## Психология диагностического процесса

**Коммуникативная компетентность врача** - профессионально значимое качество. Профессия врача предполагает в той или иной степени выраженное интенсивное и продолжительное общение: с больными, их родственниками, медицинским персоналом - от медицинских сестер и санитарок до главных врачей, руководителей медицинских учреждений. От умения общаться, устанавливать и развивать взаимоотношения с людьми во многом зависит профессиональная успешность врача. Хороший психологический контакт с больным помогает точнее собрать анамнез, получить более полное и глубокое представление о больном. Умение общаться, или *коммуникативная компетентность*,обеспечивает взаимопонимание, доверие в отношениях, эффективность в решении поставленных задач. Если пациент доверяет своему врачу, не сомневаясь в правильности диагностики и адекватности терапии, то он будет выполнять назначения, пройдет все необходимые диагностические и терапевтические процедуры. При отсутствии психологического контакта пациент, возможно, не станет придерживаться врачебных рекомендаций и назначений, проконсультируется у других врачей или просто у своих знакомых, займется самолечением, обратится к представителям альтернативной медицины.

Психологическая сторона отношений «врач-больной» важна и в условиях платной медицины, когда пациент выступает в роли «заказчика» и оплачивает услуги. В этом случае он ориентируется не только на «профессионализм», но и на чисто человеческие, личностные качества врача: насколько он внушает доверие и уважение, внимателен и отзывчив, располагает к себе, вызывает желание общаться. Возможно даже, что в отдельных случаях психологические качества врача длябольного более важны, чем профессиональные знания, умения, навыки.

В работе Георгиевского и Боброва приведены представления больных об образе врача. Самыми существенными были признаны следующие качества: уважительность, внимание к пациентам, любовь к профессии, доброта, вежливость, душевность, то есть преобладали коммуникативно значимые черты. Качества личности врача, формирующие эмоциональный контакт, оценивались пациентами особенно высоко.

Ташлыков при экспериментально-психологическом исследовании получил сходные данные. Он представил «эталон» врача больных неврозами (F40-F48). С наибольшей частотой они указывали на следующие 10 наиболее существенных, по их мнению, качеств врача: ум - 74 (в процентах от общего числа больных), внимательность - 57, увлеченность работой - 52, чуткость - 49, тактичность - 49, терпеливость - 49, чувство долга - 45, спокойствие - 40, серьезность - 38, чувство юмора - 38. Эталон врача изменялся в зависимости от клинической формы невроза, пола и возраста больных. Например, больные истерией (F44) предпочитали эмоциональный, «сопереживающий» тип врача, и подчеркивали важность для них таких личностных характеристик врача как чуткость, доброта, терпеливость; больные неврастенией (F48.0) предпочитали «нейтральный», рабочий тип общения (внимательность, тактичность, серьезность, чувство долга).

Коммуникативная компетентность предполагает не только наличие определенных психологических знаний (например, о типах личности, о способах переживания и реагирования на стресс у разных людей в зависимости от типа темперамента, о специфике связи между типами телосложения и особенностями психического склада личности и т. п.), но и сформированность некоторых специальных навыков: умения устанавливать контакт, слушать, «читать» невербальный язык коммуникации, строить беседу, формулировать вопросы. Важно также владение врачом собственными эмоциями, способность сохранять уверенность, контролировать свои реакции и поведение в целом. Адекватная коммуникация предполагает правильное понимание больного и соответствующее реагирование на его поведение. Независимо от того, в каком душевном состоянии находится пациент, испытывает ли он гнев или печаль, беспокойство, тревогу или отчаяние, врач должен уметь с ним взаимодействовать, адекватно строить отношения, добиваясь решения профессиональных задач.

В связи с этим профессионально значимым качеством медицинского работника является *коммуникативная толерантность* (как один из аспектов коммуникативной компетентности) - терпимость, снисходительность и др. Коммуникативная толерантность показывает, в какой степени врач переносит субъективно нежелательные, неприемлемые для него индивидуальные особенности пациентов, отрицательные качества, осуждаемые поступки, привычки, чуждые стили поведения и стереотипы мышления. Больной может вызывать разные чувства, нравиться или не нравиться, может быть приятен или неприятен врачу, но в любом случае психологическая подготовка последнего должна помочь справиться с ситуацией, предотвратить конфликт или возникновение неформальных отношений, когда вместо ролевой структуры «врач - больной» возникают отношения дружбы, психологической близости, зависимости, любви. Коммуникативная компетентность в профессиональной деятельности врача означает умение не только психологически правильно строить отношения с больным, но и способность в процессе этих отношений оставаться в рамках профессиональной роли.

