**Пособие "Социально-психологические основы профессиональной деятельности врача"**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  имени академика И.П. Павлова  **Кафедра психиатрии и наркологии с курсом общей**  **и медицинской психологии**    СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ  ОСНОВЫ  ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ  ДЕЯТЕЛЬНОСТИ  ВРАЧА    *Учебно-методическое пособие по курсу психологии*  *для студентов СПбГМУ  им. акад. И.П.Павлова*    Санкт-Петербург, 2004 г.  Пособие составлено сотрудниками кафедры психиатрии и наркологии с курсом общей и медицинской психологии: зав. курсом медицинской психологии к.п.н. Исаевой Е.Р., к.п.н. Ершовой С.К., к.м.н. Пиотровской В.Р., к.м.н. Лебедевой У.В., к.п.н. Бариновой М.Г., асс. Трубиной В.В., Галицыной Е.Ю.,  Зуйковой Н.В.   **Редактор**:  Заведующий кафедрой психиатрии, доктор медицинских наук, профессор  Незнанов Н.Г.         **Рецензент**:   Заведующий отделением дистанционного обучения факультета психологии СПбГУ, доктор психологических наук, профессор Куликов Л.В.  Утверждено на заседании цикловой методической комиссии СПбГМУ им. И.П. Павлова  Оглавление  [**1 Тема занятия: Человек в группе**](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc71685417)  [**1.1** Понятие группы](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470889)  [**1.2** Классификация групп](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470890)  [**1.3** Групповая динамика и основные параметры малой группы](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470891)  [**1.4** Ролевая структура группы](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470892)  [**1.5** Лидерство в группах](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470893)  [**1.6** Практикум 1.](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470894)  [**1.7** Практикум 2.](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470895)  [**1.8** Контрольные вопросы](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470896)  [**1.9** Литература](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470897)  [**2 Тема занятия: Семья как малая социальная группа**](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470898)  [**2.1** Функции семьи](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470899)  [**2.2** Структура и динамика семьи](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470900)  [**2.3** Стили воспитания детей](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470901)  [**2.4** Практикум 3.](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470902)  [**2.5** Контрольные вопросы](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470903)  [**2.6** Литература](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470904)  [**3 Тема занятия: Половозрастные характеристики групп**](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470905)  [**3.1** Уровни и механизмы детерминации пола](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470906)  [**3.2** Этапы социально-психологической детерминации](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470907)  [**3.3** Возрастные периоды жизни человека](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470908)  [**3.4** Практикум 4.](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470909)  [**3.5** Контрольные вопросы](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470910)  [**3.6** Литература](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470911)  [**4 Тема занятия: Общение как самостоятельная форма аактивности человека**](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc71685441)  [**4.1** Определение общения](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470913)  [**4.2** Социализация](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470914)  [**4.3** Виды общения](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470915)  [**4.4** Функции общения](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470916)  [**4.5** Компоненты общения и механизмы социальной перцепции](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470917)  [**4.6** Эффекты межличностного восприятия](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470918)  [**4.7** Каузальная атрибуция](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470919)  [**4.8** Факторы, влияющие на общение](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470920)  [**4.9** Коммуникативные барьеры](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470921)  [**4.10** Практикум 5.](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470922)  [**4.11** Контрольные вопросы](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470923)  [**4.12** Литература](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470924)  [**5 Тема занятия: Наблюдательность как профессионально вважное качество врача**](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470925)  [**5.1** Наблюдательность](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470926)  [**5.2** Понятие невербального общения](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470927)  [**5.2.1** Согласованность вербального и невербального сообщений](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470928)  [**5.2.2** Интерпретация невербального поведения](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470929)  [**5.3** Параметры невербального поведения](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470930)  [**5.3.1** Расстояние между собеседниками](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470931)  [**5.3.2** Жесты](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470932)  [**5.3.3** Позы](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470933)  [**5.3.4** Взаимное расположение собеседников](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470934)  [**5.3.5** Мимика](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470935)  [**5.3.6** Сигналы глаз](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470936)  [**5.3.7** Невербальные вокальные феномены](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470937)  [**5.4** Практикум 6.](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470938)  [**5.5** Контрольные вопросы](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470939)  [**5.6** Литература](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470940)  [**6 Тема занятия: Вербальная коммуникация и взаимное влияние людей в процессе межличностного общения**](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470941)  [**6.1** Вербальная коммуникация](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470942)  [**6.2** Активное слушание как способ понимания](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470944)  [**6.3** Виды вопросов](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470945)  [**6.4** Виды влияния](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470946)  [**6.5** Практикум 7. Техники активного слушания](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470947)  [**6.6** Практикум 8. Вопросы](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470948)  [**6.7** Контрольные вопросы](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470949)  [**6.8** Литература](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470950)  [**7 Тема занятия: Конфликты**](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc71685478)  [**7.1** Понятие конфликта](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470952)  [**7.2** Стратегии конфликтного поведения](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470953)  [**7.3** Приемы воздействия на оппонента, снижающие вероятность конфликта:](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470954)  [**7.4** Практикум 9.](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470955)  [**7.5** Контрольные вопросы](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470956)  [**7.6** Литература](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470957)  [**8** Оглавление.](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#TOC-.)  [**9 Тема занятия: Взаимоотношения врача и пациента**](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470958)  [**9.1** Предпосылки для взаимоотношений врача и пациента.](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470959)  [**9.2** Теоретические основы взаимоотношений врача и пациента с позиций психоанализа](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470960)  [**9.3** Основные фазы общения врача и пациента](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470961)  [**9.4** Особенности общения с пациентом врача-стоматолога](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470962)  [**9.5** Профессионально значимые качества врача.](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470963)  [**9.6** Модели взаимоотношений врача и пациента](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470964)  [**9.7** Практикум 10.](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470965)  [**9.8** Практикум 11.](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470966)  [**9.9** Практикум 12.](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470967)  [**9.10** Контрольные вопросы](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470968)  [**9.11** Литература](http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihologii/lechebnii/posobie-socialno-psihologiceskie-osnovy-professionalnoj-deatelnosti-vraca-#_Toc73470969)  **Тема занятия: Человек в группе**  **Цель занятия:** сформировать представление об особенностях общения человека в группе.  **Учебно-целевые вопросы занятия:**  1.      Понятие группы.  2.      Классификация групп.  3.      Групповая динамика и основные параметры малой группы.  4.      