывной подготовки.
4. Контроль и оценка результатов обучения.
5. Способ достижения дидактической цели через детальную разработку проблемы (технологию выполнения)
6. Практическую, дидактическую, познавательную значимость предполагаемых результатов.
7. Структурирование созидательной части проекта. Требования к оформлению проекта.

Студент должен уметь:

1. Использовать свою способность к действию и развитию ценностно-смыслового отношения к профессии и профессиональному становлению.
2. выполнить проект по определенной тематике.

Темы проектов, рефератов:

1. Структура личности, самосознание и развитие личности. Личность врача и пациента.
2. Индивидуальные и возрастные особенности личности.
3. Роль общения в практической деятельности врача.
4. Анализ конфликтов во врачебной практике.
5. Построение медико-педагогических программ.
6. Типология личности студента.
7. «Я»- концепция и самооценка студента.
8. Факторы, влияющие на учебную мотивацию.
9. Методы исследования учебной мотивации.
10. Индивидуальные особенности мыслительных процессов учащихся.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Педагогика в медицине : учеб. пособие под ред. Н.В.Кудрявая М.: Академия,2006 <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425022.html>
2. Клиническая психология: учебник Сидоров П.И. Парняков А.В. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2008. <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970414071.html>

3. Педагогическая наука. История и современность: учебное пособие Лукацкий М.А. М.: ГЭОТАР -Медиа, 2012 <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970420874.html>

Дополнительная литература:

1. Психология взаимоотношений врача и пациента: учеб. Пособие Ларенцова Л.И., Смирнова Н.Б. М.: ГЭОТАР -Медиа, 2014
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970429358.html>
2. Медицинская психология: учеб пособие Тюльпин Ю.Г. СМ.: Медицина, 2004
3. Общая психология. Маклаков А.Г. СПб., Питер, 2007
4. Психология развития. Словарь 6 т. Под.ред. А.Л. Венгера М.: ПЕРСЭ, 2006
5. Психология управления. Лекции: учеб. Пособие Творогова Н.Д. М.: ГЭОТАР -Медиа, 2008 <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970429358.html>
6. Психология управления. Практикум: учеб. пособие Творогова Н.Д. М.: ГЭОТАР -Медиа, 2008 <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970429358.html>
7. Психология : учеб.-метод. пособие для студентов медицинских вузов. Под ред. А. С. Татров. М.: Академия естествознания, 2010
8. Педагогические технологии в медицине: учеб. пособие Романов М.Г., Сологуб Т.В.М.: ГЭОТАР -Медиа, 2007 2010.
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970404997.html>

Контрольные вопросы:

1. Какие этапы непрерывного образования вы можете запланировать для себя уже в ходе обучения в вузе? Назовите шаги, которые можно было бы предпринять по реализации этого плана (выбрать научный кружок и стать членом СНО, пройти практику в клинике интересующего профиля и др.).
2. Какие программы дополнительного образования интересуют вас с точки зрения конкурентоспособности на рынке труда, а какие — с позиции личностного развития?
3. Перечислите формы и методы обучения и контроля его результатов в системе непрерывного образования, которые вам уже известны.
4. Возможно ли, на ваш взгляд, сочетать обучение в медицинском вузе с самообразованием в другой, далекой от медицины, области?
5. Какие «вызовы» времени или запросы работодателей могли бы заставить вас отказаться от выбранной специальности и начать все «с чистого листа»?

Содержание занятия

Концепция образования за последние годы существенно изменилась. В начале XX в. обновление знания происходило каждые 20 — 30 лет, и общество не так остро чувствовало недостаток новейших знаний при сохранении неизменной системы образования.

Сейчас знания обновляются, по мнению экспертов, на 15% в год, т.е. полностью каждые 6 лет. И традиционно существующие системы базового образования, в силу инертности, не успевают за изменениями мира и увеличивающиеся потоком научной информации. Как следствие, молодое поколение после окончания вуза и получения профессионального образования в 23 — 25 лет является носителем уже устаревших знаний. В последующие годы профессионалу предстоит занять свое место в обществе, сделать карьеру. Это требует от человека значительных усилий и, достигнув высокого общественного положений, он становится специалистом, не владеющим современными знаниями.

Новое поколение оказывается еще быстрее вытесненным следующей генерацией молодых специалистов, владеющих более современными технологиями и подходами к решению научных и прикладных задач во всех сферах жизни общества.

Таким образом, пока система и технологии образования будут отставать от темпов обновления знаний, продуктивная профессиональная жизнь поколения неизбежно будет сокращаться. Вместе с тем перед обществом с каждым годом возникает множество ранее неизвестных острых проблем, требующие для своего решения знаний, творческого подхода, способности к поиску. Все это указывает на особое значение человеческих ресурсов и системы непрерывного образования в течение всей жизни как ведущего фактора общественного развития. Непрерывное «образование совмещается с основным видом деятельности профессионала в сфере науки, производства, обслуживания.

Главная задача непрерывного образования — создание условий, предпосылок, позволяющих обеспечить увеличение продолжительности активной творческой жизни человека, максимальное и эффективное использование опыта, интеллектуальных ресурсов и личностного потенциала человека в течение всей его жизни.

Система непрерывного образования призвана способствовать профессиональному и личностному росту специалиста.

Ее *цели* продиктованы профессиональными и личными потребностями, профессиональными и должностными функциями, социальным статусом, учетом требований общества к развитию отрасли и уровню деятельности современных специалистов.

В *задачи* системы непрерывного медицинского образования входит:

- развитие профессиональной компетентности и достижение профессиональной зрелости как вершины развития личностного потенциала специалиста;
- подготовка квалифицированных кадров для развивающихся областей медицинской науки и практики, что предусматривает выполнение ими новых функций;
- обеспечение кадрового роста и карьеры специалистов и реализация установленной в законодательном порядке связи между назначением на должность, аттестацией на квалификационную категорию и уровнем оплаты труда;
- устранение недостатков базовой профессиональной подготовки, внесение дополнений и корректив в теоретическую и практическую подготовку специалистов, преодоление сложившихся стереотипов профессиональной деятельности;
- развитие инновационных процессов в профессиональной деятельности и готовности специалистов к творческой реализации открытий и новаций из области передовой науки и практики;
- формирование у специалиста способности предвидеть будущие проблемы профессиональной деятельности и разрабатывать опережающие модели их решения.

Содержание непрерывного медицинского образования

Содержание непрерывного медицинского образования опирается на указанные цели и реализуется в дополнительных профессиональных образовательных программах, которые разрабатываются на основе государственных требований к минимуму содержания и уровню подготовки специалистов для получения дополнительной квалификации.

Этими программами предусмотрены:

- интегрированные профессиональные знания и навыки, обеспечивающие осмысление важнейших ценностей, системы профессиональных целей и задач и способов их решения, собственных потребностей в профессиональном росте и развитии;
- опыт самопознания для развития способности к рефлексии в профессиональной деятельности и освоению технологии непрерывного образования и самообразования;
- навыки построения собственного индивидуального стиля профессиональной деятельности на основе нового видения ее задач и овладения специалистом профессиональной культурой в результате реализации осознаваемых и принятых гуманистических ценностей.

Непрерывное медицинское образование не сводится к совокупности профессионально обусловленных знаний, умений, навыков, а включает широкий взгляд на профессиональную область и на самого медицинского работника как действующего специалиста, принимающего в ней ответственные решения.

Оно отражает общечеловеческие идеи и ценности врачевания, духовно-нравственные ориентации, концептуальные знания об универсальных способах постижения клинического мышления, гуманистических технологиях профессиональной деятельности, в основе которой реализуется позиция помощи.

Концепция непрерывного образования расширяет взгляд обучающегося на самого себя и свою способность к социальному действию благодаря развитию ценностно-смыслового отношения к профессии и профессиональному становлению, рефлексии опыта как своего собственного, так и своих коллег, в том числе опыта врачебных ошибок, способов их предотвращения и преодоления их последствий. Включение запросов и проблем, которые постоянно ставит перед врачом сама жизнь, расширяет и обогащает медицинское образование привнесением в него личных и профессиональных достижений обучающихся, что в свою очередь приводит к возможности учета их интересов и потребностей при проектировании всего учебного процесса.

Основные формы обучения

Система непрерывного медицинского образования предусматривает две основные формы, выделение которых обусловлено разными задачами — последипломное образование и образование дополнительное.

Последипломное образование ориентировано на обучение на рабочем месте, подготовку специалиста для конкретного учреждения, предприятия, организации. Оно осуществляется в виде:

а) адаптационного образования (интернатуры, ординатуры) — приобретение опыта выполнения нормативной профессиональной деятельности в условиях конкретного медицинского учреждения, ознакомление с режимом и условиями труда;

б) повышение квалификации (краткосрочное обучение один раз в 5 лет) — освоение профессионально-образовательных программ, в которые включены сведения о новых способах решения профессиональных задач, обновлении техники и технологии; создает условия для профессионального роста и обеспечивает повышение конкурентоспособности специалиста на рынке труда.

Дополнительное образование предусматривает получение новой или смежной профессии в специальных образовательных центрах или вузах с целью расширения возможностей специалиста и повышения конкурентоспособности. Эти задачи реализуются в виде:

- а) профессиональной переподготовки на основе программ двух типов — совершенствование знаний в рамках прежней или смежной специальности для выполнения нового вида профессиональной деятельности (так, дипломированный врач становится врачом-педагогом, если осваивает образовательную программу объемом 600 ч), переквалификация специалистов (второе высшее образование) — освоение новой специальности, дополнительной квалификации (врачу может быть присвоена новая квалификация «Преподаватель высшей школы» при освоении им образовательной программы объемом свыше 1000 ч);
- б) повышения квалификации (периодическое курсовое обучение);
- в) стажировки;
- г) самообразования.

Последипломное медицинское образование обязательно для всех дипломированных выпускников медицинских вузов.

Интернатура — необходимый этап послевузовской профессиональной подготовки для специалистов с высшим медицинским и фармакологическим образованием.

Обучение в интернатуре проводится на базе учреждений практического здравоохранения. По ее окончании выпускник сдает квалификационный экзамен.

Подготовка интерна строится по индивидуальному плану, разработанному его руководителем на основании типовых учебных планов и образовательных профессиональных программ по специальностям. Результаты выполнения индивидуального плана и программы фиксируются в дневнике интерна; руководитель ежедневно их анализирует, оценивает и подписывает. За время обучения проводится тестовый контроль знаний и умений интерна по всем разделам программы. В этой работе участвуют и высказывают свои суждения преподаватель, курирующий обучение интернов на данной базе, главный специалист органа управления здравоохранения, заведующий отделением базового учреждения.

По окончании подготовки интерн, выполнивший план и программу обучения, выдержавший квалификационный экзамен, получает удостоверение об окончании интернатуры и сертификат специалиста. Тот, кто не сумел сдать квалификационный экзамен, получает удостоверение об окончании интернатуры и справку, дающую право на повторный экзамен, сроки которого определяются экзаменационной квалификационной комиссией.

Клиническая ординатура является частью многоуровневой системы высшего медицинского образования, непрерывного профессионального образования врачей в высших учебных заведениях, научно-исследовательских учреждениях, институтах усовершенствования врачей. Цель данной формы образования — подготовка или переподготовка специалистов отрасли, а также повышение их квалификации по конкретной врачебной специальности. Обучение в клинической ординатуре осуществляется с отрывом от должностной занятости на основном месте работы. Его продолжительность не менее двух лет. Зачисление в ординатуру происходит по результатам экзамена и собеседования на основании конкурса. Без экзамена к конкурсу допускаются стажированные врачи, имеющие дипломы с отличием, члены студенческого научного общества.

