

КЛИНИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ В СТРУКТУРЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО МЫШЛЕНИЯ ВРАЧА

.....

Б.А. Ясько¹

Процесс профессионального становления личности – системное явление, в котором психологическая составляющая занимает особое место. Сейчас нередко можно встретить мнение о том, что психологический компонент профессионализма – это совокупность заданных компетенций, осваиваемых субъектом в процессе овладения профессией. Однако более детальный анализ психологии профессионального становления личности показывает, что в рамках компетентного подхода не раскрывается вся многогранность данного процесса. В частности, трудно найти ответ на вопрос: какими требованиями практики обусловлен процесс формирования профессионального мышления, какими закономерностями он обусловлен? Для сложных видов профессионального труда, к которым, несомненно, относится труд врача-клинициста, сформулированный вопрос приобретает особую актуальность, поскольку научно обоснованный ответ на него позволяет определить наиболее существенные методы позитивного воздействия на процесс профессиогенеза, особенно на его ранние этапы.

Цель статьи – анализ профессионального мышления врача и его важнейшего компонента – клинического мышления.

Говоря о влиянии профессии на формирование у специалиста необходимых для данного рода деятельности качеств, К.К. Платонов отмечал: «Предметы и явления, которые воспринимает человек в различных видах труда и на которые он воздействует, в свою очередь, воздействуют на него, формируя у данного лица не только профессиональные понятия, но и определенный профессиональный склад мышления» [13, с. 96–97]. Интересный вклад в развитие психологического обеспечения образовательной подготовки врача внесли исследо-

¹ Ясько Бэла Аслановна – доктор психологических наук, профессор кафедры управления персоналом и организационной психологии Кубанского государственного университета, shabela@yandex.ru

вания, проведенные в 1980–1990-е г. в Мордовском медицинском университете [2; 3; 4; 15]. В них профессиональное медицинское мышление определяется как «рефлексивная умственная деятельность врача, обеспечивающая постановку и решение диагностических, лечебных и профилактических задач через анализ генезиса и развития патологических процессов и их этнологических факторов» [2, с. 33]. Опираясь на экспериментальные данные, В.П. Андронов утверждает, что имеет место зависимость между уровнем профессионализма и индивидуальным типом мышления врача. По приводимым автором данным более половины (66,7 %) исследованной группы врачей-хирургов с высоким уровнем профессиональной квалификации обладают теоретическим типом профессионального мышления [3, с. 92]. При решении профессиональных задач эти специалисты обнаружили способность на основе знаний нормальной и патологической анатомии и физиологии переходить от восприятия внешних проявлений заболевания к установлению патогенетических связей, к воссозданию внутренней картины течения болезни. При этом, решая две-три, а иногда и более задач, они выделяли общий принцип и использовали его в последующей деятельности. Для диагностики или определения тактики лечения испытуемые назначали необходимый минимум лабораторных и специальных исследований, особое внимание уделяли выявлению причин и условий возникновения заболевания, раскрытию взаимосвязи между этиологическими факторами и организмом, а также механизмам возникновения и развития болезни (патогенезу). При обосновании диагноза они не ограничивались простым перечислением симптомов, характерных для данного заболевания, а отражали логику развития патогенетической картины. Если какой-либо симптом не укладывался в картину данного заболевания, то предпринималась попытка объяснить его происхождение. Ставя дифференцированный диагноз, врачи основывались главным образом на клинической картине заболевания, а не только на дифференциально-диагностических признаках, описанных в литературе. Лечебная тактика и техника хирургического вмешательства, профилактические мероприятия определялись с учетом показаний и противопоказаний для конкретного больного. В целом автор исследования считает, что наибольших успехов в клинической деятельности достигают врачи с теоретическим типом профессионального мышления.