*Психологические характеристики, формирующие коммуникативную компетентность.* Умение общаться, устанавливать и развивать взаимоотношения с другими людьми формируется в процессе взаимодействия с окружающими, по мере накопления опыта отношений в различных социальных ситуациях, выполнения разных видов деятельности. В общении формируются и проявляются свойства личности: тревожность, агрессивность, ригидность и т. д. Во взаимодействии со складывающимися психологическими особенностями личности развивается и коммуникативная компетентность.

В основе формирования коммуникативной компетентности лежит такая психологическая характеристика личности, как стремление находиться вместе с другими людьми, принадлежать к какой-либо социальной группе, устанавливать эмоциональные взаимоотношения с окружающими, быть включенным в систему межличностных взаимоотношений. В конфликтных ситуациях, в случае обострения взаимоотношений присутствие рядом эмоционально близких людей стабилизирует картину мира и самооценку, укрепляет позиции, позволяет более точно и адекватно реагировать на происходящие события. Известно, что в состоянии тревоги повышается потребность в других людях, само их присутствие рядом снижает уровень тревоги, уменьшает интенсивность негативных эмоциональных переживаний. Для человека наличие социальных связей столь важно, что уже только их недостаточность считается возможной причиной развития стресса. Эта психологическая черта, потребность в других людях, стремление к взаимодействию с ними, в литературе обозначается термином *«аффилиация»* - потребность человека быть в обществе других людей, стремление к «присоединению». Внутренне (психологически) аффилиация выступает в виде чувства привязанности и верности, а внешне - в общительности, желании сотрудничать с другими людьми, постоянно находиться вместе с ними, в особенностях невербального поведения. Хекхаузен определяет аффилиацию как определенный класс социальных взаимодействий, имеющих повседневный и в то же время фундаментальный характер. Содержание таких взаимодействий заключается в общении со знакомыми, малознакомыми и незнакомыми людьми, и такая их поддержка, которая приносит удовлетворение, увлекает и обогащает. В работе врача, отличающейся длительностью и интенсивностью разнообразных социальных контактов, эта черта помогает сохранить живое заинтересованное отношение к пациентам, стремление помогать им и сотрудничать с ними, а также защищает от профессиональных деформаций, равнодушия и формализма, удерживает от такого подхода к больному, когда он начинает рассматриваться как безличное анонимное «тело», часть которого нуждается в терапии.

Другая психологическая характеристика, обеспечивающая коммуникативную компетентность врача, - это *эмоциональная стабильность*,уравновешенность при отсутствии импульсивности, чрезмерной эмоциональной экспрессивности, с сохранением контроля над эмоциональными реакциями и поведением в целом. Эмоциональная стабильность помогает врачу во взаимоотношениях с больными избегать «психологических срывов», конфликтов. Интенсивные эмоциональные реакции не только разрушают доверие больного, пугают и настораживают его, но и астенизируют, утомляют. Напротив, душевное равновесие врача, его спокойная доброжелательность, эмоциональная стабильность вызывают у пациента чувство надежности, способствуют установлению доверительных отношений. В ситуации болезни, как правило, повышается уровень тревоги, приводящей к усилению эмоциональной неустойчивости, что проявляется в раздражительности, плаксивости, вспыльчивости, агрессивности. В большинстве случаев наблюдается также астения в качестве одной из наиболее распространенных и неспецифических форм психического реагирования на разнообразные внутренние и внешние патогенные факторы: психогенной, травматической, соматогенной и другой природы. Больные, с их нестабильной психикой, тревожностью, неуверенностью, беспокойством, лабильностью эмоциональных реакций нуждаются в стабилизирующей уверенности врача. Особенно это важно для больных с тяжелыми психическими расстройствами. Так, одним из возможных психологических способов повышения уровня социальной адаптации больных шизофренией (F20-F29) является вербализация разнообразных впечатлений и представлений, их систематизация и обобщение, меняющие картину мира больного и стабилизирующие его.

