



ФГБОУ ВО «Ивановская государственная
медицинская академия» Минздрава России

КОНЦЕПЦИЯ ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ СПЕЦИАЛИСТА В СВОЕЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Овчинникова Ирина Викторовна –
к.психол.н., доцент

Коммуникативная компетентность

- это наличие определенных психологических знаний о психологических, возрастных особенностях личности, о способах переживания и реагирования на болезнь, стресс в зависимости от типа темперамента, специфики психического склада личности.

Коммуникативная компетентность является *профессионально значимой характеристикой специалиста сферы деятельности «человек - человек».*

знание врачом
себя и своих
пациентов

умение правильно
воспринимать и оценивать
коллег

способность к
саморегуляции

умение строить
взаимоотношения
с людьми и гибко,
адекватно
реагировать на
трудные
клинические
ситуации

**Психологические параметры
коммуникативной
компетентности**

владение
невербальными
и вербальными
навыками
общения

Активное осознание индивидом естественных межличностных ситуаций и самого себя как участника деятельностных ситуаций на путях развития социально-психологического воображения, позволяющего видеть мир с точки зрения других людей.

Знания

Личностные
диспозиции

Умения

знания локального этикета, признаков для распознавания самих ситуаций и отдельных эпизодов; знания о закономерностях протекания тех или иных коммуникативных процессов и многое другое...

Содержательные компоненты коммуникативной компетентности как готовности и умения использовать ресурсы для организации и осуществления эффективных коммуникативных действий

умение проводить консультации, работать с группой (фасилитация); умения давать и брать интервью, навыки уверенного (ассертивного) поведения, навыки письменной речи; умения вести телефонные переговоры

Личностные качества: проявления теплоты, искренности, эмпатии и доброжелательности; навыки активного слушания, когда акцентируется роль установок на партнера по коммуникации (таких, как положительное отношение к партнеру и эмпатии); стабильные характерологические образования как экстраверсия и эмоциональная устойчивость

«Знание» правил поведения в типичных социальных ситуациях

**«Фундаментальный»
уровень -
операциональный состав
коммуникативных
действий**

Достаточно широкий набор коммуникативных техник («репертуар межличностных реакций»)

Знание правил коммуникативного этикета, чувство уместности («реактивной чувствительности»)

Коммуникативная компетентность - комплекс знаний и навыков, необходимых для осуществления успешной коммуникации

Коммуникативные установки, ориентации и предрасположенность к ориентации на открытое или закрытое общение, установка на манипулирование и др. образования

К этому уровню относится не только *умение корректировать свои действия в связи с изменяющейся обстановкой*, но и *умения трансформировать своими действиями ситуацию*, если она становится неблагоприятной для решения поставленных задач.

А также, *умение планировать и осуществлять коммуникативные действия на основе понимания целостной коммуникативной ситуации*, включая видение открывающихся и закрывающихся по ходу развертывания взаимодействия возможностей для достижения целей.

Коммуникативная компетентность

- **зависит** не только *от присущих индивиду свойств*, но и от *изменений*, происходящих *в обществе* (системе здравоохранения, в частности), и связанной с этими изменениями *социальной мобильностью самого специалиста*;
- это *развивающийся и осознаваемый опыт общения* между людьми (межличностный опыт), который формируется и актуализируется в условиях непосредственного человеческого взаимодействия;
- формируясь и реализуясь коллективно, межличностный опыт вместе с тем *является индивидуальным достоянием*;
- *первым и основным признаком коммуникативной компетентности* является его убеждение в том, что коммуникативная компетентность – не просто индивидуальное качество, а *определенное состояние сознания людей, стремящихся понять друг друга*;
- предполагает наличие у врача *определенных профессиональных взглядов и убеждений, установки на эмоционально-положительное отношение к пациенту, независимо от его личностных качеств, и целый комплекс коммуникативных навыков и умений, необходимых для медицинского взаимодействия (построения терапевтического альянса с клиентом)*.

Этапы (фазы) эффективного общения врача с пациентом

Контактная фаза общения - это первый этап профессионального общения врача и больного. В течение контактной фазы врач знакомится со своим пациентом, между ними устанавливается психологический контакт, складывается первое впечатление друг о друге, формируются предпосылки для последующего межличностного взаимодействия. Важно *врачу эффективно психологически «присоединиться» к пациенту.*

Фаза ориентации. На протяжении контактной фазы врач стремится расположить к себе больного, принимая естественную, асимметричную, открытую позу, контролируя жесты и мимические реакции лица, интонации голоса, громкость, темп и ритм речи.

Фаза аргументации. *Основное содержание фазы — получение* дополнительной информации, которая может быть вербальной (расспрос больного, разнообразные уточняющие вопросы, которые появляются по ходу беседы, по мере изложения пациентом своих жалоб) и невербальной (осмотр больного).