Р. Конечный и М. Боухал, авторы одного из первых трудов, посвященных психологии в медицине, утверждают, что «способ мышления врача обязательно имеет характер диалектический и динамический; способ мышления здоровых и больных людей немедицинских профессий – характер логическо-механический и статический» [9, с. 211]. Критикуя категоричность данного высказывания, Г.С. Абрамова и Ю.А. Юдциц предполагают иное: процесс обучения врача формирует в его мышлении функциональный подход к человеку. «Происходит это при овладении методами воздействия на другого, когда алгоритмы осуществления профессиональной деятельности становятся обоснова-

нием действий профессионала. «...» Врач в процессе обучения и практической деятельности исходит из того, что материальные причины (инфекции, токсины, травмы и т.д.) вызывают ощутимые, реальные, осязаемые структурные изменения в органах и системах, проявляющиеся в симптомах заболеваний» [1, с. 61]. Отсюда, по мнению указанных авторов, проистекает особенность профессионального мышления медработника, которая состоит в уверенности, «что современными методами диагностики, лабораторными исследованиями можно обнаружить те или иные структурные изменения или отклонения в состоянии здоровья человека. Для врача, как правило, процесс лечения заключается в воздействии оперативных или фармакологических средств...» [1, с. 61–62]. Такой подход, утверждают авторы, ведет к нарушению динамических характеристик мышления, формирует главенство категории объектности в мышлении врача, когда духовный мир пациента остается за пределами реального профессионального анализа [1, с. 62]. Стандартизация мышления специалиста обусловлена, с точки зрения Г.С. Абрамовой и Ю.А. Юдчиц, двумя объективными условиями профессионализации и профессиональной деятельности врача. Первое состоит в освоении субъектом готовых форм знания, позволяющих клиницисту оценивать логичность собственных действий. Второе определяется высокой профессиональной ответственностью за принимаемые решения и совершаемые действия. Стандартизация мышления есть способ не брать на себя эту ответственность, защититься от случайности, атипичных ситуаций, встречающихся в работе врача [1, с. 62].

Однако анализ профессиональной деятельности врача свидетельствует об ином. Именно структурированность врачебной деятельности позволяет специалисту выделить синдромы, симптомокомплексы и соответствующие им алгоритмы действий (манипуляций). Структурированность и есть то, что авторы приводимого пособия определяют понятием «стандартизация», которая, по нашему мнению, как раз и является первичным условием профессиональной смелости, уверенности врача, позволяющей специалисту *брать* на себя профессиональную ответственность за лечебно-диагностический процесс.

Г.С. Абрамовой и Ю.А. Юдчиц выделены устойчивые характеристики в содержании профессионального мышления врача:

- мышление о себе (Я-концепция, самооценка);
- мышление о другом человеке (другой – пациент или другой – человек);
- осознание своих профессиональных возможностей, границ воздействия на другого человека [1, с. 61].

Существенным с точки зрения психологического анализа специфики формирования и активизации мышления врача является определение *предмета* исследования. В работах В.П. Андропова, Б.Б. Вознесенского используются три обозначения профессионального мышления. Первое обозначение в на-

ибольшей степени соответствует общепсихологической терминологии: предмет исследования определяется как *профессиональное мышление врача* [2]. Во втором обозначении говорится об изучении *врачебного мышления* [5]. Третье используется в контексте всех приведенных работ и рассматривается как синоним первых двух: *клиническое мышление*.

Развитие профессионального мышления относится к числу важных сторон профессионализации субъекта и служит предпосылкой успешности профессиональной деятельности. А.К. Маркова определяет понятие профессионального мышления как единство пяти составляющих:

- процесса обобщенного и опосредованного отражения человеком профессиональной реальности (предмета труда, задач, условий и результатов труда);
- путей получения человеком новых знаний о разных сторонах труда и способах их преобразований;
- приемов постановки, формулирования и решения профессиональных задач;
- этапов принятия и реализации решений в профессиональной деятельности;
- приемов целеобразования и планообразования в ходе труда, выработки новых стратегий профессиональной деятельности [10, с. 90].