Психологическим качеством, обеспечивающим адекватную коммуникацию в системе взаимоотношений «врач-больной», является также *эмпатия*,способность к сочувствию, сопереживанию, состраданию, своеобразная психологическая «включенность» в мир переживаний больного. Современное понимание эмпатии как постижения эмоционального состояния, проникновения, вчувствования во внутренний мир другого человека предполагает наличие трех видов эмпатии: эмоциональной эмпатии, основанной на механизмах отождествления и идентификации; когнитивной (познавательной) эмпатии, базирующейся на интеллектуальных процессах (сравнения и аналогии), и предикативной эмпатии, проявляющейся в способности к прогностическому представлению о другом человеке, основанном на интуиции. Эмоциональное соучастие помогает установить психологический контакт с больным, получить более полную и точную информацию о нем, о его состоянии, внушить уверенность в компетентности врача, в адекватности осуществляемого им лечебно-диагностического процесса, вселить веру в выздоровление. Эмпатические качества врача могут быть полезны в случаях несоответствия предъявляемых больным субъективных признаков тех или иных симптомов объективной клинической картине заболевания: при аггравации, диссимуляции и анозогнозии, а также в случае симулятивного поведения.

Психологической характеристикой, участвующей в формировании коммуникативной компетентности врача, является и *сенситивиость к отвержению*.Способность воспринимать негативное отношение окружающих, в частности, пациентов, которое может возникать на определенных этапах лечения, предоставляет врачу своеобразную «обратную связь», позволяющую ему корректировать свое поведение во взаимоотношениях с больным. В то же время сенситивность к отвержению не должна быть слишком высокой. В противном случае она способствует снижению самооценки врача, блокирует его аффилиативную потребность и в целом снижает адаптивные и компенсаторные возможности. Высокая чувствительность к негативному отношению со стороны больного заставляет врача сомневаться в своей профессиональной компетентности. Подобные сомнения, в свою очередь, могут реально отразиться на качестве работы. Неуверенность в собственной профессиональной состоятельности может стать причиной психической травматизации и приводить к эмоциональным расстройствам.

*Психологические особенности, снижающие коммуникативную компетентность врача.* Профессиональная деятельность врача связана с разработкой стратегии и тактики терапевтического воздействия и, следовательно, требует умения прогнозировать события, предвосхищая возможные варианты развития заболевания, осложнения, последствия фармакологического лечения. В связи с этим важно наличие у врача такой характеристики, как *тревожность*, которая влияет на его прогностические возможности, выполняя в зависимости от степени выраженности как адаптивную, так и дезадаптивную роль.

Тревога - это эмоция, направленная в будущее, связанная с прогнозированием, предвосхищением, ожиданием возможных неудач, с формированием соответствующих отношений и установок. Как правило, эмоция тревоги возникает в ситуациях неопределенности и ожидания, обусловленных дефицитом информации и труднопрогнозируемым исходом. Легкая степень тревоги (беспокойство) - обычная реакция на неопределенность, сигнализирующая о возможной опасности и выполняющая в этом случав адаптивную функцию. Мобилизация под воздействием эмоции тревоги адаптивных, компенсаторных и защитных механизмов позволяет более эффективно противостоять возможной опасности. Тревожность в качестве свойства личности позволяет врачу чутко реагировать на изменения в состоянии пациента и вовремя принимать необходимые меры. Больным это воспринимается как понимание со стороны лечащего врача, его не только профессиональная, но и эмоциональная поддержка, что повышает эффективность коммуникации «врач-больной». Однако интенсивная степень эмоции тревоги (страх, паника, ужас) выполняет по отношению к познавательной деятельности дезорганизующую, разрушающую функцию, парализуя продуктивную работу психических процессов. Интенсивная тревога мешает адекватно оценить ситуацию, определить возможные варианты ее развития и выбрать наиболее правильное при данных обстоятельствах решение. Страх, паника у врача прерывают его коммуникацию с пациентом, разрушают психологический контакт между ними. Тревога врача «передается» больному и дополнительно дезорганизует его. Под влиянием тревоги могут нарушаться различные функции организма, который реагирует, например, нарушениями сна, снижением аппетита, либо, напротив, его повышением (у некоторых больных в состоянии тревоги возникает булимия) (F50.2). Повышенная тревожность отмечается у многих пациентов, страдающих различными заболеваниями, и ее усиление под влиянием страха, переживаемого врачом, крайне не желательно. В этом случае больной может почувствовать безнадежность своего состояния, перестает верить в возможность выздоровления. Врачи с высокой личностной тревожностью, склонные реагировать на любые изменения повышением тревоги, обычно малопривлекательны для больных, которые предпочитают более стабильных и эмоционально уравновешенных врачей.

