**Занятие № 7 по психологии для студентов 1 курса**

**Тема 8. Психология общения в профессиональной деятельности врача. Коммуникативная, интерактивная и перцептивная стороны в структуре общения.**

**Цель занятия:** определение понятий «общение» и «психология общения», анализ основных понятий и категорий психологии общения, тренинг коммуникативных навыков в профессиональной деятельности врача, применение эффективных коммуникативных технологий на каждом этапе профессионального общения «врач – пациент»

**Основные понятия темы**: общение, принципы, этапы и функции эффективного общения, эмпатия, конгруэнтность, коммуникативные приемы и техники, вербальное и невербальное общение, структура общения.

**Содержание темы:**

1. Определение понятия «общение».
2. Функции общения.
3. Структура общения.
4. Виды общения.
5. Этапы эффективного общения.
6. Вербальный и невербальный каналы общения.
7. Коммуникативные приемы и техники в профессиональной деятельности врача.

**Задания:**

**1 задание. Изучите информационный материал, напишите по нему конспект.**

**Информационный материал по теме «Психология общения»**

В профессиях, связанных с взаимодействием «человек–человек», огромное значение имеет ориентация на Другого как равноправного участника взаимодействия. Особенно важна способность к гуманистической, нравственной реакции в профессиональной деятельности врача. Поскольку объектом исследования и субъектом взаимодействия является человек, а характер знаний – прикладной, то от врачей требуется высокая мера личной ответственности за результаты своей деятельности.

Основы психологического знания необходимы медицинским работникам, поскольку они способствуют: внимательному и заинтересованному отношению людей друг к другу в лечебно-профилактической деятельности; возникающему на этой основе взаимному доверию; способности к соучастию, сопереживанию, эмпатии и, следовательно, взаимопониманию. Последнее необходимо потому, что медицинский работник и пациент вместе решает одну и ту же задачу – сохранения здоровья, предупреждения и лечения заболеваний, что предполагает их сотрудничество и взаимодействие, т.е. активное общение.

«Врач редко может излечить, чаще может облегчить, но утешить он должен всегда», – говорили древние. Грамотно установленный психологический контакт с пациентом помогает точнее собрать анамнез, получить более полное и глубокое представление о больном. Это значительно повышает эффективность в решении поставленных задач врача. В случае же отсутствии психологического контакта пациент, возможно, не станет придерживаться врачебных рекомендаций и назначений, проконсультируется у своих знакомых, займется самолечением, обратится к представителям альтернативной медицины.

Пациенты нередко жалуются, что врач не уделил им должного внимания: не выслушал, не рассказал о возможных последствиях заболевания, не выяснил, как они относятся к тем способам лечения, которые он рекомендовал. С точки зрения врача, это неизбежно, т.к. ему постоянно не хватает времени, и если он будет терпеливо выслушивать каждого больного, то не сможет принять всех ожидающих очереди на прием.

В результате длительной практики каждый врач вырабатывает собственный стиль отношений с больными. Но всегда ли эти отношения являются эффективными?

В самом общем плане компетентность в общении предполагает развитие адекватной ориентации человека в самом себе – собственном психологическом потенциале, потенциале партнера, в ситуации и задаче.

В психологии общение рассматривается с трех точек зрения:

1) общение как фактор формирования личности;

2) общение изучается как специфическое явление;

3) общение рассматривается как средство повышения эффективности труда и обучения.

**Значение и функции общения**:

1*. витальная функция*: общение содействует выживанию как отдельного человека, так и общества в целом;

2. *прагматическая функция* отражает потребностно-мотивационные причины общения и реализуется при взаимодействии людей в процессе совместной деятельности, при этом само общение очень часто выступает самой важной потребностью;

3. *функция формирования и развития* отражает способность общения оказывать воздействие на партнеров, развивая и совершенствуя их во всех отношениях. Общаясь с другими людьми, человек усваивает общечеловеческий опыт, исторически сложившиеся социальные нормы, ценности, знания и способы деятельности, а также формируется как личность. В общем виде общение можно определить как универсальную реальность, в которой зарождаются, существуют и проявляются в течение всей жизни психические процессы, состояния и поведение человека;