Подготовка клинических ординаторов строится по индивидуальному плану, разработанному совместно с куратором (сотрудником кафедры, ответственным за подготовку ординатора); предусмотрено прохождение производственной практики (в частности, план подготовки предусматривает два дежурства в месяц).

Индивидуальный план включает сдачу зачетов по разделам основной специальности и по смежным дисциплинам, отчеты на конференциях кафедры не реже одного раза в год, аттестацию по всем аспектам подготовки за каждый год обучения.

По окончании ординатуры и сдачи квалификационного экзамена выдается соответствующее удостоверение и сертификат врача-специалиста. Ординаторы, не выполнившие индивидуальный план в указанные сроки, отчисляются из ординатуры приказом ректора.

Необходимость дополнительного профессионального образования как переподготовки специалистов-медиков обусловлена требованиями времени: появлением страховой, семейной медицины, совершенствованием сферы медицинских услуг, развитием новых областей практики на границе разных специальностей в сфере здравоохранения. Нередко в качестве второго высшего образования врачи получают экономическое, юридическое, педагогическое, психологическое образование, подготовку в области информационных технологий и менеджмента.

1) Профессиональная переподготовка осуществляется в двух направлениях для выполнения нового вида профессиональной деятельности;

2) для получения дополнительной квалификации.

Выполнение *нового вида профессиональной деятельности* предполагает освоение дополнительной образовательной программы, построенной на основании

квалификационных требований к конкретным профессиям или должностям и с учетом потребностей заказчика (например, клиники, отделения).

Присвоение дополнительной квалификации базируется на овладении дополнительными профессиональными программами обучения, составленными с учетом Государственных требований к минимуму содержания и уровню подготовки, предъявляемых к такому специалисту. Эти требования установлены для реализации единой политики в области дополнительного профессионального образования.

Особое место в непрерывном медицинском образовании занимает система повышения квалификации — углубление, систематизация и обновление профессиональных знаний, развитие практических умений в связи с ростом требований к уровню квалификации, а также необходимостью овладения новыми способами решения выдвигаемых современностью профессиональных задач.

Задача системы повышения квалификации состоит в обеспечении соответствия между постоянно меняющимися социальными требованиями к личности, профессиональной компетентности и готовностью специалистов к выполнению этих требований на высоком профессиональном и должностном уровне (соответствие функциональных обязанностей и прав, границ ответственности реализуемых должностных функций).

В системе повышения квалификации выделяются следующие формы:

- краткосрочное (до 72 ч) тематическое обучение по конкретным проблемам;
- тематические и проблемные семинары (от 72 до 100 ч) по актуальным проблемам профессиональной деятельности;
- длительное (курсовое — свыше 100 ч) обучение руководителей на основе программы их профессионально-личностных достижений (разработка моделей и анализ результатов реализации в практической деятельности новых способов решения профессиональных и должностных проблем).

Краткосрочные и длительные программы повышения квалификации, как правило, взаимосвязаны, что позволяет специалисту осваивать и совершенствовать способы и технологии непрерывного образования.

Формами дополнительного профессионального образования также являются стажировка и самообразование.

Стажировка включает освоение и применение на практике профессиональных и организаторских знаний и навыков для выполнения профессиональных обязанностей. Она осуществляется на рабочем месте в виде наставничества, курсовой доподготовки и супервизорства. И наставничество, и супервизорство предполагают работу под руководством опытного специалиста, который оказывает профессиональную помощь и поддержку с целью сокращения сроков социальной и профессиональной адаптации специалиста к новому уровню квалификационных требований.

Самообразование реализуется по индивидуальной образовательной программе и предполагает самостоятельное проектирование специалистом образовательного пространства, выстраивание индивидуальной учебной траектории, управление собственной образовательной деятельностью. «Образовательное пространство определяется как "место" в социуме, где задаются связи и отношения и осуществляются деятельности различных систем (государственных, общественных) по развитию индивида и его социализации». Образовательная инфраструктура служит основой для формирования взаимодействия между сферой образования и другими социальными сферами, содействует созданию возможностей и условий, которые необходимы специалисту для профессионального становления. Индивидуальная образовательная траектория отражает последовательность освоения предусмотренной программы обучения, которая не задается нормативно, а самостоятельно определяется обучающимся на основе собственных целей. Одним из наиболее распространенных видов самообразования является экстернат.

Методы и средства подготовки

Методы и средства, используемые в системе непрерывного медицинского образования, учитывают особенности обучения взрослых профессионалов и инновационные подходы.

При наличии очных (с отрывом от работы) и заочных (дистантных — без отрыва от работы) форм обучения и возможностей их сочетания создаются оптимальные условия для достижения целей совершенствования и саморазвития специалистов. Использование интернет-технологий позволяет индивидуализировать процесс обучения по многим параметрам — вариантам работы с информацией, получению обратной связи, формированию индивидуальных образовательных траекторий.

Используемые при этом лично ориентированные и инновационные методы обучения направлены на анализ и философское осмысление, рефлексии и уточнение основных подходов к собственной профессиональной деятельности. Результаты такого анализа приводят к выявлению и уточнению условий для проектирования профессиональной деятельности, построению индивидуальных образовательных траекторий и в целом к осуществлению непрерывного профессионально-личностного развития. Отметим наиболее распространенные из этих методов.

Интернет-технологии с организацией самостоятельной работы слушателей (знакомство с теоретическими материалами, выполнение контрольных работ и творческих заданий) и тьюто-риалами — периодическими встречами преподавателя-консультанта с группой слушателей для обсуждения в диалоге теоретического материала, изученного самостоятельно, проверка компетентности применения теоретических знаний в решении практических профессиональных задач.

Игровые технологии, используемые для создания моделей деятельности и решения на их основе проблем в сюжетно-ролевых, организационно-деятельностных, имитационных играх, направленных на развитие опережающих умений и навыков.

Интерактивные методы, содействующие «погружению» в решение профессиональных проблем, использующие сюжетно-ролевые, организационно-деятельностные, имитационные игры. Они позволяют проводить диагностику проблем на основе экспертных оценок, взаимо- и самооценок, осуществлять участие в мастер-классах, проводить защиты проектов.

Применение указанных методов создает условия для анализа профессионального опыта и выработки у слушателей самостоятельной позиции при решении задач и проблем (упражнения в анализе, планировании и организации собственных действий), предложенных в обучении. Кроме того, отрабатываются и взаимодействия, и коллективный критический анализ вариантов решения. Все это приводит к обретению новых профессиональных установок, ценностных ориентации, осмыслению своего профессионального долга, позволяет противостоять устоявшимся стереотипам и профессиональным деформациям.

Контроль и оценка результатов обучения

Результаты освоения программ непрерывного профессионального образования отражают степень и качество достижения целей обучения. Их фиксация и проверка осуществляются на основе специально разработанных средств контроля познавательной деятельности — педагогической диагностики.

В структуре образования контроль выполняет несколько функций — мотивационную, обучающую, оценочную (измерительную) и коррекционную. Традиционно выделяют следующие этапы контроля: исходный уровень, текущий, рубежный и итоговый. Все они предполагают рефлексию обучаемым собственного опыта, оценку им создаваемых учебных продуктов (проектов), в которых он демонстрирует владение опережающими умениями и навыками, отражающими новый уровень его компетентности.

В системе непрерывного медицинского образования применяются различные модели контроля и оценки степени компетентности специалиста.

Контроль исходного уровня предшествует обучению и направлен на выявление имеющегося уровня и соотнесение его с требуемым для данного этапа обучения. Кроме того, он предусматривает владение обучаемым необходимыми знаниями и компетенциями, что позволяет ему самому видеть, чему он должен научиться, сформулировать личные цели и соотнести их с заявленными в программе. Уточненные представления о реальной степени владения учебным материалом помогают определить образовательные потребности обучающихся, разработать стратегию обучения, направленную на удовлетворение их потребности в самосовершенствовании. Следует подчеркнуть, что данный вид контроля несет также мотивирующую функцию, повышает ответственность и заинтересованность личности в реальных результатах обучения.

Текущий контроль в большей степени служит задачам обучения и коррекции, формирования новых и совершенствования имеющихся профессиональных умений и соответствующих им знаний. По ходу выполнения учебных заданий проверяется правильность выполнения осваиваемых действий и проводится необходимая их коррекция. Текущий контроль предусмотрен при прохождении каждой темы или раздела дисциплины.

Рубежный контроль осуществляется по завершении изучения определенной дисциплины, проблемного блока, модуля или зачетной единицы и выполняет оценочную функцию: выявляет реальный уровень достижений обучаемого, объем и качество владения материалом, фиксирует результаты, т.е. достижение целей обучения по данной дисциплине, показывая, какие цели еще не достигнуты, а какие требуют лишь некоторой корректировки. Уточнив реальные знания и обозначив пробелы в усвоении конкретных разделов программы или недостаточное владение навыками и умениями, необходимыми для решения профессиональных или социальных задач, обучаемый уточняет прежние и ставит перед собой новые или дополнительные учебные задачи.

Итоговый контроль проводится в конце всего курса обучения и служит оценке и подтверждению нового уровня квалификации или компетенции в выполнении осваиваемых видов деятельности. Этот вид контроля обладает дополнительной важной функцией — отслеживания и определения личностных изменений, произошедших в процессе обучения: изменения ценностных установок, мотивации, осознания значимости и смысла своей деятельности, понимания ее новых целей и задач, видения своих возросших возможностей и перспектив как личности и как профессионала.

Методы и процедуры контроля и оценки результатов непрерывного образования призваны отражать не формальную, а реальную картину (и качество) достижений обучаемых, создавать условия для сопоставления достигнутого с особенностями организации учебного процесса, что позволяет намечать пути его совершенствования и оптимизации.

Критерии оценивания должны обсуждаться совместно педагогом и слушателями и точно соответствовать целям и содержанию обучения, т.е. оценивать именно то, чему обучали, и в формах, соответствующих условиям их практического применения. Привлечение самих учащихся к обсуждению их достижений помогает им лучше осознавать изученный материал, формирует у них навыки самоконтроля, учит выявлять сильные и слабые стороны своей деятельности, самим находить пути совершенствования обучения. В наибольшей степени указанным целям соответствуют методы, формирующие умения анализировать, сопоставлять, корректно формулировать вопросы, правильно обосновывать ответы, аргументировать высказывания. Для выявления уровня овладения знаниями и навыками используются как учебные ситуации (доклады и сообщения на семинаре, ролевые игры, разбор и анализ конкретных случаев, групповые дискуссии), так и демонстрация умения применять приобретенные знания при решении реальных профессиональных задач и проблем. Для оценки уровня владения практическими

навыками используются выполнение упражнений или просмотр их видеозаписи, которая в дальнейшем анализируется и оценивается экспертами.

Применение новых методических подходов при организации контроля в непрерывном медицинском образовании связано с расширением репертуара учебных задач — с переходом от задач репродуктивных, направленных на воспроизведение готовых решений, к задачам творческим, продуктивным, а также с введением различных форм совместной деятельности при решении учебных задач. Осуществляемое при этом сотрудничество обучаемых друг с другом, с преподавателем и с экспертами обеспечивает расширение возможных средств и способов контроля, овладение новыми формами самоконтроля и самокоррекции.

Для контроля и оценивания результатов обучения используются экспертный метод (экзамен, собеседование), тестирование, подготовка и защита выпускной квалификационной работы.

Экспертный метод состоит в определении одним или группой экспертов реальной степени владения слушателем учебным материалом, практическими умениями (мануальными, сенсорными, умственными), в обсуждении достигнутых личностных изменений — новых образовательных потребностей, ценностей, смыслов. Этот метод основан преимущественно на субъективных критериях и оценках и по возможности должен быть дополнен другими процедурами (например, проведением письменного экзамена с последующим обсуждением его результатов).