Ролевая структура группы.  5.      Лидерство в группах.  **Понятие группы**  Каждый из нас значительную часть своего времени проводит в различных группах – дома, на работе, в гостях, в спортивной секции, в купе железнодорожного вагона и т.д. Люди в группах ведут семейную жизнь, воспитывают детей, трудятся и отдыхают.  Некоторые группы созданы для длительного существования и стремятся к этому: школы, деревня, предприятия – такого рода группы заинтересованы в продолжении своего дела, это группы, которые не хотят исчезнуть. Другие группы обречены на недлительное существование (туристы). Некоторые группы являются свободными, другие имеют обязательный характер. Так, появившись на свет, мы не выбирали семью, этническую группу или нацию, но есть другие группы, куда вступают по желанию: спортивный клуб, культурные общества или социальное объединение.  ***Социальную группу*** *можно определить как совокупность индивидов, выделенных в одно социальное целое на основе каких-либо признаков*  **Классификация групп**  Существует ряд классификаций социальных групп, в каждой из которых используют различные основания для выделения тех или иных видов.  Группы подразделят на ***формальные и неформальные*.** Согласно американскому психологу Э.Мэйо, *формальная группа* отличается тем, что в ней четко определены статусы ее членов — они предписаны групповыми нормами. Соответственно в формальной группе так же строго распределены и роли всех членов группы, система лидерства и подчинения (“структура власти”). Примером формальной группы является любая группа, созданная в условиях конкретной деятельности: рабочая бригада, спортивная команда и т.д.  В отличие от формальных групп, *“неформальные”* группы складываются и возникают стихийно, где ни статусы, ни роли не предписаны, где нет заданной системы взаимоотношений по вертикали, т.е. отсутствует строгая структура “власти”. Неформальная группа, как правило, состоит из близких друзей, объединенных каким-то общим интересом или связанных личными симпатиями. Она может образоваться внутри формальной, когда, например, в школьном классе возникают более мелкие группировки. Тогда внутри формальной группы переплетаются две структуры отношений: формальные и неформальные.  Существует еще один тип групп: ***референтная группа –*** группа, в соответствии с которой индивид оценивает свое собственное поведение или ситуацию, в которой он находится.  Для социальной психологии значимо разделение групп на **условные** и **реальные**.  ***Группа условная*** – это совокупность людей, объединенных по какому-либо общему для них признаку (полу, возрасту, характеру деятельности и т.д.) Индивиды, входящие в состав такой группы, не имеют прямых или косвенных взаимоотношений друг с другом. Такого рода группы еще называют «социальной категорией».  ***Группа реальная*** – это общность людей, существующая в определенном общем для них пространстве и времени, и объединенная реальными отношениями (например, семья, коллектив врачей отделения, сотрудники кафедры и т.д.). Среди этих реальных групп выделяют ***реальные естественные группы* *и реальные лабораторные группы*** (последняя является искусственной, поскольку создается в соответствии с замыслами исследователя)*.*    В свою очередь естественные группы подразделяются на так называемые **“большие”** и **“малые”** группы.    ***Большие группы* –** это совокупности людей, насчитывающие от нескольких десятков до нескольких миллионов человек.Примеры больших групп:  · социальные классы;  · различные этнические группы;  · профессиональные группы;  · возрастные группы (в качестве группы могут быть рассмотрены, например, молодежь, пожилые люди и др.).  Можно выделить следующие характерные особенности больших групп. Это:  - установление контакта между различными индивидами осуществляется в основном с помощью средств массовой коммуникации;  - отсутствие единой территории (члены таких групп могут жить в различных регионах одной или нескольких стран);  - может содержать  в своем составе множество других (формальных и неформальных) групп;  - не всегда у членов больших групп наблюдается и чувство единства.  ***Малая группа*** – это совокупность индивидов, непосредственно взаимодействующих друг с другом для достижения общих целей и осознающих свою принадлежность к данной совокупности.  Это немногочисленная по составу группа, члены которой объединены общей социальной деятельностью и находятся в непосредственном личном общении, что является основой для возникновения эмоциональных отношений, групповых норм и групповых процессов.  Малые группы подразделяют на две разновидности: ***становящиеся и развитые.*** Первые **-** формирующиеся группы, уже заданные внешними социальными требованиями, но еще не сплоченные совместной деятельностью в полном смысле этого слова, вторые - коллективы, т.е. группы более высокого уровня развития, связанные со специфическими видами социальной деятельности.  