4. *функция подтверждения* обеспечивает людям возможность познать, утвердить и подтвердить себя. Желая утвердиться в своем существовании и в своей ценности, человек ищет точку опоры, прежде всего, в другом человеке;

5. *функция объединения–разъединения людей*, с одной стороны, посредством установления между ними контактов способствует передаче друг другу необходимых сведений и настраивает их на реализацию общих целей, намерений, задач, соединяя их тем самым в единое целое, а с другой стороны, она может быть причиной дифференциации и изоляции личностей в результате общения;

6. *функция организации и поддержания отношений* служит интересам налаживания и сохранения достаточно устойчивых и продуктивных связей, контактов и взаимоотношений между людьми в интересах их совместной деятельности. Общение для любого человека неизменно связано с оцениванием других людей и установлением определенных эмоциональных отношений с ними – либо положительных, либо отрицательных;

7. *внутриличностная функция* общения реализуется в общении человека с самим собой (через внутреннюю или внешнюю речь, построенную по типу диалога), может рассматриваться как универсальный способ мышления человека.

Т**ри подхода к определению общения.**

Первый подход. Общение – как *коммуникация*. Автор Ч. Осгуд. В рамках этого подхода конфликт рассматривается отдельно. Так, Г. Лассуэлл занимался структурой общения и создал модель коммуникативного процесса: Кто? Кому? Что? Как? С каким эффектом? передает информацию?

Второй подход. Общение – *взаимодействие*, в котором его участники влияют на притязания и чувства другого (М. Аргайл, А. Бодалев).

Третий подход. Общение понимается как *деятельность* – это сложный, многоплановый процесс установления и развития контактов между людьми, порожденный потребностями совместной деятельности и включающий в себя обмен информацией, выработку единой стратегии взаимодействия, восприятия и понимания другого человека.

**Структура общения**

Учитывая сложность общения, необходимо обозначить его структуру, с тем, чтобы затем возможен был анализ каждого элемента. Г.М. Андреева предлагает характеризовать структуру общения путем выделения в нем трех взаимосвязанных сторон: коммуникативной, интерактивной и перцептивной.

**Коммуникативная** сторона общения, или коммуникация в узком смысле слова, состоит в обмене информацией, в данном случае между врачом и пациентом, интерактивная заключается в организации взаимодействия между коммуникаторами, перцептивная (лат., perceptio – восприятие) – в общении как процессе восприятия партнерами друг друга и установлении определенного уровня взаимопонимания.

**Интерактивная** сторона заключается в организации взаимодействия между общающимися индивидами, т.е. в обмене не только знаниями, идеями, но и действиями, направленными на установление определенных отношений между врачом и пациентом с целью повышения эффективности лечения.

**Перцептивная** сторона общения означает процесс восприятия и познания друг друга партнерами по общению и установления на этой основе взаимопонимания. Задачей терапии с точки зрения влияния врача на самосознание больного является улучшение его способности к сознательному целенаправленному управления психической саморегуляцией, активному противодействию болезни.

Естественно, что все эти термины весьма условны. В реальности мы имеем дело с процессом общения как единым целым.

**Уровни анализа общения**

Процесс общения может осуществляться и анализироваться, по крайней мере, на трех различных уровнях.

1. *Макроуровень*: общение индивида с другими людьми рассматривается как важнейшая сторона его образа жизни. На этом уровне процесс общения изучается в интервалах времени, сопоставимых с длительностью человеческой жизни, с акцентом на анализ психического развития индивида. Общение здесь выступает как сложная развивающаяся сеть взаимосвязей индивида с другими людьми и социальными группами.

2. *Мезоуровень*: общение рассматривается как сменяющаяся совокупность целенаправленных логически завершаемых контактов или ситуаций взаимодействия, в которых оказываются люди в процессе текущей жизнедеятельности на конкретных временных отрезках своей жизни. Главный акцент в изучении общения на этом уровне делается на содержательных компонентах ситуаций общения – «по поводу чего» и «с какой целью». Вокруг этого стержня темы, предмета общения раскрывается динамика общения, анализируются используемые средства (вербальные и невербальные) и фазы, или этапы общения, в ходе которых осуществляется обмен представлениями, идеями, переживаниями.