Тестирование позволяет дополнить экспертный метод более объективными данными, указать уровень достижения целей обучения по наличию соответствующих знаний, умению их применять (а не только понимать) при выполнении заданий в тестовой форме. Тесты «на применение» отражают умение пользоваться приобретенными знаниями (правилами, методами, закономерностями) как в заданных условиях, так и в новых ситуациях.

Выполнение *итоговой квалификационной работы* должно свидетельствовать о способности слушателя проводить самостоятельные исследования или осуществлять разработки, используя теоретические знания и практические навыки, полученные во время обучения.

В процедурах контроля и оценки результатов обучения могут быть применены различные модели:

- рейтинговая модель, в которой все баллы считаются положительными и суммируются с предыдущими, а общая сумма определяет степень успешности продвижения слушателя в освоении программы;

- мониторинговая модель, фиксирующая эффективность выполнения заданий и те навыки и умения, которые проявил слушатель, устанавливающая качественные показатели сформированное профессиональной компетентности (создание «портфолио», включающего все задания, письменные работы и зачетные материалы за определенный период или весь курс обучения, отчет о выполнении индивидуального плана т.д.).

Необходимым и весьма значимым компонентом непрерывного образования специалистов являются самоконтроль и самооценка, предполагающие рефлексию собственного продвижения в освоении образовательной программы, соответствия результатов целям и задачам профессионального и личностного совершенствования.

Результатом непрерывного образования становятся реализация поставленных специалистом целей, достижение возросшего уровня профессионального мастерства, развитие способностей в новых сферах деятельности, расширение профессиональных и социальных возможностей. Непрерывное образование помогает человеку уточнить подходы к собственной профессиональной деятельности, преодолевать стереотипы, развивать профессиональное мышление, обеспечивает профессиональное и личностное

саморазвитие. Успешность человека в профессиональной жизни во многом становится залогом его физического, психического и духовного здоровья.

Индивидуальные технологии в медицине. Метод проектов.

Метод проектов не является принципиально новым в мировой педагогике. Он возник еще в начале нынешнего столетия в США. Его называли также методом проблем, и связывался он с идеями гуманистического направления в философии и образовании, разработанными американским философом и педагогом Дж. Дьюи, а также его учеником В.Х. Киркпатриком. Дж. Дьюи предлагал строить обучение на активной основе, через целесообразную деятельность ученика, соотносясь с его личным интересом именно в этом знании. Отсюда чрезвычайно важно было показать детям их личную заинтересованность в приобретаемых знаниях, которые могут и должны пригодиться им в жизни. Для этого необходима проблема, взятая из реальной жизни, знакомая и значимая для обучающегося, для решения которой ему необходимо приложить полученные знания и новые знания, которые еще предстоит приобрести.

Преподаватель может подсказать источники информации, а может просто направить мысль обучающихся в нужном направлении для самостоятельного поиска. Но в результате обучающиеся должны самостоятельно и в совместных усилиях решить проблему, применив необходимые знания подчас из разных областей, получить реальный и ощутимый результат. Вся работа над проблемой, таким образом, приобретает контуры проектной деятельности.

Разумеется, со временем идея метода проектов претерпела некоторую эволюцию. Родившись из идеи свободного воспитания, в настоящее время она становится интегрированным компонентом вполне разработанной и структурированной системы образования. Но суть ее остается прежней - стимулировать интерес студентов к определенным проблемам, предполагающим владение некоторой суммой знаний и предусматривающим через проектную деятельность решение этих проблем, умение практически применять полученные знания, развитие рефлексорного (в терминологии Джона Дьюи), или критического, мышления. Суть рефлексорного мышления - вечный поиск фактов, их анализ, размышления над их достоверностью, логическое выстраивание фактов для познания нового, для нахождения выхода из сомнения, формирования уверенности, основанной на аргументированном рассуждении. "Потребность в разрешении сомнения является постоянным и руководящим фактором во всем процессе рефлексии. Где нет вопроса, или проблемы для разрешения, или где нет затруднения, которое нужно преодолеть, поток мыслей идет наобум: Проблема устанавливает цель мысли, а цель контролирует процесс мышления".

Метод проектов привлек внимание русских педагогов еще в начале 20 века. Идеи проектного обучения возникли в России практически параллельно с разработками американских педагогов. Под руководством русского педагога С.Т. Шацкого в 1905 году была организована небольшая группа сотрудников, пытавшаяся активно использовать проектные методы в практике преподавания.

В зарубежной школе метод проектов активно и весьма успешно развивался. В США, Великобритании, Бельгии, Израиле, Финляндии, Германии, Италии, Бразилии, Нидерландах и многих других странах, где идеи гуманистического подхода к образованию Дж. Дьюи, его метод проектов нашли широкое распространение и приобрели большую популярность в силу рационального сочетания теоретических знаний и их практического применения для решения конкретных проблем окружающей действительности в совместной деятельности обучающихся. "Все, что я познаю, я знаю, для чего это мне надо и где и как я могу эти знания применить" - вот основной тезис современного понимания метода проектов, который и привлекает многие образовательные системы, стремящиеся найти разумный баланс между академическими знаниями и прагматическими умениями.

Проблематика и содержание телекоммуникационных проектов должны быть такими, чтобы их выполнение совершенно естественно требовало привлечения свойств компьютерной телекоммуникации. Другими словами, далеко не любые проекты, как бы интересны и практически значимы они ни казались, могут соответствовать характеру телекоммуникационных проектов. Как определить, какие проекты могут быть наиболее эффективно выполнены с привлечением телекоммуникаций?

В основе метода проектов лежит развитие познавательных навыков обучающихся, умений самостоятельно конструировать свои знания, ориентироваться в информационном пространстве, развитие критического и творческого мышления. Метод проектов - это из области дидактики, частных методик, если он используется в рамках определенного предмета. Метод - это дидактическая категория. Это совокупность приемов, операций овладения определенной областью практического или теоретического знания, той или иной деятельности. Это путь познания, способ организации процесса познания. Поэтому, если мы говорим о методе проектов, то имеем в виду именно способ достижения дидактической цели через детальную разработку проблемы (технологию), которая должна завершиться вполне реальным, осязаемым практическим результатом, оформленным тем или иным образом. Дидакты, педагоги обратились к этому методу, чтобы решать свои дидактические задачи. В основу метода проектов положена идея, составляющая суть понятия "проект", его прагматическая направленность на результат, который можно получить при решении той или иной практически или теоретически значимой проблемы. Этот результат можно увидеть, осмыслить, применить в реальной практической деятельности. Чтобы добиться такого результата, необходимо научить обучающихся самостоятельно мыслить, находить и решать проблемы, привлекая для этой цели знания из разных областей, умения прогнозировать результаты и возможные последствия разных вариантов решения, умения устанавливать причинно-следственные связи.

Метод проектов всегда ориентирован на самостоятельную деятельность обучающихся - индивидуальную, парную, групповую, которую обучающиеся выполняют в течение определенного отрезка времени. Этот метод органично сочетается с групповым подходом к обучению (cooperative learning). Метод проектов всегда предполагает решение какой-то проблемы. Решение проблемы предусматривает, с одной стороны, использование совокупности разнообразных методов, средств обучения, а с другой, - необходимость интегрирования знаний, умений применять знания из различных областей науки, техники, технологии, творческих областей. Результаты выполненных проектов должны быть, что называется, "осязаемыми", т.е., если это теоретическая проблема, то конкретное ее решение, если практическая - конкретный результат, готовый к использованию (на семинаре, в самостоятельной работе и пр.). Если говорить о методе проектов как о педагогической технологии, то эта технология предполагает совокупность исследовательских, поисковых, проблемных методов, творческих по самой своей сути.

Основные требования к использованию метода проектов:

1. наличие значимой в исследовательском, творческом плане проблемы/задачи, требующей интегрированного знания, исследовательского поиска для ее решения (например, исследование демографической проблемы; изучение нозологий в соответствии с МКБ 10; проблема влияния промышленных отходов на окружающую среду, пр.);
2. практическая, теоретическая, познавательная значимость предполагаемых результатов (например, доклад в соответствующие службы о демографическом состоянии данного региона, факторах, влияющих на это состояние, тенденциях, прослеживаемых в развитии данной проблемы; совместное исследование состояния заболеваемости; изучение особенностей внутренней картины болезни (ВКБ) при различных видах патологии или структуры межличностных отношений «врач-сестра-больной», пр.);
3. самостоятельная (индивидуальная, парная, групповая) деятельность обучающихся;

4. структурирование содержательной части проекта (с указанием поэтапных результатов);
5. использование исследовательских методов, предусматривающих определенную последовательность действий:
 - определение проблемы и вытекающих из нее задач исследования (использование в ходе совместного исследования метода "мозговой атаки", "круглого стола");
 - выдвижение гипотез их решения;
 - обсуждение методов исследования (статистических методов, экспериментальных, наблюдений, пр.);
 - обсуждение способов оформления конечных результатов (презентаций, защиты, творческих отчетов, просмотров, пр.);
 - сбор, систематизация и анализ полученных данных;
 - подведение итогов, оформление результатов, их презентация;
 - выводы, выдвижение новых проблем исследования.

Типология проектов

Для типологии проектов предлагаются следующие типологические признаки:

1. доминирующая в проекте деятельность: исследовательская, поисковая, творческая, ролевая, прикладная (практико-ориентированная), ознакомительно-ориентировочная, пр. (исследовательский проект, игровой, практико-ориентированный, творческий);
2. предметно-содержательная область: монопроект (в рамках одной области знания); межпредметный проект;
3. характер координации проекта: непосредственный (жесткий, гибкий), скрытый (неявный, имитирующий участника проекта, характерно для телекоммуникационных проектов);
4. характер контактов (среди участников одного вуза, курса, группы, города, региона, страны, разных стран мира);
5. количество участников проекта;
6. продолжительность проекта.

Реализация метода проектов и исследовательского метода на практике ведет к изменению позиции преподавателя. Из носителя готовых знаний он превращается в организатора познавательной, исследовательской деятельности своих обучающихся. Изменяется и психологический климат в группе, так как преподавателю приходится переориентировать свою учебно-воспитательную работу и работу обучающихся на разнообразные виды самостоятельной деятельности обучающихся, на приоритет деятельности исследовательского, поискового, творческого характера.

Отдельно следует сказать о необходимости организации внешней оценки проектов, поскольку только таким образом можно отслеживать их эффективность, свои, необходимость своевременной коррекции. Характер этой оценки в большой степени зависит как от типа проекта, так и от темы проекта (его содержания), условий проведения. Если это исследовательский проект, то он с неизбежностью включает этапность проведения, причем успех всего проекта во многом зависит от правильно организованной работы на отдельных этапах.

Следует остановиться и на общих подходах к структурированию проекта:

1. начинать следует всегда с выбора темы проекта, его типа, количества участников;
2. далее преподавателю необходимо продумать возможные варианты проблем, которые важно исследовать в рамках намеченной тематики. Сами же проблемы выдвигаются обучающимися с подачи преподавателя (наводящие вопросы,

- ситуации, способствующие определению проблем, видеоряд с той же целью, т.д.).
Здесь уместна "мозговая атака" с последующим коллективным обсуждением;
3. распределение задач по группам, обсуждение возможных методов исследования, поиска информации, творческих решений;
 4. самостоятельная работа участников проекта по своим индивидуальным или групповым исследовательским, творческим задачам;
 5. промежуточные обсуждения полученных данных в группах (на уроках или на занятиях в научном обществе, в групповой работе в библиотеке, медиатеке, пр.);
 6. защита проектов, оппонирование;
 7. коллективное обсуждение, экспертиза, результаты внешней оценки, выводы.

Особое место в образовательной деятельности занимают телекоммуникационные региональные и международные проекты.