В данном определении достаточно четко выделены компоненты профессионального мышления, что дает возможность дифференцировать понятия «профессиональное мышление врача» («врачебное мышление») и «клиническое мышление». С точки зрения А.К. Марковой, специфика предмета, средств, результатов труда, по отношению к которым осуществляются мыслительные операции, позволяет использовать в качестве синонима профессионального мышления врача понятие «клиническое мышление» [10, с. 91]. Однако это несколько противоречит содержанию ключевого термина, определяющего в данном сочетании сущность понятия. «Клинической» является врачебная деятельность, непосредственно направленная на пациента (выполнение профессиональных действий у постели больного). Клиническая врачебная деятельность по определению имеет всегда *прикладной* характер, ее цель – оказание лечебно-диагностической помощи пациенту. О *клиническом мышлении* врача в медицинском сообществе принято говорить в связи с оценкой *умения специалиста видеть, оценивать, определять лечебно-диагностическую проблему во всех аспектах ее профессиональной и субъект-субъектной репрезентативности*. Специализация есть, по сути, формирование клинического мышления врача в конкретной сфере деятельности. В медицине используются понятия терапевтического, хирургического, педиатрического мышления как видов клинического мышления, отражающих специфику областей и предметов профессиональной деятельности, которая выражается в различии компонентов

предмета и средств труда, а также особенностей нозологических состояний пациента.

С нашей точки зрения, в понятии «профессиональное мышление врача» интегрируются два компонента: клиническое мышление и рефлексия профессиональной субъектности. Процесс развития личности врача на всех этапах (уровнях) профессионального образования неперменной подструктурой имеет формирование профессиональной идентичности, Я-концепции, которая соотносится с рефлексивно оцениваемым актуальным Я-образом. Результатом развития этого компонента профессионального мышления является формирование в сознании профессионала динамичного «образа субъекта врачебного труда», в совокупности всех присущих ему ПВК, включение механизмов профессиональной адаптации и самоактуализации. «Если говорить о развитии субъекта труда, – пишет Н.С. Пряжников, – то, прежде всего, следует говорить о развитии его способности самостоятельно осмысливать свою деятельность, самостоятельно находить смыслы этой деятельности и искать пути совершенствования себя в этой деятельности» [14, с. 78].

Опираясь на известное психолого-философское определение сути мышления, приведенное С.Л. Рубинштейном [16, с. 309], мы определяем *профессиональное врачебное мышление как отражение профессионального бытия субъекта врачебной деятельности в его связях и отношениях, в его многообразных опосредованиях*. Основой для выделения таких связей и отношений служит психологический анализ профессиональной врачебной деятельности, который позволяет наметить, в соответствии с двумя основными компонентами профессионального мышления специалиста врачебного труда, два его ведущих вектора развития:

- 1) вектор рефлексии профессиональной субъектности (формирование «образа субъекта», развития профессиональной аутентичности личности врача);
- 2) вектор осмысления и преобразования «образа объекта» врачевания (формирование клинического мышления).

Далее рассмотрим на ряде примеров взаимосвязь типичных профессиональных задач, решаемых врачом в процессе труда, с вектором осмысления и преобразования «образа объекта» врачевания, т.е. с клиническим мышлением. Результаты нормативно-параметрического анализа врачебной деятельности показывают, что в труде врача значительна доля «рутинного элемента» [21]. Так, в Квалификационной характеристике врача – специалиста в области лечебного дела определены 29 типов нормативных алгоритмов, которыми должен владеть врач при формулировании и обосновании клинического диагноза или постановки предварительного диагноза с последующим направлением к врачу-специалисту (третий из восьми основных видов деятельности).

При диагностике и оказании экстренной врачебной помощи детям и взрослым на догоспитальном этапе (четвёртый вид деятельности) врач должен быть готов к выполнению 26 действий-операций, имеющих алгоритмический тип и относящихся к 72 синдромам и симптомо-комплексам [7].