3. *Микроуровень*: здесь главный акцент делается на анализе элементарных единиц общения как сопряженных актов, или трансакций. Важно подчеркнуть, что элементарная единица общения – это не смена перемежающихся поведенческих актов его участников, а их взаимодействие. Она включает не только действие одного из партнеров, но и связанное с ним содействие или противодействие другого (например, «вопрос – ответ», «побуждение к действию – действие», «сообщение информации – отношение к ней» и т. п.).

**Виды общения**

Общение чрезвычайно многогранно. Существует множество различных классификаций видов общения, построенных по различным основаниям. Так, выделяют следующие виды.

1) Различают межличностное и массовое общение.

**Межличностное** общение связано с непосредственными контактами людей в группах или парах, постоянных по составу участников.

**Массовое** общение – это множество непосредственных контактов незнакомых людей, а также коммуникация, опосредованная различными видами средств массовой информации.

2) Выделяют также **межперсональное** общение и ролевое. В первом случае участниками общения являются конкретные личности, обладающие специфическими индивидуальными качествами, которые раскрываются по ходу общения и организации совместных действий.

В случае **ролевой** коммуникации ее участники выступают как носители определенных ролей (пациент—врач, учитель—ученик, начальник—подчиненный). В ролевом общении человек лишается определенной спонтанности своего поведения, так как те или иные его шаги, действия диктуются исполняемой ролью. В процессе такого общения человек проявляет себя уже не как индивидуальность, а как некоторая социальная единица, выполняющая определенные функции.

3) Общение может быть также **доверительным** и конфликтным. Первое отличается тем, что в его ходе передается особо значимая информация. Доверительность – существенный признак всех видов общения, без него нельзя осуществлять переговоры, решать интимные вопросы.

**Конфликтное** общение характеризуется взаимным противостоянием людей, выражениями неудовольствия и недоверия.

4) Общение может быть личным и деловым. **Личное** общение – это обмен неофициальной информацией.

**Деловое** общение – процесс взаимодействия людей, выполняющих совместные обязанности или включенных в одну и ту же деятельность.

5) Общение бывает прямое и опосредованное. **Прямое** (непосредственное) общение является исторически первой формой общения людей друг с другом. На его основе в более поздние периоды развития цивилизации возникают различные виды опосредованного общения.

**Опосредованное** общение – это взаимодействие при помощи дополнительных средств (письма, аудио- и видеотехники).

**Основные фазы общения врача и пациента**

**Фаза контактная**, т.е. фаза установления контакта. Это довольно короткая по продолжительности фаза, однако она является очень важной, т.к. на 40% определяет дальнейший успех общения с больным. Диагностический процесс для врача начинается уже с момента появления больного: его внешнего вида, особенностей речи, походки и т.д. Однако нельзя забывать, что и больной с первых мгновений встречи оценивает врача, а создающееся у него впечатление является фундаментом будущего психотерапевтического влияния.

***Задача врача* на данной фазе - это создать впечатление у больного, что врач хочет и может ему помочь.**

Большую роль в решении этой задачи играет невербальное поведение врача: доброжелательные выражение лица и интонации голоса, открытая, естественная поза, устремленный на больного взгляд. Кроме этого, больной обращает внимание на внешний облик доктора и его рабочее место: врач должен быть одет в чистый халат, иметь опрятный внешний вид (без избытка косметики, украшений, парфюмерии), на рабочем месте врача должны быть чистота и порядок, необходимые инструменты и документация - под рукой. Все это создает у больного благоприятное впечатление о враче, как об аккуратном, организованном, ответственном человеке, и такому врачу больные в большей степени склонны доверять как специалисту.