Появившись в начале восьмидесятых годов, телекоммуникационные сети первоначально использовались в сфере науки и образования лишь как удобный и оперативный вид связи, поскольку вся сетевая работа тогда заключалась в обмене информацией между обучающимися. Однако, как показала международная практика и многочисленные эксперименты, в отличие от простой переписки, специально организованная целенаправленная совместная работа обучающихся в сети может дать более высокий педагогический результат. Наиболее эффективной оказалась организация совместных проектов на основе сотрудничества обучающихся разных образовательных учреждений, городов и стран. Основной формой организации учебной деятельности обучающихся в сети стал учебный телекоммуникационный проект.

Под учебным телекоммуникационным проектом имеется в виду совместная учебно-познавательная, исследовательская, творческая или игровая деятельность обучающихся - партнеров, организованная на основе компьютерной телекоммуникации, имеющая общую проблему, цель, согласованные методы, способы деятельности, направленная на достижение совместного результата деятельности.

Решение проблемы, заложенной в любом проекте, всегда требует привлечения интегрированного знания. Но в телекоммуникационном проекте, особенно международном, требуется, как правило, более глубокая интеграция знаний, предполагающая не только знания собственно предмета исследуемой проблемы, но и знания особенностей национальной культуры партнера, особенностей его мироощущения. Это всегда диалог культур.

Международные проекты, которые проводятся на английском языке, целесообразно включать, если позволяет программа, в структуру содержания обучения для данной группы по специальности и соотносить его с той или иной темой, разделом, предметом. Таким образом, выбранная тема для телекоммуникационного проекта будет органично вписываться в систему обучения, включая весь программный материал. Если международный проект предусматривается по другим предметам программы, который также может выполняться на английском языке, но который не соответствует программному материалу ГОСа, то такой проект выполняется во время внеаудиторной работы, как правило, не всей группой, а отдельными обучающимися.

Проблематика и содержание телекоммуникационных проектов должны быть такими, чтобы их выполнение совершенно естественно требовало привлечения свойств компьютерной телекоммуникации. Другими словами, далеко не любые проекты, как бы интересны и практически значимы они ни казались, могут соответствовать характеру телекоммуникационных проектов. Как определить, какие проекты могут быть наиболее эффективно выполнены с привлечением телекоммуникаций?

Телекоммуникационные проекты оправданы педагогически в тех случаях, когда в ходе их выполнения:

1. предусматриваются множественные, систематические, разовые или длительные наблюдения за тем или иным природным, физическим, социальным, пр. явлением, требующие сбора данных в разных регионах для решения поставленной проблемы;
2. предусматривается сравнительное изучение, исследование тех или иных явлений, фактов, событий, происшедших или имеющих место в различных местностях для выявления определенной тенденции или принятия решения, разработки предложений, пр.;
3. предусматривается сравнительное изучение эффективности использования одного и того же или разных (альтернативных) способов решения одной проблемы, одной задачи для выявления наиболее эффективного, приемлемого для любых ситуаций, решения, т.е. для получения данных об объективной эффективности предлагаемого способа решения проблемы;
4. предлагается совместная творческая разработка какой-то идеи: чисто практической (например, изучение нового вида диагностики, лечения, профилактики, пр.), или творческой (выполнение мультимедийных проектов, создание интернет ресурсов, написание статьи, разработка учебных и методических материалов, УИРС, НИРС, предложения по совершенствованию учебного курса, спортивных, культурных совместных мероприятий, народных праздников и т.д. и т.п.);
5. предполагается проведение олимпиад, увлекательных приключенческих совместных компьютерных игр, состязания.

Параметры внешней оценки проекта:

- значимость и актуальность выдвинутых проблем, адекватность их изучаемой тематики;
- корректность используемых методов исследования и обработки получаемых результатов;
- активность каждого участника проекта в соответствии с его индивидуальными возможностями;
- коллективный характер принимаемых решений (при групповом проекте);
- характер общения и взаимопомощи, взаимодополняемости участников проекта;
- необходимая и достаточная глубина проникновения в проблему;
- привлечение знаний из других областей;
- доказательность принимаемых решений, умение аргументировать свои заключения, выводы;
- эстетика оформления результатов проведенного проекта;
- умение отвечать на вопросы оппонентов, лаконичность и аргументированность ответов каждого члена группы.

ТЕМЫ ДЛЯ ПРОЕКТОВ

В соответствии с ФГОС, тематика индивидуальных и групповых проектов (в том числе реферативных работ) выполняемых студентами при прохождении курсов по дисциплине «Психология и педагогика» должна содержать следующие компоненты:

- педагогический (обязательный)
- клинический (тематика в соответствии с ГОС и МКБ 10) или
- психологический (тематика в соответствии с ГОС)

Проект может быть оформлен в виде:

А. Реферата, выполненного в печатной форме объемом не менее 20 машинописных страниц в формате MS WORD®, отпечатанных шрифтом "12 TIMES NEW ROMAN"

с расстоянием между строками в 1,5 интервала, на русском языке, включая следующие обязательные компоненты:

- титульный лист
- оглавление
- вступление
- главную часть
- заключение
- список использованной литературы (включая цитирование ресурсов интернет или другие источники информации в электронном виде, мультимедиа-курсы, словари, обучающие программы и т.д.)
- авторский материал (данные из истории болезни с соблюдением требований конфиденциальности, врачебной тайны, этики и медицинской деонтологии)
- в приложения могут быть вынесены графики, таблицы, диаграммы и другой материал, включая данные обследования и лечения, взятые из медицинской документации по согласованию с лечащим врачом, пациентом и руководителями клинических кафедр.

ВНИМАНИЕ: к реферату должна прилагаться электронная версия, записанная на диске (CD-ROM или дискете).

Б. В виде презентации, выполненной в программе MS POWERPOINT® не менее 25-30 слайдов с приложением текста к презентации выполненного в печатной форме объемом не менее 12 машинописных страниц в формате MS WORD®, отпечатанных шрифтом "12 TIMES NEW ROMAN" с расстоянием между строками в 1,5 интервала на русском языке.

В. В виде интернет страницы в формате HTML, подготовленного с помощью редакторов MS NOTE PADE®, MS FRONTE PAGE® или ADOBE DREAMVEVER® и др.

Г. Возможна подготовка и выполнение работы в письменной форме (рукопись) по согласованию с руководителем (преподавателем в группе или заведующим кафедрой).

Разделы ГОСа, с предметной тематикой для выбора в наиболее обобщенном виде по осваиваемой специальности служат основным источником выбора тематики проектов.

В качестве проекта (реферата) может быть выбрана и другая тема, не входящая в ГОС, по согласованию с преподавателем и заведующим кафедрой. Практически любая тематика из культурно-образовательной области соответствующая правовым, морально-этическим, профессиональным этико-деонтологическим нормам, не противоречащую профессии и социальному статусу врача, студента медицинского вуза может выступать в содержательной части проекта.

Список научных журналов, рекомендуемых для подготовки проекта (реферата) соответствует рекомендованному ГОСом по изучаемой специальности.

Список рекомендуемой литературы, наряду с учебными пособиями, используемыми на клинических кафедрах, включает перечень обязательных для выполнения проекта (реферата) источников по педагогике и психологии.

Практическая часть: Выполнение и защита проектов.

ТЕМА ЗАНЯТИЯ №9.

ОСНОВЫ МЕДИКО – ПРОСВЕТИТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА.

Цели занятия: изучить понятия «образа жизни» и «здоровый образ жизни». Формы, методы и средства просветительской работы врача.

Место проведения: аудитория.

Продолжительность занятия: 2 часа.

Студент должен знать:

1. Систему основных культур здорового образа жизни.
2. Основные принципы рационального питания.
3. Двигательный и рациональный режим дня.
4. Просветительская работа. Цели, задачи, методы и средства.
5. План проведения учебного – просветительского занятия.

Студент должен уметь:

- 1.Использовать в своей работе основные принципы правил здорового образа жизни.
- 2.Довести до пациента в процессе общения значимость ценности здоровья.
- 3.Вести просветительскую работу (значимость прививок, медицинских осмотров и т. д.).

Темы проектов и рефератов:

1. Самосохранительное поведение.
2. Значение понятий «образ жизни» и «здоровый образ жизни».
3. Просветительская работа врача.
4. Особенности просветительской работы врача педиатрического отделения.
5. Особенности просветительской работы врача инфекционного отделения.
6. Особенности просветительской работы врача хирургического отделения.
7. Особенности просветительской работы врачей различных специальностей.
8. Просветительская работа врача в области перинатальной педагогики и психологии.
9. Роль просветительских программ.
10. Роль просветительских программ в триаде «врач-медсестра-пациент».

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Педагогика в медицине : учеб. пособие под ред. Н.В.Кудрявая М.: Академия,2006 <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425022.html>
2. Клиническая психология: учебник Сидоров П.И. Парняков А.В. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2008. <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970414071.html>
3. Педагогическая наука. История и современность: учебное пособие Лукацкий М.А. М.: ГЭОТАР -Медиа, 2012 <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970420874.html>

Дополнительная литература:

1. Психология взаимоотношений врача и пациента: учеб. Пособие Ларенцова Л.И., Смирнова Н.Б. М.: ГЭОТАР -Медиа, 2014 <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970429358.html>
2. Медицинская психология: учеб пособие Тюльпин Ю.Г. СМ.: Медицина, 2004
3. Общая психология. Маклаков А.Г. СПб., Питер, 2007
4. Психология развития. Словарь 6 т. Под.ред. А.Л. Венгера М.: ПЕРСЭ,2006

5. Психология управления. Лекции: учеб. Пособие Творогова Н.Д. М.: ГЭОТАР -Медиа, 2008 <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970429358.html>
6. Психология управления. Практикум: учеб. пособие Творогова Н.Д. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2008 <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970429358.html>
7. Психология : учеб.-метод. пособие для студентов медицинских вузов. Под ред. А. С. Татров. М.: Академия естествознания, 2010
8. Педагогические технологии в медицине: учеб. пособие Романов М.Г., Сологуб Т.В. М.: ГЭОТАР -Медиа, 2007 2010. <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970404997.html>

Исходный контроль уровня знаний:

1. Что вы понимаете под термином «профилактика»?
2. Что является целью просветительской работы врача?
3. Какие задачи ставит просветительская деятельность врача?
4. Какие формы и методы просветительская деятельность врача вы знаете?
5. Роль просветительской деятельности врача с больным и его родственниками?

Основные вопросы темы:

1. Определение понятий «образ жизни» и «здоровый образ жизни».
2. Понятие образа жизни: культура питания, культура движения и культура эмоций.
3. Просветительская работа врача: Цели, задачи, формы, методы и средства.
4. Роль просветительских программ.
5. План проведения учебно-просветительского занятия.

Итоговый контроль уровня знаний:

1. Назовите факторы возможного влияния на формирование отношения человека к своему здоровью.
2. Как врач может воздействовать на отношение своих пациентов к собственному здоровью? Сформулируйте задачи просветительской работы врача. Назовите основные методы и средства, используемые в этой работе.
3. Какие вопросы необходимо затронуть, беседуя с пациентом по поводу образа жизни и его влияния на развитие и течение заболевания? Что определяет круг возможных вопросов? В каких случаях такие беседы крайне необходимы и обязательны? Имеется возможность использования материалов стандартизованного теста «Типология отношения к болезни» (ТОБОЛ), разработанного в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им.В.М. Бехтерева (СПб НИПНИ им. В.М.Бехтерева).
4. Припомните, участвовали ли вы в программе или отдельном занятии, посвященном вопросам здоровья, и в каком качестве? Кто, где и когда проводил это занятие? Какие цели и задачи ставил перед собой ведущий? Оцените успешность его проведения и эффективность, назовите удачные моменты и те действия, которые на ваш взгляд, были ошибочны.
5. Перечислите моменты, планирование которых необходимо при подготовке занятия, посвященного вопросам сохранения и укрепления здоровья. Какие дополнительные средства могут понадобиться при его проведении?