Другой характеристикой врача, способной разрушить его коммуникацию с пациентом, может быть *депрессивность*.Если эмоция тревоги направлена в будущее, то депрессия связана с переживанием прошлого, когда в воображении вновь и вновь возникают образы пережитых конфликтов, психотравмирующих событий. Прошлое представляется сплошной цепью неудач и неприятностей, формируя ощущение безысходности, безнадежности, которое проецируется в будущее. Утрачивается перспектива, жизнь окрашивается переживанием собственной ущербности, неполноценности. Врач, имеющий склонность к депрессивным реакциям, не вызывает доверия больного. Наблюдай, как лечащий врач на любую, самую незначительную неудачу, неточность, ошибку реагирует чувством вины, больной начинает подозревать его в некомпетентности, перестает ему верить. Погруженный в собственные переживания врач может не заметить улучшения в состоянии пациента, вовремя не поддержать его, подчеркнув симптомы выздоровления и, напротив, «заражает» своего больного тоскливой безнадежностью, разрушая позитивные эффекты проведенной терапии.

Еще одна психологическая характеристика, затрудняющая установление доверительных отношений «врач-больной» - глубокая *интровертированность* врача. Интроверсия - термин, введенный в психологию Юнгом, определяется как направленность субъекта на самого себя, обращенность к собственным ощущениям, переживаниям, познавательным конструкциям, по-своему, субъективно интерпретирующим окружающий мир. Интроверт ориентируется на собственные ценности, идеалы, убеждения, моральные и этические нормы. Интровертированная личность, погруженная в свой психологический мир, занятая собой, своими чувствами, идеями, впечатлениями, мало интересуется другими людьми, обнаруживая беспомощность в ситуации, требующей взаимодействия и сотрудничества с окружающими. Как правило, интровертированность сопровождается недостатком интуиции, чуткости, тактичности в межличностных отношениях, низким уровнем эмпатии с недостаточной способностью откликаться на боль и страдание другого, отзываться на беспокойство и тревогу. Эти качества способны снизить коммуникативную компетентность врача, выступая в роли *«коммуникативного барьера»*,препятствующего эффективному общению. Интровертированность, выраженная в значительной степени, затрудняет установление психологического контакта с больным, взаимодействие с ним, не обеспечивает необходимой степени эмоциональной поддержки.

*Формирование коммуникативной компетентности врача.* Умение общаться с больными - коммуникативная компетентность врача - искусство, которое начинает формироваться еще в процессе обучения в медицинском вузе, впоследствии в процессе самостоятельного профессионального общения с больными, людьми с различными психологическими качествами, разного возраста, уровня образования, социальной и профессиональной принадлежности. Вначале, на ранних этапах обучения, начиная взаимодействовать с больными, будущие врачи часто бессознательно, по механизму подражания, копируют стиль поведения тех врачей-преподавателей, которых особенно уважают, на чье мнение ориентируются, перенимая у них манеру общения с больными, особенности невербального поведения (жесты, мимические реакции, позы, манеру сидеть, разговаривая с больным, и пр.), интонации, заимствуют из их словаря ключевые фразы (первую фразу, с которой начинается контакт с пациентом, последнюю фразу с заключительными обобщающими формулировками). По мере накопления опыта профессионального общения молодой врач уже осознанно начинает использовать разнообразные психологические навыки, облегчающие общение с больным. Чем больше стаж работы врача, тем больше внимания он уделяет психологическим аспектам диагностического и терапевтического процесса, повышению уровня коммуникативной компетентности, во многом обеспечивающей эффективность профессионального взаимодействия.

*Профессиональная адаптация.* Адаптация молодого врача к профессиональной деятельности занимает около двух лет. Как правило, это время необходимо для того, чтобы почувствовать себя уверенно в новой социальной роли, выработать индивидуальный профессиональный «имидж», приобрести определенный репертуар навыков, алгоритмов действия в стандартных профессиональных ситуациях. В начале самостоятельной работы молодой врач обычно еще не чувствует себя вполне уверенно, ориентируясь на более опытных врачей, к помощи которых прибегает в сложных или ответственных случаях. Продолжается поиск информации, тренировка профессиональных навыков с получением обратной связи (одобрения, поощрения со стороны старших), интенсивное общение с молодыми начинающими коллегами, обеспечивающее эмоциональную поддержку. Этот познавательный элемент профессиональной адаптации можно обозначить как совершенствование *профессиональных знаний, умений, навыков*.