**Фаза ориентации -** фаза, в которой врач, ориентируясь в установках, ожиданиях больного, стремится понять, в каком состоянии находится пациент и в какой помощи он нуждается. Зачастую, обращаясь к врачу, пациенты пребывают в различных состояниях, испытывают негативные эмоции - тревогу, страх, беспокойство, неуверенность, подавленность, разочарование.

**З*адача врача на этой фазе -* снижение эмоционального напряжения у пациента для установления с ним продуктивного контакта.**

В фазе ориентации необходимо дать больному возможность высказаться, отреагировать накопившиеся эмоции, освободиться от негативных переживаний. Если больной может проговорить свои переживания, рассказывая врачу о том, что с ним происходит, включается механизм, названный З.Фрейдом «катарсис» (в пер. - «очищение», «освобождение»), заключающийся в снижении эмоционального напряжения путем вербализации переживаний. На механизме катарсиса построено терапевтическое воздействие классического психоанализа. Кроме того, в течение рассказа больного врач получает возможность оценить его интеллект, память, уровень развития, что позволит выбрать подходящий тон в дальнейшей беседе.

Выслушивая больного, врач формирует несколько гипотез, касающихся предполагаемого диагноза, тяжести состояния больного, характера медицинской помощи, в которой он нуждается, которые проверяет в период следующей фазы общения.

**Фаза аргументации** – период активного взаимодействия врача с больным, в течение которого врач задает дополнительные уточняющие вопросы, выясняя важные для понимания состояния пациента детали, проверяет гипотезы, выдвинутые в предыдущей фазе, формирует собственное мнение.

***Задача врача* на этой фазе – проверка гипотез относительно причин состояния пациента и постановка, если возможно, диагноза.**

Если в процессе общения с доктором пациент демонстрирует различные негативные эмоции, например, гнев, агрессию, раздражение, подавленность, апатию и т.п., врач должен постараться максимально проявить терпеливость, терпимость, тактичность по отношению к такому больному, что позволит изменить его эмоциональное состояние и, в дальнейшем, вызовет чувство благодарности и большего доверия к врачу.

В случае первого обращения пациента, врач также дает направления на лабораторные исследования, обследования других специалистов для установления окончательного диагноза. Если речь идет о повторном визите, то врач тщательно изучает всю имеющуюся у больного медицинскую документацию (результаты анализов, заключения специалистов и т.п.), ставит диагноз и делает необходимые назначения.

Во время беседы с больным не следует высказывать ему свои предварительные диагностические предположения, какими бы очевидными они не казались. Давать советы и рекомендации, делать заключение надо только после окончательного обследования, тогда слова врача приобретут особую значимость и убедительность. При этом сообщение диагноза больному должно носить скорее описательный характер, следует избегать сложных медицинских терминов и понятий, которые представляют трудность для восприятия больным и могут быть не совсем ему понятны.

**Фаза корректировки, или обратной связи -** заключительная фаза общения с больным.

Врач объясняет больному план лечения, осуществляет лекарственные назначения, а при необходимости - рекомендаций по режиму и диете. Кроме того, врач отвечает на возможные вопросы пациента, касающиеся его болезни, тактики лечения, возможного прогноза заболевания. Если у врача возникают сомнения в том, что больной все понял и запомнил, он должен собственноручно записать свои назначения и рекомендации, чтобы быть уверенным в их точном выполнении.

Врач должен убедиться в том, что больной, сформировал объективное представление о своей болезни и готов выполнять все назначения. Врач кратко подводит итоги беседы, обобщая все сказанное ранее, при необходимости повторяя и акцентируя внимание пациента на самых важных моментах беседы. Врачу желательно не указывать четко очерченных календарных сроков излечения, тем самым не навлекая гнев и возмущение больного в дальнейшем в случае неоправданных прогнозов. Кроме этого, врач назначает дату и время следующего визита пациента. В заключении доктор должен сказать больному что-нибудь ободряющее и внушающее надежду на выздоровление или улучшение состояния.