Содержательная часть

Значение понятий «образ жизни» и «здоровый образ жизни»

Перечисленные выше факторы не всегда напрямую влияют на принятие человеком того или иного образа жизни в рамках отношения к здоровью. Установки людей часто расходятся с их реальным поведением. Придавая большое значение здоровью, индивид может и не поддерживать его. И наоборот, бывает, что глубоко не задумываясь о своем

отношении к здоровью, человек принимает и поддерживает достаточно здоровый образ жизни. Следовательно, вступая в общение с конкретным пациентом, врач должен оценивать его отношение к здоровью не только по словам, которыми он описывает свои намерения, но и ориентируясь на анализ формальных факторов (пол, семейное положение и пр.) и, главное, представляя себе всю картину реальных условий жизни данного человека.

Попытаемся разобраться в содержании понятия «образ жизни» и некоторых ориентирах и нормах, задающих современное представление о здоровом образе жизни.

«В словаре понятий Всемирной организации здравоохранения образ жизни — это взаимодействие условий жизни индивида в широком смысле с индивидуальной моделью поведения, которая определяется социокультурными факторами и личностными особенностями». Применительно к здоровью понятие «образ жизни» можно определить как систему трудовой, бытовой, рекреационной (области отдыха и досуга) деятельности, от которых зависит здоровье человека. Многие ученые считают нужным дополнить данное понятие факторами мировоззренческой устремленности человека, духовным здоровьем.

Достаточно обобщенно и в целостном единстве образ жизни можно рассматривать как поведение, жизнедеятельность человека в определенных условиях. Это общепринятое понятие, распространенное не только среди медиков, социологов или педагогов. Родственными, близкими к нему по смыслу являются такие понятия, как «условия жизни», «жизненный уклад», «способ жизнедеятельности». Важно подчеркнуть, что образ жизни, с одной стороны, регламентируется обществом, а с другой — оказывается проявлением индивидуального выбора. С развитием цивилизации выбор различных моделей расширяется, что имеет с точки зрения медицины и негативный, и позитивный характер.

Понятие «здоровый образ жизни» более узкое по отношению к образу жизни в целом. «Здоровый образ жизни — это деятельность, направленная на сохранение, улучшение и укрепление здоровья людей. Он формируется двумя путями: во-первых, через уменьшение и элиминирование факторов риска; во-вторых, через создание условий для сохранения и укрепления здоровья индивидом».

Сегодня общепризнанным является положение о том, что болезни современного человека обусловлены прежде всего его образом жизни и повседневным поведением. Увеличение ожидаемой средней продолжительности жизни на 85 % связывают не с успехами медицины, а с улучшением условий жизни и труда, рационализацией образа жизни населения. Одна из первейших задач социальной политики — формирование здорового образа жизни. По мнению Э.Н.Вайнера, понятие образа жизни следовало бы определять как способ жизнедеятельности человека, которого он придерживается в повседневной жизни в силу социальных, культурных, материальных и профессиональных обстоятельств. В таком определении надо особенно выделить культурологический аспект, который подчеркивает, что образ жизни не тождествен ее материальным условиям: последние лишь опосредуют и обуславливают его.

Для описания образа жизни группы людей можно воспользоваться различием, которое вводит Ю. П. Лисицин. Он включает в образ жизни четыре категории: экономическую — уровень жизни, социологическую — качество жизни, социально-психологическую — стиль жизни, социально-экономическую — уклад жизни. Для описания образа жизни индивидуального человека важно учитывать его личностно-мотивационные качества и жизненные ориентиры. Здесь большее значение приобретают две последние из указанных категорий — стиль и уклад жизни. При более или менее равных экономических и социальных условиях люди часто по-разному удовлетворяют свои потребности в здоровье. Проявляется это в их поведении, предпочтениях и приоритетах, и в первую очередь определяется воспитанием и во вторую — унаследованными в ходе родовой передачи традициями.

Здоровый образ жизни как система складывается из трех основных культур: культуры питания, культуры движения и культуры эмоций. Каждая из них широко и многообразно представлена в жизни современного человека. Мы выделим только те моменты, которые наиболее вероятно могут стать предметом обсуждения врача и пациента. Целью такой беседы будет выявление образа жизни, который ведет конкретный человек, и оценка врачом возможности (или необходимости) изменения его жизнедеятельности.

Рациональное питание. Современный человек из-за легкой доступности пищи без значительных энергозатрат все в большей степени превращает ее не в необходимость, а в удовольствие.

В филогенезе организм человека мог получать пищу только благодаря тому, что двигался в ее поисках, добыче. Но сегодня пища перестает быть компенсацией уже сделанных усилий, она становится средством удовлетворения аппетита как субъективного фактора, а не голода как фактора, физиологически объективного. Поэтому человек во многом стал строить свой режим питания в расчете на якобы предстоящие усилия, которые, как правило, в силу профессиональной и бытовой гиподинамии оказываются значительно меньшими.

Под рациональным питанием принято понимать правильно подобранный рацион, который отвечает индивидуальным особенностям конкретного организма, учитывает характер труда, половые и возрастные особенности человека, климатогеографические условия проживания. В основу рационального питания положены следующие основные принципы.

1. *Обеспечение баланса энергии*, поступающей с пищей и расходуемой человеком в процессе жизнедеятельности. При расчете энергии учитываются расходы в ходе основного обмена (в состоянии полного покоя), в ходе утилизации пищи и мышечной деятельности. Среднесуточный расход энергии для работников умственного труда составляет у мужчин — 2550 — 2800 ккал, у женщин — 2200 — 2400 ккал, для работников, занятых тяжелым трудом (шахтеры, грузчики, металлурги), — 3900—4300 ккал. Считается, что если суточная калорийность пищи превышает энергозатраты на 300 ккал (это 100-граммовая сдобная булочка), то накопление резервного жира может увеличиться в день на 15 — 30 г и в год составить 5—10 кг. Для здоровья безразличен как избыток пищевых калорий, так и их недостаток.

2. *Удовлетворение потребности организма в определенных пищевых веществах.* Пища является источником необходимых человеку веществ — белков, жиров и углеводов, причем они требуются организму в определенных количествах и соотношениях. Так, известный продукт водка обладает калорийностью в 235 ккал, но не может обеспечить потребность в пищевых веществах. Оптимальное соотношение белков, жиров и углеводов в рационе должно составлять 1:1,2:4. При интенсивном физическом труде доля белков в рационе может быть снижена до 11 %, а жиров повышена, учитывая высокую энергетическую ценность последних.

3. *Соблюдение режима питания.* Этот принцип держится на четырех «китах»: регулярность питания предполагает прием пищи в одно и то же время и обусловлена условно-рефлекторными реакциями организма на выделение слюны, желудочного сока, желчи, ферментов и пр.; дробность питания в течение суток означает прием пищи три-четыре раза в день; рациональный подбор продуктов основан на соотношении в рационе основных необходимых пищевых веществ; разумное распределение пищи в течение дня предполагает, что завтрак и обед обеспечивают более двух третей рациона, а ужин — менее одной его трети.

Оптимальный двигательный режим. В настоящее время в разных областях знаний о человеке накоплены многочисленные факты благотворного влияния двигательной

активности на уровень обменных процессов, на функционирование внутренних органов, объем мышечной ткани, увеличение жизненной емкости легких, состояние сердечно-сосудистой системы и т.д. Общеизвестно, что рациональная физическая активность, приводя к увеличению мощности и стабильности механизма общей адаптации за счет совершенствования функций ЦНС и восстановительных процессов, позволяет поддерживать состояние здоровья и трудоспособность человека на высоком уровне.

Процесс цивилизации сопровождается все более отчетливой тенденцией к снижению двигательной активности. «Недостаток движения — гипокинезия — вызывает целый комплекс изменений в функционировании организма, который принято обозначать как гиподинамию... Гипокинезия уменьшает силу и выносливость мышц, снижает их тонус, уменьшает объем мышечной массы, красных и белых мышечных волокон, ухудшает координацию движения, приводит к выраженным функциональным изменениям: учащаются сердечные сокращения, уменьшается ударный и минутный объем кровообращения, а также объем циркулирующей крови, сокращается емкость сосудистого русла, замедляется время общего круговорота крови».

Существуют данные о том, что максимальное потребление кислорода организмом человека в возрасте старше 25 лет каждые 10 лет уменьшается на 8 %, что обусловлено главным образом снижением естественной физической активности. У людей, практикующих в той или иной форме физические нагрузки, этот показатель составляет половину указанной цифры. Следовательно, у таких людей процессы старения протекают иначе, «тормозятся». Регулярное использование средств физической культуры с целью медицинской реабилитации позволяет снизить число хронических заболеваний на 15 — 25 %, а также уменьшить в 2 — 4 раза число обращений за медицинской помощью по сравнению с остальной частью населения. Для механизма адаптации к физическим нагрузкам имеют значение усиленное образование метаболитов и гормонов, а также адаптивный синтез белка. Благодаря этому увеличивается мощность работающих клеточных структур, что указывает на переход от срочной адаптации к устойчивой, долговременной, неспецифической.

Оценка активности человека предполагает учет всех видов его деятельности — профессиональной, бытовой, досуговой, физкультурной и пр. Имеет значение и соотношение объема выполняемой нагрузки и периода, отведенного на восстановление, причем не только пассивное, но и активное. Для составления картины образа жизни своего пациента врач должен обязательно выявить, какие формы активного движения использует человек, и разграничить их на формы напряжения и расслабления. Кроме общих физических упражнений — гимнастики, бега, плавания, спортивных игр — в настоящее время широко распространены занятия на тренажерах, дыхательные упражнения, различные комплексы движений по системам йоги, ушу и др. Следует помнить, что и такие вспомогательные процедуры, как пешая прогулка, душ, массаж, растирания также являются важными элементами повседневной физической культуры человека.

В детском и подростковом возрасте — периодах интенсивного развития и роста человека — участие в различных формах физической культуры определяет становление двигательных навыков, способствует координации движений, расширяет резерв адаптации функциональных систем организма, создает волевой и соревновательный настрой. Между тем у современных детей отмечается выраженная двигательная недостаточность. «Потребность детей в движении удовлетворяется в условиях школы самостоятельными движениями на 18 — 20 %. В дни, когда проводится урок физкультуры, при отсутствии других форм физического воспитания дети недополучают до 40 %, а без таких уроков — до 80 % движений... Исходя из этих данных, можно сделать вывод о том, что для удовлетворения естественной потребности в движении младших школьников суточный объем их активных движений должен быть не менее 2 часов, а недельный — не менее 14 часов».

Рациональный режим дня. Рациональный режим дня — это целесообразно организованный, соответствующий возрастным особенностям и индивидуальным биологическим ритмам распорядок суточной деятельности человека. Его назначение в том, чтобы нормировать и рационально чередовать различные виды деятельности и отдыха для сохранения высокой работоспособности и здоровья организма. Все элементы режима дня проводятся в одно и то же время, что способствует выработке стереотипов, способствующих приспособлению человека к окружающей среде.

Готовясь к беседе с пациентом о его образе жизни, врачу следует помнить, что одинаковой схемы распорядка дня нет и не может быть ни для отдельного человека, ни для группы людей. Хотя понятно, что современный человек ориентирован на согласование своего режима с жизнедеятельностью других людей, с которыми он связан совместной профессиональной общностью, или узлами семьи, или общим местом пребывания, и пр. Возникающие нарушения здоровья и самочувствия как раз и могут оказаться проявлениями «несостыковки» индивидуального режима жизни человека и того, который принят в данной группе или в данном месте. Такими проявлениями чаще всего бывают утомление, нарушения сна, повышенная раздражительность.