Фаза корректировки. Встреча с больным должна иметь завершение не только в профессиональном плане, но и в психологическом. Важно, какими словами врач заканчивает беседу.

Психологические характеристики, формирующие коммуникативную компетентность

- **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;
- **«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;
- ***эмоциональная стабильность***, уравновешенность при отсутствии импульсивности, чрезмерной эмоциональной экспрессивности, с сохранением контроля над эмоциональными реакциями и поведением в целом; *душевное равновесие врача, его спокойная доброжелательность, эмоциональная стабильность вызывают у пациента чувство надежности, способствуют установлению доверительных отношений*

- **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;
- **сенситивность к отвержению**. Способность воспринимать негативное отношение окружающих, в частности, пациентов, которое может возникать на определенных этапах лечения; неуверенность в собственной профессиональной состоятельности может стать причиной психической травматизации и приводить к эмоциональным расстройствам.

Психологические особенности, снижающие коммуникативную компетентность врача

- **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. Врачи с высокой **личностной тревожностью**, склонные реагировать на любые изменения повышением тревоги, обычно малопривлекательны для больных, которые предпочитают более стабильных и эмоционально уравновешенных врачей.
- **Депрессивность**. Если эмоция тревоги направлена в будущее, то депрессия связана с переживанием прошлого. Погруженный в собственные переживания врач «заражает» своего больного тоскливой безнадежностью, разрушая позитивные эффекты проведенной терапии.
- **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. интровертированность сопровождается недостатком интуиции, чуткости, тактичности в межличностных отношениях, низким уровнем эмпатии; выступая в роли «коммуникативного барьера», препятствующего эффективному общению.

«Синдром эмоционального сгорания»

Субъективно проявляется в *чувстве психического истощения*, вследствие чего *снижается эффективность профессионального взаимодействия*: специалист уже не может полностью отдаваться работе, как это было прежде, *снижается самооценка, деятельность субъективно воспринимается как недостаточно успешная*. Возможно появление *негативного отношения к клиентам*, воспринимаемым как источник хронической психической травматизации. Взаимодействуя с человеком, специалист *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 клиента, не замечает его депрессивных, суицидальных тенденций. В высказываниях врача о своих больных могут появиться цинизм, холодное равнодушие и даже враждебность.

У женщин эмоциональное истощение развивается в большей степени, чем у 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.

Формирование «профессионального имиджа»

Уверенное поведение помогает обеспечить *доверие человека, вселить в него надежду, активизировать защитные и компенсаторные механизмы.*

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.

Особенности речи: доверительная, властная или спокойная, уверенная интонация, плавная, хорошо построенная речь. *Это повышает степень доверия к полученной информации и уверенность в профессиональной компетентности специалиста.*

КОНЦЕПЦИЯ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ПО ТРАНСАКТНОМУ АНАЛИЗУ

Ребенок

- проявляет чувства (обиды, страха, вины и т. п.),
- подчиняется, шалит, проявляет беспомощность, задает вопросы:
«Почему я?», «За что меня наказали?», извиняется в ответ

на замечания и т. п.

Взрослый

- работает с информацией, рассуждает, анализирует, уточняет ситуацию, разговаривает на равных, апеллирует к разуму, логике и т. п.

Родитель

- требует, оценивает, (осуждает и одобряет), учит, руководит, покровительствует и т. п.

1. Составить матрицу, выделить субъекты (инициатор, «мишень»)

2. Уяснить, с каких позиций выступает каждый из субъектов: Р, В, Д.

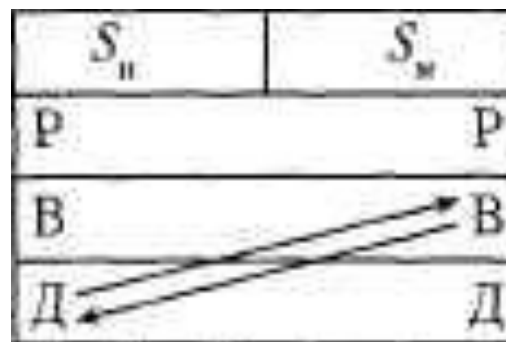
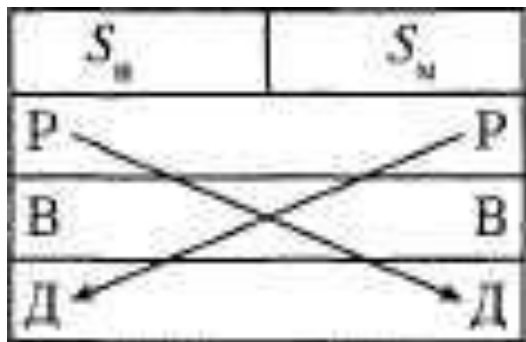
3. Уяснить направленность позиции каждого субъекта МЛВ и обозначить стрелками в матрице.