**Коммуникативные приемы и техники эффективного общения.**

***Нерефлексивное слушание***

Нерефлексивное слушание является по существу простейшим приемом и состоит в умении внимательно молчать, не вмешиваясь в речь собеседника своими замечаниями. Такое восприятие можно назвать пассивным условно. Это – активный процесс, требующий физического и психологического внимания. В зависимости от ситуации в процессе нерефлексивного слушания может быть выражено понимание, одобрение и поддержка. Подчас нерефлексивное слушание – наша единственная возможность, поскольку собеседник, особенно если он эмоционален, возбужден или испытывает трудности в формулировании своих мыслей, хочет, чтобы его услышали, и не интересуется нашими замечаниями.

***Ситуации, в которых полезно нерефлексивное слушание*.**

1. Собеседник горит желанием высказать свое отношение к чему-либо или выразить свою точку зрения. Именно поэтому многие психотерапевты в начале беседы применяют прием нерефлексивного слушания.

2. Собеседник хочет обсудить наболевшие вопросы. Это как раз тот случай, когда рекомендуется применить прием именно нерефлексивного слушания. В противном случае сдерживаемые чувства помешают любой попытке установить нормальный двусторонний разговор. Когда человек бьется над решением какой-либо проблемы или чувствует себя обиженным, он испытывает беспокойство, страх, разочарование, боль, гнев или негодование. В таких случаях благоразумно, почти не вмешиваясь в речь собеседника, предоставить ему возможность высказаться и выразить любое свое чувство. Нерефлексивное слушание более всего подходит для напряженных ситуаций.

3. Собеседник испытывает трудности в выражении своих забот и проблем. В этом случае нерефлексивное слушание позволяет минимально вмешиваться в разговор, тем самым облегчая самовыражение говорящего. Участников одного эксперимента попросили записать на магнитофон свою речь на любую тему. За это предлагалась оплата, размер которой был поставлен в зависимость от продолжительности разговора. Некоторые из участников эксперимента говорили по 5 дней подряд. Многие почувствовали себя лучше только потому, что им представилась возможность выговориться, а у других сложилось мнение, что магнитофон лучше любого собеседника.

4. Сдерживание эмоций в беседе с человеком, занимающим более высокое положение. Люди часто не решаются высказаться перед своим начальством из-за боязни испортить отношения или подвергнуть опасности работу.

**Ситуации, в которых нерефлексивного слушания недостаточно.**

1. Недостаточность и отсутствие желания говорить у собеседника. Поскольку одной из целей нерефлексивного слушания является помощь говорящему в самовыражении, то предполагается, что у говорящего есть активное желание что-либо сказать. Если у собеседника нет никаких неотложных вопросов, важной информации или сильных переживаний, которыми он хочет с нами поделиться, то общение имеет обычный, бытовой характер. В таких случаях нерефлексивное слушание не только неуместно, но часто невозможно, его применение свидетельствует о низкой культуре собеседника.

2. Нерефлексивное слушание ошибочно истолковывается говорящим как согласие слушать, когда оно таковым не является. Одна из опасностей слушания состоит в том, что окружающие неверно истолковывают нашу эмпатию как сочувствие, а понимание как согласие. К тому же это обычно становится очевидным позднее, когда наше несогласие делается более явным. Собеседник может выразить удивление или разочарование, заявив что-нибудь вроде: «Я думал, что Вы согласны». Попытка объяснить, что Вы слушали для того, чтобы понять, а никак не согласиться, часто воспринимается так: либо Вы пересмотрели свое отношение, либо, что того хуже, проявляете лицемерие. Поэтому, когда мы слушаем собеседника, чтобы понять его мнение или чувства, и в то же время не согласны с тем, что слышим, иногда лучше всего высказать это честно и открыто. Наши чувства могут прервать ход разговора и даже вызвать открытое несогласие. Но не сделать это – значит рисковать столкнуться позднее с еще большим непониманием и негодованием.