Человек как часть природы более всего подвержен влиянию циркадных (околосуточных) процессов: большинство показателей сердечно-сосудистой, дыхательной, мышечной, эндокринной и других систем днем имеют максимальное значение, а ночью — минимальное. В течение дня работоспособность повышается с 10 до 12 ч пополудни, снижается в период от 14 до 16 ч, вновь повышается с 17 до 19 ч, а затем опять резко снижается. Существует и зависимость человека от сезонных и годовых изменений в природе. Если режим дня более-менее совпадает с индивидуальным типом суточной работоспособности, а начало деятельности с функциональным подъемом важных систем организма, то, скорее всего, сохранение работоспособности будет обеспечено на высоком уровне. В противном случае возникают десинхронозы, которые могут привести к различным нарушениям здоровья.

Значительную часть картины образа жизни человека, как известно, составляет зависимость или, напротив, отказ пациента от ряда вредных привычек. Такими признаны табакокурение, чрезмерное употребление алкоголя, различные типы наркомании. Не вызывает сомнения необходимость активизации работы по предупреждению и искоренению вредных привычек, в основе которой сегодня, безусловно, лежит не только участие медиков, но и общественные санкции, просветительская и воспитательная работа.

Просветительская работа врача: формы, методы и средства.

Цели и задачи просветительской работы. Традиционно особое место педагогическим знаниям отводится в области просвещения. «В настоящее время охрана и укрепление здоровья населения занимает приоритетное место в государственной политике стран с социально ориентированной рыночной экономикой. Во всех экономических системах функция охраны и укрепления здоровья населения традиционно возлагается на здравоохранение». Российское законодательство предусматривает ряд профилактических мер в области охраны здоровья граждан. Несомненно, что частью проводимых работ является и медико-просветительская деятельность.

«Для изменения отношения и стратегии поведения людей в сфере здоровья проводят мероприятия как на индивидуальном, так и на общественном уровне. Врачи работают персонально с каждым пациентом, а целью общественного здравоохранения становится работа с отдельными социально-экономическими группами населения. Личностно ориентированная работа необходима, так как значительная часть населения рождается здоровой и становится больной в результате неправильного поведения и негативного влияния окружающей среды». Таким образом, медико-просветительская деятельность представлена на двух разных уровнях. Уровень, соответствующий целям общественного здравоохранения, требует участия врачей в коммуникационных программах,

направленных на продвижение идеи здоровья. Здесь они могут выступать как разработчики, эксперты и методисты. Уровень персонального общения с пациентом предполагает, что врач владеет тактикой проведения тематических бесед. Причем слушателями могут быть не только пациенты или люди, подвергшиеся недугу, но и группы риска, родственники пациентов и просто отдельные группы населения, в отношении которых необходима медико-просветительская работа.

Для того чтобы у будущего врача сложилось более конкретное представление о том, каким образом он может участвовать в подобных общественных мероприятиях, мы предлагаем читателям ознакомиться с принципами построения коммуникационных программ, с требованиями, предъявляемыми к их ведущим, и с правилами сценирования отдельных занятий. В приложении 2 мы в качестве примера рассматриваем несколько сценариев таких занятий по различной тематике, подготовленных к реализации для разных адресатов.

Но сначала необходимо получить общее представление о методах и средствах просветительской работы врача и ее специфике.

Методы и средства просветительской работы врача.

Под методами просветительской деятельности понимаются основные способы проведения мероприятий, направленных на установление осознанного и действенного отношения пациентов или потенциальных пациентов к своему образу жизни, здоровью и взаимодействию с врачом и медицинскими службами. Различаются устные, наглядные и комбинированные методы просветительской работы, каждый из которых включает определенный набор средств и приемов медико-педагогической деятельности.

В рамках *устного метода* наиболее часто медицинскими работниками используются лекции (различные формы проведения лекций и их особенности были рассмотрены в разделе 2.4).

Лекция — наиболее экономное средство работы. За небольшой период времени (45 — 60 мин) оказывается возможным осветить значительный по объему материал. Эпизодические (разовые) публичные лекции бывают посвящены какой-либо одной теме. Их можно проводить в самых различных аудиториях, однако они не подходят для просветительской работы среди детей. Цикловые лекции объединяют последовательный ряд взаимосвязанных тем. Обычно они предполагают постоянный состав аудитории.

Но лекциям присущи качества, ограничивающие их применение. В первую очередь лекция — это монолог, в котором говорит и действует только один человек — лектор.

Слушатели остаются относительно пассивными, не имея возможности участвовать в проработке темы, проявлять активность, вставлять возникающие у них замечания, переспрашивать лектора. Если же изложение темы не очень последовательно, невыразительно, то внимание слушателей и их восприятие будут снижены. Устранить или смягчить эти недостатки — дело самого лектора. И хотя составление лекции и ее чтение — процесс творческий (о том, как подготовить выступление или доклад, сказано в разделах 2-4), дадим самые общие рекомендации по ведению просветительской лекции.

Составляя план лекции, важно учитывать необходимость осознанного выделения в ней трех главных частей любого устного выступления — введения, основной части и заключения. Нужно предусмотреть время на вопросы и связанные с ними разъяснения.

Любая лекция должна начинаться с введения. Есть два способа начать лекцию. Более простой: лектор называет тему, объясняет ее значение, чтобы слушатели сразу настроились на практическую значимость знаний и советов по данному вопросу. Но интереснее начать с какой-либо «завязки», например рассказа о том или другом факте, эпизоде, иллюстрирующем главную проблему, которой посвящена лекция. Это должен быть эмоциональный («задевающий за живое»), красочный, может быть необычный факт из медицинской практики, почерпнутый из опыта самого лектора или известный ему из книг, газет и других средств информации. Такой прием сразу привлекает внимание

слушателей, создает о проблеме и самом лекторе более эмоциональное и яркое впечатление, что важно для ее общего восприятия и осмысления.

Изложение основного содержания проблемы, как правило, состоит из нескольких частей. Первая обычно отводится на постановку проблемы: в ней подчеркивается и обосновывается необходимость внимания к тем или иным медицинским знаниям. Так, в лекции на противозидемиологическую тему эта часть может состоять из рассказа об ущербе, который наносит болезнь самому заболевшему, о беспокойстве его близких, о физиологических и социальных последствиях течения заболевания и его осложнениях. Однако подробное описание клинического течения болезни в лекции недопустимо из соображений предупреждения самодиагностики, к которому нередко очень склонны пациенты. Целесообразно информировать слушателей лишь о первых субъективных признаках начинающейся болезни, способствуя тем самым своевременному обращению за медицинской помощью. Необходимо настойчиво разъяснять слушателям, что ставить диагноз, назначать лечение — дело врача. Кроме того, следует крайне осторожно приводить устрашающие и запугивающие примеры. Иногда они могут оказаться нужными, скажем, в случаях рассказа о борьбе с алкоголизмом, наркоманией, травматизмом и тому подобным; однако в противораковой пропаганде, в тематике по профилактике, например, болезней сердца и сосудов запугивание во многих случаях может стать причиной психических травм, страхов и стрессовых состояний.

В следующей части надо подробно рассказать об этиологии рассматриваемой болезни и подвести слушателей к внимательному восприятию материала о путях ее распространения в реальной жизни. Отбирая материал для этого, важно заранее продумать, насколько глубокими могут быть познания слушателей данной аудитории в области медицины, для того чтобы они были в состоянии самостоятельно сделать выводы или воспринять последующую информацию о профилактических мерах. Сориентироваться в этом помогут сведения об их социальном статусе, культурном и образовательном уровне, потребностях и интересах. Рассказывать о путях распространения болезни целесообразно системно и схематично — так, чтобы у слушателей была возможность осмыслить или самостоятельно сделать выводы и усвоить, запомнить главные обобщения.

Затем необходимо осветить практические меры борьбы с болезнью и возможности ее предотвращения. Как уже отмечалось выше, рассказ о лечебных мероприятиях следует строить коротко и очень продуманно, чтобы не толкнуть слушателей на путь самолечения. Информацию о мерах профилактики можно сопроводить сведениями о достижениях в этой области, сделанных не только медицинскими работниками, но и отдельными группами населения, государственными органами и др. Завершить изложение надо конкретными советами о приемах и способах личной профилактики, апеллируя тем самым к личной ответственности слушающих за свое здоровье.

Понятно, что в соответствии с указанными рекомендациями, тема, выбранная для разных аудиторий, может быть одной, но содержание лекции должно быть различным. Так, сообщение о профилактике кишечных инфекций, адресованное сельским жителям, будет содержать примеры и факты из местной жизни; советы должны даваться с учетом реальностей обустройства в при-гусадебном хозяйстве. Иное дело — лекция на производстве, например для персонала учреждения общественного питания (кафе, ресторана). Научные обоснования гигиенических требований к производственным процессам здесь должны сопровождаться анализом возможных нарушений. Необходимо также затронуть вопрос о прививках, отметить важность медицинских осмотров и т. п.

Заключение лекции, как правило, содержит сжатое повторение главного, о чем говорилось в лекции. При освещении медицинских рекомендаций следует подчеркнуть уверенность в том, что их соблюдение приведет к необходимым результатам. Обычно после заключения выступающие просят задавать вопросы, ответы на которые должны быть лаконичными, точными, по существу. Если лектор почему-либо не может ответить сразу, то он должен указать, где в будущем найдет для этого время.

Беседа как средство устного метода просветительской работы при общении врача с аудиторией дает более качественные результаты, однако при этом является трудоемким делом. После законченного, но не затянутого выступления ведущий задает слушателям вопросы в заранее подготовленном порядке с расчетом обратиться к каждому или к большинству. Число участников беседы не должно превышать 20 — 25 человек. Такие вопросы предусматривают выявление уже имеющихся у присутствующих представлений, опыта или знаний по рассматриваемой проблеме. Затем ведущий предлагает им свое видение затронутых тем, комментирует услышанное, делает выводы и только после этого переходит к следующей группе вопросов.

Достоинством беседы является активность всех участников — и ведущего, и слушателей. Это коренным образом отличает ее от лекции. Каждый участник может ожидать, что именно ему зададут вопросы, и мысленно готовится к ответу; он и сам может задать вопрос и таким образом участвует в проработке материала, а не просто присутствует, не делая интеллектуальных усилий. Слабая сторона беседы состоит в том, что много времени уходит на прямые и наводящие вопросы, на ожидание и уточнение ответов и тому подобное, а потому проработать объемную тему за один-два часа невозможно. В случае необходимости можно разделить большую тему на подтемы и устроить цикл посвященных ей бесед. Такие тематические курсы в работе поликлинических и лечебно-профилактических медицинских учреждений часто называют «школами здоровья» или тематическими школами для отдельных групп пациентов, страдающих хроническими заболеваниями (язвенной болезнью, сахарным диабетом и т. п.).

Интересно и оживленно проходят встречи со специалистом-медиком, проводимые в форме вопросов и ответов. Это та же беседа, но вопросы здесь задает аудитория, а отвечает ведущий. Такие встречи, если проводить их методически верно, требуют соблюдения двух предваряющих условий: объявления общей темы и сбора вопросов заранее. Недели за две до назначенного срока необходимо вывесить объявления о предстоящей встрече в местах скопления предполагаемых участников, на которых ориентировано проведение беседы. Рядом с объявлением должны находиться ящики или коробки, в которых желающие могут опустить записки с вопросами. До начала беседы вопросы анализируются и исключаются те из них, которые не соответствуют теме; их можно просто отложить или они могут быть переформулированы таким образом, чтобы приблизить их к рассматриваемому вопросу. Затем составляется план ответов в таком порядке, как если бы была прочитана лекция по данной тематике. Естественно, что при ориентации только на вопросы слушателей в освещении какой-либо важной проблемы могут возникнуть пробелы, и тогда специалист должен восполнить их, вводя информацию по типу: «Можно было бы задать и такой вопрос...».