В состав итоговой государственной аттестации выпускника медицинского вуза входит междисциплинарный экзамен, проходящий в три этапа: 1) проверка уровня освоения практических навыков; 2) проверка уровня теоретической подготовленности (тестовый экзамен); 3) оценка умений решать конкретные профессиональные задачи в ходе собеседования. При выполнении заданий первого этапа молодой специалист активизирует два основных вида мышления: *репродуктивное* и *наглядно-действенное*. Положительная оценка практических навыков есть условие допуска к последующим этапам аттестации. Тестовые задания второго этапа (проверка уровня теоретической подготовленности) типологически могут быть отнесены к проверочным тестам первого уровня сложности. Они представляют собой типовые вопросы (задания), ответы на которые выбираются из предложенных нескольких вариантов. К примеру, стандартный вариант тестов междисциплинарного экзамена 2002 г. по специальности «Лечебное дело» состоял из трех блоков: терапевтического, хирургического и блока фундаментальной медицины [18]. В целом требования Государственного образовательного стандарта подготовки специалиста в области лечебного дела в части основ профессиональных знаний отражены в 3164 типовых тестовых заданиях. Для выпускников по специальности «Педиатрия» тестовые задания в 2002 г. включали 2017 вопросов, выделенных в 33 предметных раздела [19]. Выпускник по специальности «Стоматология» в 2002 г. должен был знать правильные ответы на 2613 тестовых вопросов [20]. Ни одно из 7794 проанализированных нами заданий не предполагает актуализации продуктивного или рефлексивного (теоретического) вида мышления у молодого специалиста.

Уровень оценки выпускника, прошедшего второй этап итоговой аттестации, определяется в рейтинговом диапазоне и зависит от двух параметров: количества заданий, на которые он дал ответы в отведенное для этого время, и правильности ответов. Очевидно, что успешность здесь определяется не только наличием знаний, но и высокой скоростью протекания процессов *репродуктивного* мышления, способностью к быстрому воспроизведению материала, хранящегося в оперативной памяти.

На третьем этапе аттестационных испытаний выпускник обнаруживает умения оперировать профессиональными знаниями. Для анализа ситуационных клинических задач и объяснения логики рассуждений, определивших принятие того или иного лечебно-диагностического решения, молодой специалист должен интегрировать разнообразные виды мышления: *репродуктивное*, *продуктивное* (творческое), *наглядно-образное*, *визуальное*, *наглядно-*

действенное, словесно-логическое, аналитическое. Готовность к такому виду интеллектуальной деятельности формируется в процессе профессионального образования и является значимым итогом прохождения первого уровня профессионализации.

Таким образом, психологический анализ аттестационных испытаний, определяющих субъектную готовность выпускника медицинского вуза к выполнению профессиональных видов деятельности, позволяет утверждать, что репрезентативный образ врача-специалиста включает в качестве высокозначимых все виды мыслительных характеристик. На конкретном этапе актуальной клинической ситуации принятие лечебно-диагностического решения обеспечивается готовностью клинициста к мыслительным операциям соответствующего вида.

Результат диагностических действий врача – принятие решения – представляет собой «горячий когнитивный процесс» [17, с. 116]. Он протекает нередко на фоне интенсивных эмоциональных переживаний пациента, его близких, при высоком социальном контроле, сопровождающем деятельность врача, повышенных физических и психоэмоциональных нагрузках. В этих условиях успешность лечебно-диагностической деятельности обеспечивается оптимальным сочетанием разнообразных видов клинического мышления, включенных в процесс принятия решения:

- практического, нередко развертывающегося в условиях дефицита времени, сопровождающегося «чутьем» ситуации и связанного с целостным видением ситуации, прогнозированием ее изменений, с постановкой целей, выработкой планов;
- репродуктивного, воспроизводящего определенные способы, приемы профессиональной деятельности по образцу (алгоритму);
- продуктивного творческого, позволяющего ставить проблемы, выявлять новые стратегии, противостоять экстремальным ситуациям;
- словесно-логического;
- наглядно-действенного;
- аналитического, логического, включающего все развернутые во времени и имеющие выраженные этапы мыслительные операции;
- интуитивного, характеризующегося быстротой протекания и минимальной осознанностью.