3. Говорящий стремится получить более активную поддержку или одобрение. В этих случаях собеседник хочет не только, чтобы его поняли, но ищет активную поддержку, одобрение или руководство к действию. Когда собеседник хочет узнать нашу реакцию, мнение или получить наш совет независимо от того, касается ли это подростков, студентов, соседей или покупателей, нерефлексивное слушание будет воспринято им как неодобрение. В этих случаях более уместно использовать рефлексивное, эмпатическое слушание наряду с более активным выражением собственных мнений, отношений и эмоций.

4. Нерефлексивное слушание неуместно, когда оно противоречит интересам собеседника и мешает его самовыражению. Однажды во время продолжительного путешествия невестка решила слушать свою словоохотливую свекровь, как бы долго та ни говорила. Случилось так, что невестка молчала и свекровь проговорила всю поездку. Скоро, однако, молодая женщина поняла, что она уже не слушает бесконечную болтовню одинокой старухи. Вместо сочувствия она обнаружила неприязнь к старой эгоистке, подавившей ее бесконечными излияниями. Она также поняла, что страдальцы не могут быть хорошими слушателями.

**Рефлексивное слушание**

По существу рефлексивное слушание является объективной обратной связью с говорящим, используемой в качестве контроля точности восприятия услышанного. Иногда эти приемы называют «активным слушанием», потому что слушающий более активно, чем при нерефлексивном слушании, использует словесную форму для подтверждения понимания сообщения говорящего. И все же, как уже говорилось ранее, «слушать» в отличие от «слышать» по существу является активным процессом; это более явно на примере рефлексивного слушания.

***Выяснение*** – это обращение к говорящему за уточнениями. Выяснение помогает сделать сообщение более понятным и способствует более точному его восприятию слушающим. Чтобы получить дополнительные факты или уточнить смысл отдельных высказываний, слушающий может сказать примерно так: «Пожалуйста, уточните это». Или если необходимо понять явление в целом, можно спросить, например: «В этом ли состоит проблема, как Вы ее понимаете?»

***Перефразировать*** – значит сформулировать ту же мысль иначе. В беседе перефразирование состоит в передаче говорящему его же сообщения, но словами слушающего. Собеседник, пытающийся перефразировать мысль говорящего, в определенном смысле рискует, поскольку не уверен в том, что он в самом деле понял сообщение правильно, ведь никто же не хочет показать свое непонимание.

Цель перефразирования – собственная формулировка сообщения говорящего для проверки его точности. Перефразирование, как ни странно, полезно именно тогда, когда речь собеседника кажется нам понятной.

Перефразирование можно начать следующими словами: «Как я понял Вас...» – «Как я понимаю, Вы говорите...» – «По Вашему мнению...» – «Вы думаете...» – «Вы можете поправить меня, если я ошибаюсь, но...» – «Другими словами, Вы считаете…»

***Отражение чувств***. Здесь акцент делается не на содержание сообщения, как при перефразировании, а на отражение слушающим чувств, выраженных говорящим, его установок и эмоционального состояния. Конечно, различие между чувствами и содержанием сообщения в определенном смысле относительно и его не всегда легко уловить. Однако это различие часто приобретает решающее значение. Как бывает приятно, когда кто-либо понимает наши переживания и разделяет чувства, не обращая особого внимания на содержание нашей речи, существо которой имеет подчас второстепенное значение. Отражение чувств помогает также и говорящему – он полнее осознает свое эмоциональное состояние. Ведь мы живем в обществе, которое учит нас контролировать свои чувства. Это приводит к тому, что мы часто теряем представление о своих чувствах и испытываем трудности в их выражении.

***Резюмирование.*** Резюмирующие ответы подытоживают основные идеи и чувства говорящего. Этот прием применим в продолжительных беседах, т.е. там, где перефразирование и отражение используются относительно редко. Резюмирующие высказывания помогают соединить фрагменты разговора в смысловое единство. Они дают слушающему уверенность в точном восприятии сообщения говорящего и одновременно помогают говорящему понять, насколько хорошо ему удалось передать свою мысль.

***Конгруэнтное, эффективное поведение врача****.* Такое поведение врача включает в себя:

— достаточный уровень присоединения к собеседнику,

— визуальный контакт,

— адекватный язык жестов,

— невербальное и вербальное следование рассказу собеседника.