4. По матрице определить сумму расхождений в позициях.

5. Сделать вывод:

- а) сумма расхождений равна нулю — отсутствие конфликтной ситуации;
- б) сумма расхождений от одного до четырех свидетельствует о наличии конфликтной ситуации.

Пример конфликтной ситуации




Этапы (фазы) эффективного общения врача с пациентом

Контактная фаза общения - это первый этап профессионального общения врача и больного. В течение контактной фазы врач знакомится со своим пациентом, между ними устанавливается психологический контакт, складывается первое впечатление друг о друге, формируются предпосылки для последующего межличностного взаимодействия. Важно врачу эффективно психологически «присоединиться» к пациенту.

Фаза ориентации. На протяжении контактной фазы врач стремится расположить к себе больного, принимая естественную, асимметричную, открытую позу, контролируя жесты и мимические реакции лица, интонации голоса, громкость, темп и ритм речи

Фаза аргументации. Основное содержание фазы — получение дополнительной информации, которая может быть вербальной (расспрос больного, разнообразные уточняющие вопросы, которые появляются по ходу беседы, по мере изложения пациентом своих жалоб) и невербальной (осмотр больного).

Фаза корректировки. Встреча с больным должна иметь завершение не только в профессиональном плане, но и в психологическом. Важно, какими словами врач заканчивает беседу.

The background features a vibrant green color palette. On the left, there are several glossy green leaves with water droplets. Below them is a small globe of the Earth. The bottom left corner shows a stylized blue and white globe with green leaves. The right side of the image is dominated by large, flowing, wavy green shapes that create a sense of movement and depth. The overall aesthetic is clean, modern, and nature-inspired.

**Психологические
основы переживания
утраты и оказание
психологической
помощи в горе**

Основные понятия

- **ГОРЕ (процесс горевания)** - специфический психический процесс, развивающийся как *реакция на любую личносно - значимую потерю*, протекающий по определенным законам и направленный на решение определенных психологических проблем.

Ситуации связанные с утратами и горем

- *Природные, социальные, военные катастрофы.*
- *Потеря близких людей, смерть, развод, отделение от семьи, друзей, переезды и т.д.*
- *Необратимые изменения физического состояния:* тяжелая, неизлечимая болезнь, изменения внешности, потеря органов, калечащие операции и т.д.
- *Травматические ситуации,* связанные с резким изменением социального статуса и среды (статус заложника, заключенного, исключение из значимой группы).

Общее во всех этих ситуациях

- Переживание острого или хронического страдания и изменение самооценки – *самооценочная дезадаптация.*
- Работа с горем направлена на:
 - *эмоциональное и личностное принятие ситуации* и
 - *восстановление самооценки.*

Симптоматология нормального горя

Общими для всех являются следующие симптомы:

- периодические *приступы физического страдания*, длящиеся от двадцати минут до одного часа,
- *спазмы в горле*,
- *припадки удушья* с учащенным дыханием, постоянная потребность вздохнуть,
- чувство *пустоты в животе*,
- *потеря мышечной силы* и интенсивное субъективное страдание, описываемое как *напряжение или душевная боль*.

Наиболее выраженные черты

- *постоянные вздохи* - это нарушение дыхания особенно заметно, когда больной говорит о своем горе,
- общие для всех больных *жалобы на потерю силы и истощение*: "почти невозможно подняться по лестнице", "все, что я поднимаю, кажется таким тяжелым", "от малейших усилия я чувствую полное изнеможение»,
- *отсутствие аппетита*.

Симптомокомплексы сопутствующие гореванию

- **Физическое страдание** – слабость, одышка, нарушение сна (или боязнь заснуть), нарушение аппетита, возможно обострение хронических болезней или появление симптомов болезни умершего.
- **Поглощенность образами прошлого**, предшествовавшего потере (образом умершего).
- **Болезненные чувства**: вины, обида, враждебность к себе или другим, одиночество, бессмысленность, беспомощность.
- **Утрата обычных моделей поведения** – изменение интенсивности общения, регресс вплоть до невозможности работать или наоборот, гиперактивность.

Ход нормальных реакций горя. Фазы процесса горевания

1. Шок, оцепенение (*до нескольких дней*)
осознания еще может не быть, переживание не началось, возможна «механическая» деятельность, опасен внезапный переход в реактивное состояние (надо быть рядом, физический контакт).

2 фаза страданий и дезорганизации (6-7 недель)

- В начале – тоска, беспокойство, поиск ушедшего человека – мысли о нем, ожидание встретить, внимание к памятным местам, вещам (бессознательная символическая попытка вернуть).
- Острая душевная боль, поглощенность образами прошлого, идеализация ушедшего человека, болезненные чувства.