Этот перечень необходимо дополнить активно исследуемым в настоящее время *визуальным* типом мышления, которое занимает специфическое место в деятельности врача [6].

В качестве примеров, подтверждающих системный характер клинического мышления, рассмотрим процесс принятия диагностического решения в усло-

виях дефицита времени в практике хирурга, педиатра, стоматолога (эпизоды комментировались квалифицированными экспертами в составе эмпирической выборки нашего исследования, представлявшими соответствующие врачебные специализации).

1. Экстренная хирургия. *Вид неотложного состояния*: синдром острого живота [12, с. 482–498]. *Врачебная задача*: поставить дифференцированный диагноз и оказать экстренную врачебную помощь. *Алгоритм диагностических действий хирурга*: 1) сбор жалоб и анамнеза жизни; 2) осмотр по органам и системам: а) измерение температуры, подсчет частоты пульса, дыхания; б) осмотр стоя, лежа, на боку, осмотр кожи; в) перкуссия, пальпация, аускультация; г) определение эмоциональной окраски болей, остроты, интенсивности и времени возникновения; д) клиничко-лабораторные исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, коагулограмма, биохимия крови, С-реактивный белок, группа крови, резус-фактор; е) инструментальные методы обследования: УЗИ; R-графия органов брюшной полости, грудной полости и др.; ж) NB! исключение слабительных, обезболивающих, тепла на область живота до выяснения причины, вызвавшей острое состояние; 3) постановка диагноза и определение тактики ведения больного.

2. Неонатология. *Состояние пациента*: новорожденность. *Врачебная задача*: проведение теста жизнеспособности новорожденного (шкала Апгар). *Алгоритм диагностических действий неонатолога*: 1) оценка частоты дыхания и сердцебиения; 2) оценка состояния рефлексов; 3) оценка мышечного тонуса; 4) осмотр кожных покровов; *диагностическая задача*: 5) определение балла по шкале Апгар и жизнеспособности новорожденного; 6) решение вопроса о необходимости интенсивной терапии. *Актуализированные виды мышления* (соответственно последовательности диагностических действий): 1) наглядно-действенное; 2) наглядно-действенное, визуальное, репродуктивное; 3) наглядно-действенное, визуальное, репродуктивное; 4) наглядно-образное, визуальное; 5) репродуктивное, аналитическое; 6) продуктивное, творческое; интуитивное (предположение о возможном патологическом процессе).

3. Стоматология терапевтическая. *Вид неотложного состояния*: острая зубная боль. *Алгоритм лечебно-диагностических действий стоматолога*: 1) беседа для выяснения характера жалобы; 2) получение данных анамнеза; 3) системный осмотр и пальпация больного зуба и рядом расположенных зубов; 4) принятие решения о проведении специальных методов обследования и их назначение, анализ полученных данных (рентгенографии и др.); 5) постановка предварительного и окончательного диагноза, отражающего сущность заболевания, его нозологическую форму, степень морфологических, функциональных нарушений, этиопатогенетические особенности проявления; сопутствующие заболевания, которые будут влиять на стоматологический статус (аллергический фон, эндокринная и сердечно-сосудистая патология и пр.); 6) составление

плана лечения, включающего подготовку полости рта, инструментария и лечебные мероприятия; 7) проведение лечебных мероприятий по плану и ведение дневника терапевтического лечения, заполняемого по нормативным требованиям к форме и содержанию; 8) эпикриз и прогноз терапевтического лечения, составляемые также по нормативной форме (Ф.И.О., возраст, жалобы пациента в день обращения в клинику; диагноз; данные, полученные по результатам специального обследования; содержание проведенного лечения, его результат; прогноз) [11, с. 47–54]. Здесь, несомненно, имеет место системная организация всех видов мыслительной деятельности специалиста: от алгоритмичного, репродуктивного, практического до аналитического и интуитивного.