Вы сидите к собеседнику под углом в 45 градусов. Это именно тот угол, который позволяет собеседникам наблюдать друг друга, не вызывая напряжения. Ваш наклон корпуса к собеседнику, естественная, немного расслабленная поза передают вашу заинтересованность и спокойную уверенность… Вы находитесь в состоянии, которое получило название «внимательная релаксация»… Видите, слышите и чувствуете все, исходящее от собеседника… Ваше вербальное и невербальное взаимодействие с ним гармоничны друг с другом… Вербальная информация передается с соответствующей ей интонацией. Ведь информация обеспечивает содержание сообщения; тогда как интонация показывает, как относиться к данному сообщению. Кроме того, она передает атмосферу, степень теплоты общения. Невербальный уровень взаимодействия: мимика, пантомимика, позы, вегетативные реакции, пульс, частота дыхания, запахи, исходящие от вас, — все это должно соответствовать как друг другу, так и вербальному уровню, и тем самым создавать гармонию конгруэнтного поведения в общении. Во время беседы вы постоянно продуцируете одну за другой ряд промежуточных гипотез. Они возникают и угасают. Их предназначение — стимулировать ваше мышление, воображение. Это — внутренняя работа. Собеседнику содержание этих гипотез не сообщается. Конгруэнтное, эффективное поведение приводит к тому, что вы полностью погружаетесь в беседу, и ваши ресурсы расходуются очень экономно. Так происходит, когда вы используете технологии общения. Как способствовать, так и препятствовать эффективному, конгруэнтному взаимодействию могут ситуации, когда оба участника беседы одного пола, близки по возрасту, социальному положению или другим значимым характеристикам. Присоединению может мешать соперничество.

**Критерии эффективного общения.**

ОПОРА НА ФАКТИЧЕСКУЮ СТОРОНУ дела. Исследования показывают, что врачи, чрезмерно активные в ведении беседы (доминирующие, навязывающие рекомендации вне интересов пациента, пресекающие инициативу со стороны пациента и т.п.) приходят к результатам не вполне желаемым, вплоть до затормаживания выздоровления. Они теряют значительное количество ценной информации (не высказанной пациентами), провоцируют недружественное поведение со стороны пациента (в основном через сигналы невербального поведения), не склонны менять тактику беседы вопреки очевидному несоответствию. Альтернативой следует считать твердость фактологической стороны дела.

УВАЖИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТА, куда входят, прежде всего, уважение пациента как независимой личности, желание дать теплый фон беседе, подчеркнутое внимание к собеседнику (памятуя о том, что при заболевании процесс восприятия поведения другого человека не всегда достаточно отчетлив); – Опять-таки, исключительное значение придается сфере невербальной коммуникации.

ОТКРЫТОСТЬ, откровенность, готовность высказать свое личное мнение, исклю-чающие со стороны пациента вопросы типа: «Я бы хотел знать, что он думает на самом деле»... (Подчеркивается важность соответствия – совпадения – вербального и невербального поведения как основы убеждения)

ЭМПАТИЧНОСТЬ как готовность принять полностью чувства, мысли, заботы, желания другого; здесь же, умение это выразить и «вернуть» это переживание пациенту в процессе беседы; Важность требования эмпатичности подтверждается как прямым опросом пациентов, так и косвенными оценками состояния удовлетворенности после общения с врачом. Профессиональная грамотность в сфере навыков невербальной коммуникации имеет здесь исключительно важное значение.

ДОХОДЧИВОСТЬ И ПОЛНОТА ИНФОРМАЦИИ, как основа «комплаенса» – совпадения требований врача и убежденности пациента следовать полученным предписаниям (отклонения от рекомендаций врача снижают коэффициент комплаенса от 1 до 0). Другими словами, комплаенс – это отношение фактической терапии к терапии-предписанию (предложенному врачом); комплаенс может оценивать также и другие виды отношений: «врач – врач», «врач – профессиональный стандарт».