Индивидуальные беседы с пациентами могут быть спланированы заранее и так же хорошо подготовлены, как и групповые, но могут быть и стихийными. Чаще всего они возникают при амбулаторном приеме больного, при патронаже или в процессе общения в стационаре. Для проведения развернутой беседы, неспешного разговора врачу важно опираться на основные положения о гигиене, правилах здорового образа жизни, хорошо представлять методы закаливания, оздоровления. Однако наибольшего внимания требует создание мотивации на активное отношение человека к своему здоровью, продуктивное взаимодействие с медиками. Беседы, возникающие ситуативно, преследуют иную цель — сообщить суть дела, договориться о совместных действиях, дать компактные рекомендации и советы. Участие в такой беседе требует от врача всей широты профессиональной подготовки, внимания, мобилизации знаний, умения четко формулировать необходимую информацию.

Для всех форм устного метода просветительской работы важен вдумчивый подход к употреблению отдельных медицинских выражений и терминов. По возможности все же лучше их избегать. Но если такое употребление неизбежно (названия препаратов,

классификация заболеваний и пр.), то при этом надо давать пояснение, заботиться о их понимании собеседником или аудиторией. Об этом следует помнить не только в процессе подготовки лекции или беседы, но и во время выступления или общения: не забывать наблюдать и чувствовать то, как реагируют слушатели на ваши высказывания. Никогда не поздно восстановить взаимодействие, вернуться к недопонятому месту, сделать пояснение.

Изобразительный (или наглядный) метод профилактической работы предполагает использование графических, живописных и прочих средств с целью воздействия на формирование у пациентов или просто людей, живущих в вашем регионе, адекватного отношения к личному и общественному здоровью. Окружающая человека видимая живая и неживая природа, предметы, вещи, а также их отображения воздействуют на органы зрения. Зрительный образ помогает получить представление о предмете одновременно и в целом. Именно поэтому наглядные методы играют большую роль. Так, например, чрезвычайно трудно при посредстве лишь рассказа (печатного или живого слова) дать точное представление об устройстве среднего и внутреннего уха, не прибегая к соответствующему рисунку или модели.

При реализации изобразительного метода профилактической работы врачи используют также натуральные объекты. Сюда относятся образцы различных изделий здравоохранительной индустрии, анатомические препараты, разные приборы, механизмы и аппараты.

Изобразительные средства могут быть как объемные, так и плоскостные. К объемным средствам относятся:

муляжи — точные копии натуры по форме, размерам и окраске;

макеты — значительно уменьшенные копии натуры;

модели — изображения натурального объекта, сохраняющие их основные черты и принципиальное строение, но допускающие погрешность в передаче второстепенных деталей;

фантомы — изображения натурального объекта, допускающие возможность демонстрации ее в движении, изменении, преобразовании отдельных составляющих.

К плоскостным изобразительным средствам в первую очередь нужно отнести продукцию печатной пропаганды. Сегодня в медицине наиболее часто используются плакаты, брошюры, буклеты, памятки.

Плакаты предполагают привлечение внимания к теме, проблеме или единичному вопросу, связанному со здоровьем человека, и должны хорошо восприниматься даже на расстоянии. Как правило, основная площадь занята рисунком, к которому добавляется лишь незначительная текстовая информация. Плакаты обычно размещаются в местах большого скопления людей — в вестибюлях и регистрационных помещениях поликлиник и других учреждений здравоохранения. В качестве социальной рекламы плакаты можно встретить в транспорте, на производственных предприятиях, в медицинских пунктах образовательных учреждений и т.п.

Брошюры представляют собой малоформатные текстовые издания, в популярной форме освещающие различные вопросы охраны и укрепления здоровья, профилактики заболеваний. Они могут быть ориентированы на самые различные группы читателей. Некоторые из них не только носят просветительский характер, но и сообщают новые факты и сведения, адресованные профессиональному медицинскому сообществу. При использовании брошюр в работе с пациентами, а тем более с потенциальными пациентами, врачу необходимо заранее самым тщательным образом проанализировать их содержание.

Буклеты (листочки) — печатные издания, в которых текст и иллюстрации располагаются на одном листе, сложенном по вертикальным или горизонтальным сгибам; читать их

можно не разрывая, раскрыв как ширму. Служат для пропаганды частных вопросов охраны и укрепления здоровья среди широких масс населения. Распространение буклетов возможно в самых различных местах и часто бывает бесконтрольным.

Памятки — обычно это малообъемные печатные средства, содержащие рекомендации по узкому вопросу для отдельных групп здоровых людей или пациентов. Содержащееся в них сообщение имеет ограниченное действие, цель которого — дать читающему конкретную информацию. Их распространение лучше всего осуществлять во время беседы или лекции медицинского работника.

Перечисленные средства легко комбинируются с другой информацией. Продуктивность их значительно повышается за счет подробного сопроводительного пояснения, сделанного специалистом.

Примером осуществления развернутого *комбинированного метода* является проведение выставок, посвященных вопросам охраны и укрепления здоровья. Это интересное и действенное средство массовой пропаганды, особенно если организовано в стационаре. Но в работе рядовых медицинских учреждений более привычны самодельные, небольшие и однотемные выставки, составленные из плакатов, фотографий, схем и лозунгов. Основное условие эффективности такой выставки — соблюдение определенных требований к отбору материалов: стенд или витрина, предназначенные для такой выставки, не должны быть перегружены ни текстом, ни рисунками. Важно выбрать наиболее доходчивые визуальные средства, несущие информацию какой-либо одной тематики. Размещая выставку, необходимо позаботиться о хорошем ее освещении. Содержание информационных стендов надо периодически менять и делать это тем чаще, чем постояннее состав посетителей данного помещения.

Выставки, открытые для широкого доступа, удачно сочетаются с другими средствами профилактической работы, в которой участвуют и сами медицинские работники: лекциями, консультациями, продажей и раздачей литературы, изделий здравоохранительной индустрии. Комбинация разных средств и методов, одновременное или последовательное их использование делают проводимое мероприятие более интересным и впечатляющим.

Существуют определенные методические правила применения наглядных пособий. Коротко перечислим их.

1. Готовясь к устному выступлению, необходимо применительно к различным его частям подобрать наглядные пособия. Порядок их показа должен быть заранее продуман и размечен в плане-конспекте.

2. Важно не забывать, что в любом устном выступлении главное — живое слово, речь. Наглядные материалы лишь помогают лучше усвоить содержание, поэтому нельзя подменять вашу встречу со слушателями разглядыванием этих материалов.

3. Пользуясь средствами визуализации в небольших аудиториях, рекомендуется рассаживать слушателей так, чтобы всем все было видно (обычно полукругом).

4. В больших аудиториях лучше пользоваться техническими средствами и проецировать изображения на экран. В этом случае лектору целесообразно иметь ассистента.

5. Демонстрируя наглядное средство и обратив на него внимание аудитории, нужно дать соответствующие комментарии.

Роль просветительских программ. В сфере здравоохранения за рубежом, а теперь и в нашей стране медико-просветительская работа с населением нередко представлена в форме так называемых *коммуникационных программ*. Речь идет о государственных и даже межгосударственных программах и кампаниях по передаче идеи здоровья и здорового образа жизни. Основной единицей такой передачи является коммуникационное сообщение по соответствующей тематике. На этапе реализации оно может иметь форму презентации, доклада, рекламного ролика или открытого мероприятия на тему здоровья, адресованного широкой общественности.

Осуществляются самые разнообразные модели коммуникационных программ. Их выбор определяется характером проблемы, спецификой и охватом целевых аудиторий, запланированной информацией, используемыми каналами ретрансляции, сроками их действия.

Сегодня, в условиях отсутствия реалистичного и позитивного отношения многих людей к своему здоровью, при постоянных изменениях, происходящих в практике медицинских услуг, и, как следствие — недостаточной информированности населения о возможностях получения медицинской помощи, о возникновении и распространенности новых заболеваний, появление и воздействие коммуникационных программ насущно необходимы. Особое значение приобретают такие стратегии, которые могли бы предложить людям самые необходимые сведения, формировали бы позитивные настроения в общественном мнении, создавали базу для понимания многих актуальных проблем, которые в настоящий момент крайне беспокоят медиков. Так, распространение СПИДа выдвинуло ряд задач, которые предполагают мониторинг представлений людей, оценку информированности в отношении угрозы этого заболевания и коммуникационные кампании, целью которых становится донесение знаний об опасности ВИЧ-инфекции для любого человека.

Коммуникационная программа должна быть тщательно подготовлена, как и любое другое практическое действие, связанное с влиянием на человека. Для этого нередко используются технологии рекламных сообщений и результаты маркетинговых исследований. При разработке коммуникационного сообщения важно учитывать все составляющие его элементы и факторы, а именно — отправителя сообщения, его получателя, само содержание и средства его передачи. Коммуникация оказывается наиболее эффективной, когда в ней поставлены четкие задачи и точно определена целевая аудитория.

Реализация программы включает разработку материалов, выбор соответствующих каналов коммуникации, формы проведения мероприятия для более полного доведения информации до целевых аудиторий. Составление сообщения ведется по двум направлениям: подготовка содержания сообщения и разработка формы его представления. Адекватность коммуникации предполагает максимальный учет ее автором интересов слушателей, восприятия информации аудиторией. Для этого важно продумать, расставить смысловые акценты, представить информацию в привлекательном виде с ориентацией на уровень восприятия данной аудитории. Яркий плакат, не содержащий никакой информации, будет так же неэффективен, как информативный плакат, не привлекающий внимания и поэтому не читаемый людьми.

Необходимо включить в сообщения сведения о том, какую пользу может извлечь получатель, следуя рекомендациям и предостережениям авторов. Большое значение приобретают текстовые дополнения, поддерживающие основную мысль и направленные на создание эмоциональной убедительности. Причины согласия человека на изменение привычного образа жизни и принятия нового поведения могут быть как рациональными, так и эмоциональными. Например, для работников здравоохранения убедительной будет статистическое подтверждение явления, а для подростков — описание опыта их сверстников.

Особое место занимает этап мониторинга и оценки эффективности созданной программы. Если для реализации остальных этапов главным образом привлекаются работники здравоохранения, то на этом этапе большую роль играет участие социологов.

С точки зрения закономерностей педагогического воздействия, при разработке любой коммуникационной программы главное внимание должно уделяться не техническим приемам передачи информации, а гуманитарному аспекту. Это означает, что наиболее пристальное внимание следует уделять психолого-педагогической характеристике адресата сообщения и выявлению определенных требований, предъявляемых к осуществляющему передачу, если, конечно, он представлен конкретным лицом.

Примером коммуникационной программы международного уровня может служить программа ВОЗ по борьбе с распространением ВИЧ-инфекции и СПИДа. Ее целями являются:

- предупреждение ВИЧ-инфекции,
- уменьшение последствий ВИЧ-инфекции для отдельных лиц и общества в целом,
- снижение чувства страха у населения и остракизма по отношению к инфицированным индивидам.

Для реализации данных целей необходимо сформулировать программные задачи, которые могут иметь следующий вид:

- поощрение поведения, снижающего риск передачи ВИЧ (распространение контрацептивных средств),
- обучение работников здравоохранения правилам работы с кровью и инструментами,
- разъяснения потенциальным родителям степени риска заражения ВИЧ перинатальным путем.

При разработке коммуникационной программы по борьбе со СПИДом надо использовать самые свежие сведения о том, насколько широко распространилась ВИЧ-инфекция и какова частота новых случаев.