3 фаза остаточных толчков и реорганизации (*до 1 года, 1 год – первичная адаптация к любой изменившейся ситуации*)

- Приступы страдания (не постоянно, как раньше), образы потерянного человека и себя интегрируются. Восстанавливается самооценка, планируется дальнейшая жизнь.

4 фаза завершения (*после года*)

- Принятие потери.
- Изменение эмоционального тона переживания – не горе, а печаль, переосмысление потери, восстановление способности к **НОВЫМ ОТНОШЕНИЯМ.**

Интенсивность, длительность и завершенность процесса горевания зависят от:

- ***зрелости личности*** (если умерший воспринимается как часть меня, то не происходит отделения и восстановления);
- ***характера и значения взаимоотношений*** перед смертью (завершенность, конфликты, ссоры, невыполненные обещания);

Интенсивность, длительность и завершенность процесса горевания зависят от:

- *возможности попроситься* – завершить горевание («заговор молчания», «непохороненные травмы»);
- *поддержки окружающих* – совместное горе, проговаривание, обмен опытом;
- обусловленных *культурой и этнической* принадлежностью норм.

Болезненные реакции горя

Болезненные реакции горя *являются искажениями нормального горя.*

а) ***Отсрочка.*** Если тяжелая утрата застаёт человека во время решения каких-то очень важных проблем или если это необходимо для моральной поддержки других, он может почти или совсем не обнаружить своего горя в течение недели и даже значительно дольше.

Болезненные реакции горя

б) искаженные реакции:

1) *повышенная активность без чувства утраты*, а скорее с ощущением хорошего самочувствия и вкуса к жизни; предпринимаемая человеком деятельность носит экспансивный и авантюрный характер, приближаясь по виду к занятиям, которым в свое время посвящал себя умерший;

2) появление у человека *симптомов последнего заболевания умершего*.

Четыре задачи психологической помощи

- *Первая задача* для горюющего - это *признание факта потери*. Как только горюющий признаёт для себя реальность потери, считается, что он *выполнил эту задачу* и переходит к решению второй.
- *Вторая задача* состоит в том, чтобы *пережить боль потери*. Имеется в виду, что нужно пережить все сложные чувства, которые сопутствуют утрате.

Если горюющий не может почувствовать и прожить боль потери, которая есть абсолютно всегда, *она должна быть выявлена и проработана с помощью терапевта*, иначе боль проявит себя в других формах, например, через психосоматику или расстройства поведения.

Третья задача

- Следующая задача, с которой должен справиться горюющий, это **налаживание окружения**, где ощущается отсутствие объекта утраты.
- Когда человек теряет близкого, он теряет не только объект, которому адресованы чувства и от которого чувства получают, он лишается определённого уклада жизни, поведения, исполнения каких-то ролей и обязанностей.

Последняя, четвёртая задача

- Выстроить *новое отношение* к объекту утраты и *продолжать жить*.
- Решение этой задачи не предполагает ни забвения, ни отсутствия *эмоций*, а только их *перестройку*.

Работа горя завершена

- Горюющий вновь способен вести нормальную жизнь, чувствовать себя адаптированным, проявлять интерес к жизни.

Переживание неизлечимой болезни

- Это есть кризисная ситуация, которая включает переживание горя. Связанное с невозполнимой утратой и так же характеризуется периодизацией:
- отрицание,
- гнев,
- заключение соглашения,
- депрессия,
- принятие.

Защитные механизмы психики

- *Защитные механизмы* – бессознательные механизмы активной борьбы «Я» против любой психической опасности, проявляющейся *в виде неприемлемых или болезненных чувств, избыточной тревоги или угрозы самоуважению.*

Совладающее или преодолевающее поведение

- **Копинг - механизмы – *целенаправленное поведение личности***, по осознанному овладению проблемной ситуацией и чувствами с нею связанными для адаптации к стрессу, контролю над ними, сохранения деятельности на фоне стресса, т.е. для устранения или уменьшения вредного воздействия стресса.

Преодолевающее поведение определяется

- *Сознательной оценкой ситуации* следует считать – представления о собственном «Я- образе» (в какой степени в этот образ входит самоуважение, ощущение собственной ценности, вера в собственные возможности, удовольствие от деятельности, честолюбие).


Преодолевающее поведение

1. Проблемно – ориентированное поведение:

- это действия направленные на изменения ситуации, ее последствий или рациональное (осознанное) избегание, «обход» опасной ситуации, рациональный отказ от недостижимых целей.

2. Эмоционально - ориентированное поведение

- **Совладание в узком смысле – через переживание.**
- **Изменение способа интерпретации ситуации или своего отношения к ней.**
- **Переоценка ситуации или самого себя.**



**Благодарю
за
ВНИМАНИЕ**