Малая группа, в рамках своего существования, проходит **несколько стадий.**        **Группа-конгломерат** – начальная стадия - т.е. это группа ранее незнакомых людей, случайно оказавшихся (или специально собранных) в одном месте и в одно время.        **Номинальная группа -** следующий уровень - характеризуется официальным присвоением ей какого-либо общего имени, названия, приписыванием извне определенных целей, видов и условий деятельности и т.п. При благоприятных условиях она трансформируется в группу-кооперацию.        **Группа-кооперация** отличается эффективной организационной структурой, высоким уровнем внутригруппового сотрудничества. Взаимоотношения в такой группе носят, прежде всего, деловой характер, что подчинено достижению ее официальных целей.        **Группа-автономия -** следующая ступень развития – характеризуется высоким единством ее членов в сфере деловых и эмоциональных отношений. Именно на этом уровне члены группы начинают идентифицировать себя с ней («мы» в отличие от «они» – другие группы).        **Коллектив** – высшая стадия развития группы. ***Коллектив*** – группа людей, объединенных общими целями, достигшая высокого уровня развития в ходе социально ценной совместной деятельности.  Членство в группах обеспечивает удовлетворение тех или иных потребностей общества в целом и каждого из его членов в отдельности.  **Групповая динамика и основные параметры малой группы**  ***Групповая динамика*** – это совокупность внутригрупповых социально-психологических процессов и явлений, характеризующих весь процесс функционирования и существования группы: образование, развитие, стагнация, регресс, распад.  Групповая динамика включает в себя: цели и задачи группы, нормы и правила, формирование взаимосвязей в группе, возникновение различных подгрупп на неформальной основе, влияние одного члена группы на другого, принятие решений, групповая сплоченность, групповые роли и проблема лидерства, взаимодействие с другими группами и т.д. Иными словами***,*** *групповая динамика* – это учение о силах, процессах и структуре, которые действуют в группе.  Можно выделить **основные параметры малой группы,** определяющие ее структуру:           Композиция группы (или ее состав).           Цели группы.           Нормы группы и система санкций (а также групповые ценности).           Групповые процессы (распределение ролей, проблема власти и лидерства, конформизм, сплоченность, совместимость, фазы развития группы).  Рассмотрим некоторые из этих параметров.  **Состав группы** может быть описан по различным показателям, в зависимости от того, значимы ли в каждом конкретном случае, например, возрастные, профессиональные или социальные характеристики членов группы. Группы - диады и группы - триады представляют собой наиболее типичные микрогруппы, из которых состоит любая малая группа.  **Численность группы.**  Одним из важных факторов, определяющих свойства группы является ее размер. Говоря о численности группы, принято начинать с диады.  Малые группы могут быть разными по количественному составу:  от 2-3 до 30-40 человек.  При изучении малых групп обнаружилось, что идеальный размер группы – 5 человек. Группы из 5 человек отмечали наибольшую удовлетворенность различными сторонами своей деятельности в группе. Когда группы превышали пять человек, отмечались тенденции к конкурентному и импульсивному поведению (А.Слейтер, 1958).  При сравнении групп с четным и нечетным количеством людей обнаружили, что нечетные более эффективны в своей деятельности. Например, в четных были зафиксированы более высокие показатели несогласия и антагонизма (им было труднее договориться).  Это объясняется тем, что в диадах можно получить большинство при решении вопросов только одним образом  – когда обе стороны приходят к согласию. А в нечетных группах – через получение большинства голосов.  С точки зрения оптимальности руководства малой группой считается, что она должна состоять из 5-9 человек. Эти цифры соответствуют, так называемому, магическому числу 7+ 2 (объем оперативной памяти  человека).  **Групповые цели.** Цели могут быть кооперативными и соревновательными.  *Кооперативная цель* – цель, достичь которую можно только совместными усилиями, при условии совместной работы. Когда перед группой стоит кооперативная цель, люди работают сообща, сотрудничают друг с другом. Каждый член группы будет чувствовать свою долю ответственности за достижение групповой цели.  *Соревновательная цель* – цель, которую можно достичь, лишь соревнуясь друг с другом. При соревновательной цели неизбежно противостояние. В соревновательной группе устанавливаются отношения соперничества.  Как показали исследования, в кооперативных группах более высокий уровень коммуникации, члены таких групп более дружелюбны друг к другу, кооперативные группы более продуктивны в своей работе и достигают лучших результатов. Однако в духе соревновательности есть и положительные моменты. (Примеры с кандидатами и выборными кампаниями, спортивная команда).  **Групповые нормы.**  Групповые нормы – это принятые в группе правила поведения. Существуют как неформальные групповые нормы (какую прическу  или одежду предпочесть, когда и где принимать пищу, как стоять в лифте). Но существуют и фиксированные нормы, которые закрепляются и прописываются в виде правил и установлений (правила общежития и т.д.).  Групповые нормы предусматривают позитивные санкции по отношению к тем, кто следует этим нормам и негативные санкции для тех, кто отступает от них.  Групповые нормы имеют значительную функциональную ценность**.** Они поддерживают сложившуюся организацию группы, сохраняя стабильность ее структуры и поддерживая определенный курс в направлении ее целей.   Действенность групповых норм обусловлена таким психологическим свойством личности, как конформность.   |  |  | | --- | --- | | |  | | --- | | **Конформность – подчинение личности групповому давлению** | |   Это проявляется в стремлении личности к согласованию своих мнений и действий с мнениями и действиями членов группы.  По данным ряда исследований важной причиной коформности является стремление получить одобрение или избежать осуждения окружающих. Противовесом выступает уверенность индивида в своем мнении.  Выделяют два типа влияния побуждающих индивида к конформному поведению:  информационное (желание быть первым) и нормативное (желание нравиться).  Факторы, влияющие на конформность:           Социальная ситуация (величина группы, степень определенности задачи, наличие «оппозиционера» в группе, групповая сплоченность);           Личностные факторы (ценности личности, особенности Я-концепции и т.п).  Важной характеристикой группы является ее сплоченность. Группы могут сильно различаться по степени своей сплоченности. Группа называется сплоченной, если ее члены очень привлекательны друг для друга.   |  |  | | --- | --- | | |  | | --- | | **Сплоченность  – готовность членов группы поддерживать друг друга, или взаимное тяготение членов группы друг к другу (Кратохвил С.).** | |   К примеру, сплоченность выражается в стремлении остаться в группе и любой ценой сохранить ее. У членов сплоченной группы сильно развито чувство групповой идентичности. Они, как правило, держатся вместе, всегда готовы прийти на помощь друг другу, преданы интересам группы. Сплоченность нужна для самого существования  и развития группы.  По мнению С. Кратохвила,  сплоченности содействуют:           Удовлетворение личных потребностей индивидуумов в группе или при помощи группы.           Цели всей группы, которые находятся в согласии с индивидуальными потребностями; взаимная зависимость при работе над конкретными задачами.           Выгоды, вытекающие из членства в группе и ожидание несомненной пользы от нее.           Разного рода симпатии между членами группы, их взаимное тяготение.           Дружески располагающая атмосфера.           Престиж группы, при одновременном повышении престижа индивида во время его членства в группе.           Влияние групповой деятельности, например, притягательность действий (интересные, увлекательные и т.п.).           Соперничество с иной группой.           Вражда, неприязнь и отрицательное отношение общества.  Однако сплоченность не всегда выступает как позитивный фактор. Высоко сплоченные группы в большей степени подвержены некоторым специфическим ошибкам при принятии решений.   |  | | --- | |  | |  | |  | | --- | | **Психологическая совместимость членов группы - это способность членов группы к совместной деятельности, основанная на их оптимальном сочетании.** | |   Совместимость бывает обусловлена как сходством каких-либо одних свойств членов группы, так и различием их других свойств. В итоге это приводит к взаимодополняемости людей в условиях совместной деятельности. Социально-психологическая совместимость –  оптимальное сочетание типов поведения людей в группе, общность их установок, потребностей, интересов и ценностных ориентаций.  Выделяют следующие критерии оценки совместимости:           результаты деятельности;           эмоционально-энергетические затраты ее участников;           их удовлетворенность этой деятельностью.  Учет требований психологической совместимости при образовании групп, как правило, ведет к повышению  продуктивности и удовлетворенности людей в группах.  Исследования показали, что успеха достигали те группы, которые были достаточно активны и обменивались информацией между собой, действуя коллегиально.  **Ролевая структура группы**  Каждая социальная группа имеет свою ролевую структуру, характеризующуюся распределением в группе социальных ролей.  ***Роль*** - нормативно одобряемый образец поведения, ожидаемый окружающими от каждого, кто занимает данную социальную позицию (по должности, полу, положению в семье и т.д.).  