В ходе социологического анализа, предшествующего подготовке сообщения авторы программы выделили как минимум три целевые группы нуждающихся в подобной информации: население в целом, работники здравоохранения, женщины детородного возраста. В соответствии с таким назначением для каждой из групп были обозначены промежуточные цели и выявлены показатели их достижения; было также сформировано представление о возможных результатах коммуникативного воздействия. Так, например, для населения в целом предполагалось расширение числа пользователей службами информации, консультирования и тестирования на ВИЧ. Показателем достижения этой цели служит подсчет числа людей, обращающихся в указанные службы.

Каналами распространения информации («отправителями») были выбраны преимущественно работники здравоохранения, образования и СМИ. Отмечалась важность вспомогательных институтов здравоохранения и социальной поддержки — консультативных служб, центров планирования семьи и пр.

Психолого-педагогические задачи и принципы работы врача в рамках профилактических программ. Очное, личное участие в просветительско-профилактических программах требует от будущего врача глубокого понимания общих задач, на решение которых они направлены. Эти задачи можно сформулировать следующим образом:

- формирование отношения к своему здоровью и здоровью окружающих как к важнейшей социальной ценности;
- выработка умений и навыков сохранения и укрепления здоровья, безопасного, ответственного и самосохранительного поведения;
- закрепление гигиенических и санитарных навыков и привычек;
- приобщение к разумной физической активности;
- обучение умению противостоять разрушительным для здоровья формам поведения.

При создании подобных программ и проведении занятий следует учитывать определенные принципы. Так, составители пособия по проведению модульного курса профилактики курения делят их на три группы: системно-структурные, социальные и психологические¹. Действительно, любой врач, взявшийся за составление курса бесед по профилактике здорового образа жизни, сталкивается с необходимостью выделить главное в самой стратегии, в его подготовке и проведении.

К системно-структурной группе принципов относятся:

- системность, означающая разработку программ на основе анализа актуальной ситуации по данной проблеме как в целом по стране и в обществе, так и по отношению к

определенному составу слушателей;

- выявление сведений, относящихся к выбранной проблеме, но уже известных адресатам предстоящего сообщения;

- конкретность и доступность сообщаемого, что предполагает их четкое изложение понятным языком в соответствии с подготовленностью слушателей, но вместе с тем без искусственного упрощения и излишней схематизации;

- многоаспектность рассмотрения проблемы, чему соответствует ее анализ и раскрытие с разных точек зрения, а не только с сугубо медицинской, или социальной, или психологической, и пр.

В социальную группу принципов входят:

- деловитость сообщения, предполагающая уверенное, без смущения обсуждение острых социально-нравственных и часто интимных тем, и в первую очередь со стороны ведущего занятие. Реализация этого принципа обеспечивается использованием научных понятий и выводов, при котором следует избегать излишней сенсационности и запугивания фактами и выводами;

- активная опережающая инициатива ведущего курса, являющаяся наилучшей гарантией эффективности профилактических действий;

- готовность слушающих к обучению здоровому образу жизни, что фиксируется наблюдениями ведущего и учетом степени встречного движения аудитории;

- выработка связи индивидуальных и социальных установок, что предусматривает формирование разными способами осознания каждым слушателем социальной, культурной и иной привлекательности здорового образа жизни.

Психологическую группу принципов составляют:

- адресность — формулирование описываемых навыков с учетом пола, возраста, психического и физического развития, а так же информированности людей, составляющих данную аудиторию, и кроме того актуальность обсуждаемых проблем;

- правдивость — уклончивость ответов, обещания что-либо разъяснить потом, ссылки на недостаточную подготовленность самого выступающего нарушают контакт между ним и аудиторией;

- доверие — недооценка возможностей слушателей, некорректное выпрашивание, как правило, провоцирующее участников информационной работы к закрытости, ведут к обострению у них желания остаться на собственных позициях и не идти на сотрудничество, предусматривающее изменение образа жизни;

- поддержка и стимулирование слушателей в их начинаниях, в познании самих себя и других, в поиске дополнительной информации и т. п.

- скрытое оздоровительно-профилактическое воздействие на личность через активные методы познания и обучения — игры, тренинги, участие в общественных мероприятиях и др.

Успех проведения учебно-профилактического занятия во многом обусловлен умением ведущего четко направлять и контролировать весь его ход, устанавливать спокойные доверительные отношения со слушателями и взаимной (ведущего и аудитории) встречной активности при общении. Конечно, чтобы достичь этого, необходим определенный опыт, но для начала хорошо бы соблюдать основные правила их проведения.

Особенности общения на групповых занятиях. Самое главное — добиться понимания слушателей и удержать их внимание на протяжении всего сообщения, в чем очень хорошо помогают интересные примеры и продуманно подобранные иллюстрации.

Всячески подбадривайте участников обсуждения, старайтесь, чтобы в отношении обсуждаемого материала у каждого возникли определенное отношение и оценка.

Следует чутко и своевременно поощрять стремление делиться своими мыслями и соображениями по поводу услышанного. На групповом занятии важно понять и услышать мнение каждого и каждому предоставить возможность высказаться. Необходимо уважительное заинтересованное отношение к любому суждению. Если кто-

то говорит нечто, не совпадающее с установкой занятия, на это можно отреагировать примерно так: «Многие согласились бы с вами, однако известно, что...» Таким образом, человек будет избавлен от чувства смущения за неправильный ответ.

Никогда не перебивайте говорящего. Для того чтобы его слова не выходили за рамки темы или регламента, уже в начале встречи оговорите ограничения, которые надо соблюдать.

Уважительно относитесь ко всем собравшимся без исключения. Если вы проявите хотя бы к одному из них недружелюбное отношение, то и остальные станут ждать такого обращения с вашей стороны.

Особое внимание уделяйте умению задавать вопросы, ибо во многих беседах и обсуждениях именно этот прием является весьма существенным и для начала дискуссии, и для ее поддержания.

Практические советы.

1. Прежде всего лучше задавать вопросы, оставляющие свободу для выбора: «Вы не могли бы рассказать об этом подробнее?», «Каково ваше мнение?»

2. После каждого обращения к слушателям выдержите небольшую паузу (не менее половины минуты). Надо собеседникам одновременно предлагать только один вопрос, а не нагружать группой вопросов, следующих без перерыва один за другим. И после каждого следует дождаться ответа.

3. Старайтесь понять, не обнаруживает ли человек, к которому вы обратились, признаков растерянности, страха или просто неспособности сформулировать ответ. В таком случае надо помочь ему ободряющими словами или предложением еще раз тщательно обдумать ответ.

4. Всегда благодарите за самостоятельное выступление, за проявленную инициативу, даже за не совсем правильный ответ. Но не оставляйте без оценки, без комментариев неверные высказывания. Обязательно доступно объясните, в чем их ошибочность, но делайте это корректно, а главное, доказательно.

План проведения учебно-просветительского занятия. Большая часть успеха учебно-просветительского занятия зависит от его подготовки. Особенно важно уметь логически правильно, взаимосвязанно и последовательно продумать и составить сценарий (план) его проведения. В такой подготовке могут помочь сведения о построении типового процесса обучения из других разделов данного учебного пособия. Однако надо учитывать, что его составление не всегда происходит «линейно», т.е. в прямой последовательности приведенных ниже пунктов. Нередко осознание целей и задач в полной мере достигается после детального планирования основной части занятия, содержание которой во многом зависит от возможности подобрать те или иные методические материалы и средства. Тем не менее рассмотрим составляющие такого сценария, по которым нужно определиться до проведения занятия.

1. *Тема.* Для слушателей, с учетом уровня их подготовленности, она может формулироваться несколько иначе, чем для специалистов в данном вопросе. Например, передавая знания о профилактике респираторно-вирусных заболеваний родителям, ведущий может озаглавить свое сообщение так: «Как уберечь наших детей от...».

2. *Цель и задачи.* Цель рассматривается как представление о желаемом результате. При ее формулировке важно учитывать специфическое содержание занятия и возможность проверки ее достижения. Например, целью просветительской лекции врача трудно представить искоренение привычки табакокурения, но будет понятно желание (цель) помочь людям осознать опасность последствий этой привычки.

Задачи по возможности должны отражать те реальные действия, которые предполагается осуществить для достижения поставленной цели. Следовательно, язык описания задачи должен быть «деятельным»: их формулировки могут начинаться со слов «объяснить», «изложить», «привлечь внимание», «научить», «проверить» и пр.

3. *Место и время проведения занятия.* От их правильного выбора во многом зависит успех работы. Следует предусмотреть, чтобы это было удобно, уместно и совпадало с режимом, принятым в той или иной группе, на которую занятие ориентировано.

4. *Социально-психологическая характеристика аудитории.* Перед любым подобным занятием, даже самым простым по своим целям и задачам, необходимо заранее сориентироваться в том, с какими людьми предстоит встретиться. Для создания общего представления постарайтесь прояснить содержание следующих параметров, описывающих человека как представителя группы: возраст, социальное положение, профессиональную принадлежность, а для пациентов — диагноз и степень тяжести заболевания. Особое значение имеет «психологическое прочтение» выделенных параметров: осознание того своеобразия, которое привносит каждый из выделенных параметров в отношении к тематике занятия. Например, собираясь рассказывать о вреде наркомании подросткам 12—15 лет, следует быть готовым к критическому восприятию назиданий, к вопросам личного характера, попыткам «прощупать» компетентность говорящего и т.п.

Принципы, формы и методы проведения. Для уточнения содержания этого пункта подготовки к занятию важно четко представлять его цели и задачи, а главное, их приложение к возможностям реального воплощения во взаимодействии с конкретной аудиторией. В особых случаях, например при работе с детьми, подростками, профессиональными группами, следует найти и привлечь дополнительные средства подготовки. Расширить круг используемых методов можно за счет проведения таких известных всем мероприятий, как экскурсия, конкурс, конференция, олимпиада и пр.

6. *Методическое обеспечение занятия.* Необходимо подобрать из имеющихся или сконструировать самостоятельно средства, с помощью которых вы можете сделать передачу образовательного материала более эффективной. Современное развитие информационных технологий значительно расширяет возможности привлечения таких средств. Это могут быть наглядные материалы (таблицы, схемы, плакаты, графики), текстовые раздаточные материалы, аудио- и видеодемонстрационные приборы, экспонаты и т.п.

7. *Краткий конспект занятия.* Он отражает структурированное предметное содержание занятия, представленное в виде этапов проведения с указанием ориентировочных временных интервалов для каждого этапа. Если занятие проводится в форме лекции, мы советуем написать ее полный текст, который, с одной стороны, явится результатом подготовки, с другой — послужит опорой при выступлении. Однако, как мы уже говорили, читать с листа не рекомендуется.

8. *Методы и способы оценки эффективности занятия.* Оценка результатов предполагает сопоставление того, как прошло занятие, с целями и задачами, поставленными на этапе подготовки. Для этого могут быть использованы более или менее точные методы контроля за ходом обучения, которые в дальнейшем послужат основой для планирования его возможного продолжения. В своей работе врачи главным образом пользуются наблюдениями, устным опросом, тестированием, анкетированием, результатами решения проблемных ситуаций и задач, проверкой конкретных навыков и умений. Для лучшего контакта со слушателями важно также продумать систему обратной связи.

9. *Рекомендуемая литература.* Для качественного завершения занятия необходимо подготовить для его участников информацию о возможных источниках дополнительных сведений и знаний. Это, во-первых, подчеркнет значимость проблемы, рассмотренной на конкретном занятии, а во-вторых, ориентирует слушателей на продолжение изучения данного вопроса. Если вы планируете проводить такие занятия регулярно, хорошо указать и источники, которыми пользовались вы сами при подготовке.