Другой, эмоциональной составляющей профессиональной адаптации врача является выработка навыка определения той степени эмоциональной «включенности» больного, которая необходима в каждом конкретном случае профессионального общения. Этот компонент адаптации связан с эмпатией, с «дозированием» эмпатической вовлеченности в процесс межличностного взаимодействия с больным. В первые годы самостоятельной профессиональной деятельности молодой врач в стремлении как можно лучше помочь больному переживает повышенную ответственность за свои действия вследствие недостаточной уверенности в своем профессионализме, испытывает чрезмерные эмоциональные нагрузки. Избыточная эмоциональная «включенность» в переживания больного, повышенный уровень тревоги как реакция на ситуацию неопределенности, неуверенность, опасения и настороженность в отношении возможных последствий, приводят к хроническим эмоциональным перегрузкам. Снижаются адаптивные и компенсаторные возможности. Вследствие постоянного переутомления возможны снижение иммунитета, частые простудные заболевания, обострения хронических соматических расстройств. Возникает *«синдром эмоционального сгорания»* как специфическая профессиональная деформация лиц, работающих в тесном эмоциональном контакте с пациентами при оказании медицинской помощи.

«Синдром эмоционального сгорания» субъективно проявляется в чувстве психического истощения, вследствие чего снижается эффективность профессионального взаимодействия: врач уже не может полностью отдаваться работе, как это было прежде, снижается самооценка, деятельность субъективно воспринимается как недостаточно успешная. Возможно появление негативного отношения к пациентам, воспринимаемым как источник хронической психической травматизации. Взаимодействуя с больным, врач перестает принимать во внимание психологические феномены, связанные с заболеванием - внутреннюю картину болезни пациента с ее сложной структурой, формирующиеся механизмы психологической защиты и копинг-поведение, не реагирует на тревогу пациента, не замечает его депрессивных, суицидальных тенденций. В высказываниях врача о своих больных могут появиться цинизм, холодное равнодушие и даже враждебность. Этот своеобразный «кризис» врачебной деятельности может повторяться время от времени. Больные перестают обращаться к врачу за помощью, иногда предпочитая менее опытных и компетентных, но более доброжелательных. В период подобного кризиса врач нуждается в отдыхе, перемене деятельности, психологической «разгрузке», участии в профессиональных тренингах или в психотерапевтической помощи. У врачей-женщин эмоциональное истощение развивается в большей степени, чем у врачей-мужчин. «Сгорающих» описывают как сочувствующих, гуманных, мягких, увлекающихся, склонных идеализировать окружающих людей. Одновременно это лица эмоционально неустойчивые, с колебаниями настроения, интровертированные, лишенные достаточной степени эмоциональной поддержки.

При исследовании «синдрома эмоционального сгорания» были выделены три фазы. Первая - «фаза напряжения». Предвестником и механизмом, запускающим «синдром эмоционального сгорания», является фиксированное состояние тревожного напряжения, на фоне которого наблюдаются снижение настроения, раздражительность (признак ослабления контроля за эмоциональными реакциями и поведением в целом) и реакции депрессивного типа. Вторая фаза получила название «фазы сопротивления». Этот этап связан с появлением защитного поведения по типу «неучастия», стремления избегать воздействия эмоциональных факторов и тенденцией к ограничению собственного эмоционального реагирования в ответ на самые незначительные психотравмирующие воздействия. «Экономия эмоций», ограничение эмоциональной отдачи упрощает и сокращает процесс общения «врач-больной», привнося в него черты поверхностности и формализма. Подобная форма защиты может переноситься за пределы профессиональной деятельности, сокращая общение во всех сферах жизни, что приводит к регламентированности и избирательности межличностного взаимодействия. Третья фаза описывается под названием «фазы истощения». Она характеризуется снижением энергетического тонуса, выраженными психовегетативными нарушениями. Отмечается снижение настроения с чувством безнадежности, бесперспективности, повышенный уровень тревоги с признаками дезорганизации психической деятельности (снижением памяти, нарушением концентрации внимания и др.), склонность к соматизации в виде разнообразных соматических симптомов: различных болевых ощущений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других физиологических систем.