**2 задание. Пройдите тестирование:**

**Тест по теме «Психология общения»**

1. **Нормативно одобряемый образец поведения, ожидаемый окружающими от каждого, кто занимает социальную позицию**
2. Трансакция
3. Ролевые ожидания
4. Социальная роль
5. Психологический контакт
6. **Основные качества манипулятора:**
7. Недоверие к себе и другим
8. Лживость
9. Примитивность чувств
10. Все ответы верны
11. **Комплексное вербальное и невербальное воздействие на эмоции, суждение, самосознание человека при многих психических и психосоматических заболеваниях - это реализация функции общения:**
12. Прагматической
13. Управленческой
14. Терапевтической
15. Коммуникативной
16. **Особенность невербального общения:**
17. Обусловлено импульсом подсознания
18. Отсутствие возможности подделать эти импульсы
19. Все ответы верны
20. Его проявлениям доверяют больше, чем вербальному общению
21. **Когда регламентированы содержание и средства общения, а вместо знания личности обходятся знанием его социальной роли – это общение:**
22. Светское
23. Ролевое
24. Деловое
25. Примитивное
26. **Общение, направленное на извлечение выгоды от собеседника, с использованием разных приемов (лесть, запугивание, «пускание пыли в глаза», обман, демонстрация доброты) – это общение:**

1. Деловое

2. Манипулятивное

3. Светское

4. Формально-ролевое

1. **Приписывание сходных характеристик всем членам какой-либо социально группы без достаточного осознания различий между ними – это**:
2. Стереотипизация
3. Абстракция
4. Проецирование
5. Переноса
6. **Манипулирующее воздействие проявляется в:**
7. Использовании человека в корыстных целях
8. Демонстрации своей позиции
9. Покровительственном отношении к человеку
10. Все ответы верны
11. **Постижение эмоционального состояния другого человека:**
12. Эмпатия
13. Рефлексия
14. Экспрессивность
15. Импульсивность
16. **Перцептивная сторона общения включает в себя:**
17. Проявление тревожности
18. Демонстрация креативного поведения
19. Процесс формирования образа другого человека
20. Проявление симпатии

**3 задание. Выполните задания и ситуационные задачи.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Задача 1.** **Заполните таблицу, выделив основные приемы,характеризующие эффективное общение и характеризующие неконструктивное общение:**   |  |  | | --- | --- | | **ЭФФЕКТИВНОЕ ОБЩЕНИЕ** | **НЕКОНСТРУКТИВНОЕ ОБЩЕНИЕ** | |  |  |   **Задача 2***.* **Проанализируйте невербальные аспекты поведения.**  **Подумайте о том содержании, которое передают приведенные ниже примеры. Говорят ли слова о другом, чем действия? Каково, по вашему мнению, возможное настроение каждого из говорящих?**  Пример А: Человек: "Нет, врач, никакой проблемы. Со мной все в порядке". Пациент сидит прямо, руки сжаты, не смотрит в глаза.  Пример Б: Врач: "Вовсе не я создаю сложную атмосферу". Врач стоит, скрестив руки на груди, с агрессивным и вызывающим выражением лица.  Не противоречит ли одно другому? Как вы интерпретируете то, что говорят пациент в примере А и врач в примере Б. |

**Литература**:

1.Кудрявая Н.В. Педагогика в медицине: учебник для вузов Гриф Министерства Здравоохранения [Текст]/ Кудрявая Н.В. – «Академия»: 2012 .

2.Бордовская Н.В., Реан А.А. Педагогика Учебник для вузов. Гриф МО]/ [Текст]/ Н.В.Бордовская, А.А.Реан - М: 2013.

3.Бордовская, Н. В. Педагогика и психология : учебник для вузов / Н. В. Бордовская. – СПб. : Питер, 2014. – 624 с.

4.Клиническая психология : учебник для вузов. – 4-е изд., перераб. и доп. / под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб. : Питер, 2013. – 864 с.

5.Немов, Р. С. Психология / Р. С. Немов : в 3-х т. – Т. 1.Общие вопросы психологии. – М. :Юрайт, 2013.