Таким образом, клиническое мышление врача можно рассматривать как системный психический процесс, направленный на решение задач профессиональной деятельности. Принимая концепцию временного анализа труда, предлагаемую Ю.К. Стрелковым [17], можно предположить, что в роли системообразующего феномена данного процесса выступает фактор времени. Это время, отраженное в этапах профессиогенеза; время принятия лечебно-диагностического решения; время, в течение которого развивается каждый индивидуальный клинический случай и накапливается клинический нозологический опыт врача.

В целом клиническое мышление – субъектное свойство, формирующее значимые психические регуляторы врачебного труда. В развитом состоянии клиническое мышление есть результирующая разносторонних медицинских и гуманитарных знаний, продолжительного опыта, профессиональной интуиции врача. Развитие исследований в данном направлении – одна из актуальных задач психологии медицинского труда.

Библиографический список

1. Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Психология в медицине: учеб. пособие. М.: ЛПА «Кафедра-М», 1998.
2. Андронов В.П. Профессиональное мышление врача и возможности его формирования // Психологическая наука и образование. 1999. № 2.
3. Андронов В.П. Психологические основы формирования профессионального мышления врача // Вопросы психологии. 1991. № 4.
4. Андронов В.П. Психологические основы формирования профессионального мышления (на материале профессии врача – хирурга): дис. ... д-ра психол. наук. Саранск, 1992.
5. Вознесенский Б.Б. Врачебное мышление. Формирование и способы его оценки (психолого-педагогические аспекты). М.: ЦОЛИУВ, 1980.
6. Иванов Л.М. Роль визуальных представлений врача-рентгенолога в процессах опознания патологии на рентгенограммах: автореф: дис. ... канд. психол. наук. М., 1989.

7. Квалификационная характеристика выпускника по специальности 04.01.00 – «Лечебное дело». М.: Министерство здравоохранения РФ, 2000.
8. Климов Е.А. Введение в психологию труда. М.: Изд-во МГУ, 1998.
9. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. Прага: Авиценум, 1983.
10. Маркова А.К. Психология профессионализма. М.: Международный гуманитарный фонд «Знание», 1996.
11. Методические разработки к практическим занятиям по пропедевтике терапевтической стоматологии. Краснодар: КГМА, 1999.
12. Неотложные состояния: диагностика, тактика, лечение: справочник для врачей. Минск: «Беларусь», 1999.
13. Платонов К.К. Вопросы психологии труда. М.: Медицина, 1970.
14. Пряжников Н.С. Психологический смысл труда: учеб. пособие к курсу «Психология труда и инженерная психология». М.: Институт практической психологии; Воронеж: НПО МОДЕК, 1997.
15. Психологические основы формирования профессионального мышления / под ред. В.П. Андропова. Саранск, 1984.
16. Рубинштейн С.А. Основы общей психологии. СПб.: Питер, 1999.
17. Стрелков Ю.К. Инженерная и профессиональная психология. М.: Академия; Высшая школа, 2001.
18. Типовые тестовые задания для итоговой государственной аттестации выпускников высших медицинских учебных заведений по специальности 040100 «Лечебное дело». М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. Ч. 1–3.
19. Типовые тестовые задания для итоговой государственной аттестации выпускников высших медицинских учебных заведений по специальности 040200 «Педиатрия». 3-е изд, перераб. и доп. М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001.
20. Типовые тестовые задания для итоговой государственной аттестации выпускников высших медицинских учебных заведений по специальности 040400 «Стоматология»: в 3 ч. М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002.
21. Ясько Б.А. Психология личности и труда врача: учеб. пос. Ростов н/Д: Феникс, 2005.