По мере накопления опыта врач обучается «дозировать» степень эмоциональной вовлеченности в процессе профессионального общения. Эмоциональная «включенность» важна в начале общения с больным, при установлении психологического контакта. В дальнейшем взаимодействии эмоциональные компоненты общения могут быть значительно уменьшены. Интенсивность эмоциональных контактов с пациентом повышается лишь на отдельных, наиболее значимых этапах диагностики и терапии: при необходимости убедить больного пройти болезненную диагностическую процедуру, в случае принятия решения о проведении операции, особенно, если существует вероятность неблагоприятного исхода. Роль эмоционального взаимодействия возрастает в ситуациях возникновения угрозы жизни больного, при общении с депрессивными пациентами, имеющими суицидальные тенденции, а также при контактах с больными, перенесшими тяжелую психическую травму (смерть близкого человека, потеря трудоспособности, развод).

Еще один компонент профессиональной адаптации связан с формированием *«профессионального имиджа»* как важного инструмента врачебной деятельности. Один из наиболее значимых его элементов - уверенное поведение врача, адекватное ситуации. При любых, самых неожиданных, опасных ситуациях, как бы ни был врач шокирован, напуган, подавлен допущенной ошибкой, он не должен показывать своей растерянности больному. Уверенный стиль поведения помогает сформировать у больного «терапевтическую иллюзию» абсолютной компетентности врача, его способность контролировать ситуацию и определять прогноз, что позволяет пациенту сохранять веру в благополучный исход событий. Уверенное поведение помогает обеспечить доверие больного, вселить в него надежду, активизировать защитные и компенсаторные механизмы. Другими составляющими «профессионального имиджа» являются характеристики невербального поведения: открытые позы, располагающие к общению; коммуникативные и экспрессивные жесты, рассчитанные на произведение определенного впечатления; мимические реакции, выражающие доброжелательность, спокойную уверенность; межличностная дистанция, отражающая степень эмоциональной близости в каждый момент общения в зависимости от поставленных тактических задач. Важен и внешний вид врача, особенности его речи: доверительная, властная или спокойная, уверенная интонация, плавная, хорошо построенная речь. Это повышает степень доверия к полученной информации и уверенность в профессиональной компетентности врача.

#### 2. Разработка социально-психологического тренинга для развития коммуникативной компетентности

**День1**

***Цель:*** Упражнение особенно подходит для первого занятия и является хорошим способом “сломать лёд” и быстро познакомить участников друг с другом.

***Необходимое время:*** 30 минут.

***Материалы:*** бумага, карандаш, ручки.

***Подготовка:*** Каждому члену группы даются карандаши и бумага. Участники получают следующую инструкцию. Напишите в столбик цифры от 1 до 10 и десять раз ответьте на вопрос “кто я?”. Используйте характеристики, черты, интересы и чувства для описания себя, начиная каждое предложение с местоимения “я”…

После того как закончите составлять этот перечень, прикройте листок бумаги на видном месте на гуди. Затем начинайте медленно ходить по комнате, подходите к другим членам группы и внимательно читайте то, что написано на листке у каждого. Не стесняйтесь комментировать перечни других участников. В качестве варианта каждый член группы может громко прочесть свой перечень остальной группе [11].

**День 2**

***Цель:*** Следующие упражнения могу предоставить членам группы возможность для лучшего знакомства и экспериментирования с вербальным и невербальным общением.

***Необходимое время:*** 30 минут

***Материалы:*** нет

***Подготовка:*** Специальной подготовки не требуется

***Процедура:*** Выберите себе партнёра. Вместе выполняйте одно из описанных ниже коммуникативных упражнений. Приблизительно через пять минут перейдите к другому партнёру и выполните второе упражнение. То же повторите и для двух последних упражнений.

Спина к спине. Сядьте на пол спина к спине. Постарайтесь вести разговор. Через несколько минут повернитесь и поделитесь своими ощущениями.

Сидящий и стоящий. Один из партнёров сидит, другой стоит. Постарайтесь в этом положении вести разговор. Через несколько минут поменяйтесь позициями, чтобы каждый из вас испытал ощущение “сверху” и “снизу”. Ещё через несколько минут поделитесь своими чувствами.

Только глаза. Посмотрите друг другу в глаза. Установите зрительный контакт без использования слов. Через несколько минут вербально поделитесь своими ощущениями.

Исследование лица. Сядьте лицом к лицу и исследуйте лицо вашего партнёра с помощью рук. Затем дайте партнёру исследовать ваше лицо. Поделитесь своими ощущениями и переживаниями [11].

**День3**

***Цель:*** упражнение используется для расширения сенсорного осязания и развития межличностного доверия.

***Необходимое время:*** 1 час.

***Материалы:*** Повязка на глаза; достаточное пространство для работы; предпочтительно выполнять упражнение на открытом месте.

***Подготовка:*** специальной подготовки не требуется.

***Процедура:*** Группе даётся следующая инструкция. Разделитесь на пары, выбрав себе в качестве партнёра наименее знакомого человека. Один человек в каждой паре становится ведущим. Другой – ведомым, ему одевается повязка на глаза. Через полчаса поменяйтесь ролями. Упражнение выполняется невербально.

Если вы в роли ведущего, возьмите вашего партнёра за кисть, руку или талию и водите его для сенсорного исследования пространства. Молча руководите им. Приводите вашего партнёра в контакт с интересующей его фактурой, например с листьями, занавесками и коврами. Постарайтесь заставить партнёра ощутить солнечное тепло, услышать птиц или отдалённые разговоры, ходить и бегать. Через 20-30 минут остановитесь и снимите повязку с глаз партнёра. Затем поделитесь своими чувствами, касающиеся руководства и ответственности за другого.

В качестве ведомого обратите внимание на то, как вы себя чувствуете, когда вынуждены полностью доверять другому человеку, берущему на себя ответственность за ваш опыт и благополучие. Почувствуйте каждое новое ощущение. Поделитесь своими чувствами с партнёром [15].

**День4**

***Цель:*** язык – важнейшее средство коммуникации, форма существования и выражения мышления. Это упражнение помогает силами группы изменить структуру своего языка.

***Необходимое время:*** 30 минут.

***Материалы:*** нет.

***Подготовка:*** специальной подготовки не требуется.

***Процедура:*** Сядьте лицом к лицу с партнёром и глядя ему в глаза, скажите три фразы, начиная каждую словами “я должен”. Теперь вернитесь к своим фразам и замените в них слова “я должен” словами “я предпочитаю”, сохранив неизменными остальные части. Затем выслушайте изменённые фразы в утверждениях партнёра. Поделитесь своими переживаниями.

По очереди с партнёром скажите три фразы, начинающиеся словами “я не могу”. И затем замените в них “я не могу” на “я не хочу”. Поделитесь с партнёром своим опытом и посмотрите, можете ли вы почувствовать свою способность отказаться, а не свою некомпетентность или беспомощность.

Наконец, по очереди с партнёром скажите три фразы, начинающиеся словами “я боюсь, что”, и затем поменяйте “я боюсь, что” на “я хотел(а) бы”, оставляя остальные части фраз без изменений.

Слова “я должен”, “я не могу”, “мне надо”, “я боюсь, что” отрицают вашу способность быть ответственным. Изменяя свой язык, вы можете сделать шаг к повышению ответственности за собственные мысли, чувства и действия [11].

**День5**

***Цель:*** упражнение используется для отработки коммуникативных умений в группе, а также для овладения навыками высказывания и принятия обратных связей.

***Необходимое время:*** 1 час.

***Материалы:*** нет.

***Подготовка:*** специальной подготовки не требуется.

***Процедура:*** Три члена группы добровольно вызываются участвовать в упражнении. Каждый доброволец выбирает один из коммуникативных стилей.

1. Умиротворяющий – угождающий и соглашающийся человек, непристанно извиняющийся и старающийся любой ценой не вызвать волнения. Умиротворяющий чувствует свою бесполезность, выглядит беспомощным.
2. Обвиняющий – противоположен умиротворяющему. Упрекает, провоцирует, считает других виновными. Говорит громким, властным голосом, мышцы лица и тела напряжены.
3. Человек – компьютер – ультрарассудительный, спокойный холодный и собранный человек, избегающий выражать чувства. Говорит монотонно, абстрактно, выглядит негибким, зажатым.
4. Уводящий в сторону – высказывает нерелевантные и приводящие в недоумение суждения. Позы тела кажутся неуклюжими, интонации могут не соответствовать словам.

Добровольцы, демонстрируя определённый коммуникативный стиль, включаются в дискуссию друг с другом. Остальные члены группы наблюдают взаимодействие; такая форма выполнения упражнения получила название “круглый аквариум”. Через пять минут наблюдателей приглашают прокомментировать своё восприятие дискуссии. Затем добровольцы делятся с группой впечатлениями, возникшими в данной ситуации. Экспериментируя с альтернативными способами общения, участники могут научиться подходить друг к другу в более соответствующей и менее защитной манере.

Теперь повторите процедуру с тремя новыми участниками. Постарайтесь дать каждому члену группы поучавствовать хотя бы один раз [11].

**День6**

***Цель:*** Это упражнение может снизить тревожность, связанную с межличностным общением, и даёт возможность попрактиковаться в коммуникативных умениях.

***Необходимое время:*** 30 мин.

***Материал:*** нет.

***Подготовка:*** специальной подготовки не требуется.

***Процедура:*** Группа делится на пары. На первом этапе одному участнику в паре разрешается задавать только открытые вопросы, дающие возможность партнёру ответить более полно. Другой участник пары отвечает на каждый вопрос с помощью раскрывающей произвольной информацией, которая выходит за рамки строгого ответа на вопрос. Оставайтесь в роли около пяти минут, чтобы оба партнёра могли поупражняться в постановке открытых вопросов и предоставление произвольной информации.

На втором этапе упражнения один участник из каждой пары начинает добровольно давать свободную информацию или описывать личный опыт. Второй участник пытается продлить разговор, либо прося пояснить, либо перефразируя.

Между двумя этапами упражнения дайте парам поделиться своими переживаниями и трудностями. Когда вы сможете легко открывать свой внутренний мир, задавать вопросы, допускающие широкий диапазон ответов, используя методы активного слушания, вы овладеваете искусством ведения разговора [11].

### Заключение

Результаты проведённой работы позволяют сделать следующие выводы:

1. Исходя из того, что в современном обществе возрастает значимость компетентности в общении, развитие последней является актуальной проблемой социальной психологии.
2. Социально – психологический тренинг является эффективным средством психологического воздействия, позволяющим решать широкий круг задач в области развития компетентности в общении
3. Активное использование социально – психологического тренинга для решения реальных практических проблем является актуальной задачей социальной психологии. Основу контингента возможных участников групп социально – психологического тренинга составляют лица трёх категорий : а)различного уровня руководители; б) люди, профессия которых предполагает интенсивное общение; в)люди, испытывающие серьёзные трудности в общении.
4. Социально – психологический тренинг не может рассматриваться в качестве лаборатории “роста личности”. В действительности, тренинг способен дать лишь побудительный толчок к глубоким личностным изменениям, которые затем могут развиваться и укрепляться в условиях реальной жизнедеятельности, являющейся единственной сферой и основным источником личностных перестроек [9].

### Список литературы

1. Андреева Г.М. Социальная психология. - М.: Аспект Пресс, 1996. – 376с.
2. Бодалева А.А. Психологическое общение. – М.: Изд-во “Институт практической психологии”, Воронеж: Н.П.О, “Модек”, 1996.- 256с.
3. Жуков Ю.М., Петровская Л.А., Соловьёва О.В. Введение в практическую и социальную психологию. М.: Смысл, 1996.-373с.
4. Емельянов Ю.Н. Активное социально – психологическое обучение.- Издат Лен. Гос. Ун., 1985.-162с
5. Мелибурда Е.Л.- Ты-мы: Психологические возможности улучшения общения.- М.: Прогресс, 1986.- 265с.
6. Мир мудрых мыслей (сост. Л.Л. Ермолинский, Т.Ф. Ермолинская).- Иркутск. “Символ”, 1995.- 608с.
7. Основы социально-психологической теории. Под редакцией Бодалева А.А., Сухова А.Н.-М.: Маждународная педагогическая академия, 1995.-412с.
8. Общение и оптимизация совместной деятельности. Под редакцией Андреевой Г.М.- М.: 1987.- 297с.
9. Петровская Л.А. Компетентность в общении. – М.: Изд-во МГУ,1989.- 216с.
10. Руденский Е.В. Социальная психология: Курс лекций. - М.: ИНФА-М; Новосибирск: ИГАЭиУ, 1997.-224с.
11. Рудесташ К. Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика. – М.:Прогресс, 1990.- 220с.
12. Столяренко Л.Д. Основы психологии. – Ростов н/Д.: Изд. “Феникс”, 1995.-736с.
13. Хрестоматия по социальной психологии. Учебное пособие для студентов под редакцией Кутасовой Т.- М.: Международная педагогическая академия,1994.-222с.
14. Чистякова М.И. Психоглинастика .М.: Просвещение: Владос, 1995.-160с.