Один и тот же человек, как правило, выполняет различные роли в различных ситуациях общения (пример: начальник=отец=пациент=друг). Взаимодействие людей исполняющих различные роли, регулируются ***ролевыми ожиданиями***. То, как роль исполняется, подвержено социальному контролю, получает общественную оценку, а сколько-нибудь значительное отклонение от образца осуждается.  Всякая групповая структура представляет собой своеобразную иерархию престижа и статусов членов группы, где верхушку образуют референтные лица, а аутсайдерами оказываются нереферентные члены. Вершину лестницы занимает лидер группы.  В 1957г. Р. Шиндлер, изучая ***ролевую структуру группы***, описал четыре наиболее часто встречающиеся групповые роли и одну реже встречающуюся роль:  1.      **лидер** – наиболее референтное лицо в группе, это личность, за которой все остальные члены группы признают право брать на себя ответственные решения.  Он побуждает ее к действиям, составляет программу и придает отвагу.  2.      **эксперт** – человек, который имеет специальные знания, навыки и способности, которые группе всегда требуются или которые группа просто уважает. Он анализирует, рассматривает ситуацию с нескольких сторон; его поведение всегда самокритично и рационально.  3.      **пассивные и легко приспосабливающиеся члены**, старающиеся сохранить свою анонимность; большинство из них отождествляются с лидером.  4.      **самый «крайний» член**, который отстает от группы в силу собственной бездарности, какого–то отличия от всех остальных или от страха; иногда он отождествляется и объединяется с 5-й ролью (оппозиционера), чем провоцирует группу.  5.      **оппозиционер** – противник, активно выступающий против лидера.  В группах могут встречаться и многие другие роли, которые не всегда сводимы к этим основным. Например: монополист – пытающийся привлечь (захватить) к себе внимание; мученик – взывающий о помощи и в то же время отказывающийся от нее; моралист – который всегда прав; любимчик – пробуждающий нежные чувства и постоянно нуждающийся в защите; агрессор; шут, развлекающий группу по своему усмотрению; отшельник; непризнанный; соблазнитель и пр. ( С.Кратохвил). Задачей многих групп является расширение репертуара ролей. При невротических нарушениях роли бывают стойкими и малоадаптивными и, притом, неосознанными.  Выявить структуру  группы можно с помощью метода социометрии.  **Лидерство в группах**  Термин «лидерство» происходит от англ.”leadership”, что означает руководство.  Существует три основных теоретических подхода  в понимании происхождения лидерства.  **\*«*Теория черт»*** исходит из положений немецкой идеалистической психологии конца 19 - нач.20 вв. и концентрирует свое внимание на врожденных качествах лидера. В рамках этой теории большое внимание уделялось поиску специфических черт личности, присущих лидерам.   |  |  | | --- | --- | | |  | | --- | | **Человек проявляется как лидер вследствие своих исключительных физических или психологических характеристик, дающих ему определенное превосходство над другими.** | |     При этом считалось, что некоторые люди «рождаются лидерами», в то время как другие, где бы они ни оказались, никогда не смогут добиться успеха.  Обзоры работ на эту тему показали широкое разнообразие «черт лидера», чаще всего выделяются следующие черты:           Интеллект (должен быть выше среднего, но не на уровне гениальности, особенно важна способность к решению сложных и абстрактных проблем);           Инициатива (самостоятельность и находчивость, способность осознавать потребность в действии);           Уверенность в себе (достаточная высокая самооценка компетентности и уровня притязаний).           Некоторые добавляют способность подниматься над частностями ситуации и воспринимать  ее в связи со всей окружающей обстановкой.  \*Помимо личностных черт  многие авторы указывают на необходимость учета «ситуационных переменных». Имеется немало данных о том, что поведение, требуемое от лидера в одной ситуации, может не соответствовать требованиям другой ситуации.  В одних условиях для эффективного лидерства лидеру необходимо обладать одними чертами личности, а в других условиях – противоположными. Этим авторы объясняют появление и смену неформального лидерства.  Итак,   |  |  | | --- | --- | | |  | | --- | | **в зависимости от требований ситуации лидером будет тот член группы, черты личности которого окажутся в данный момент «чертами лидера»** | |     Эта точка зрения получила названия ***«ситуационной теории лидерства».***  \*Два столь крайних подхода породили третий, более или менее компромиссный вариант решения проблемы, который  называют ***«системной теорией лидерства»,*** согласно которой   |  |  | | --- | --- | | |  | | --- | | **лидерство рассматривается как процесс организации межличностных отношений в группе, а лидер – как субъект управления этим процессом.** | |     При таком подходе лидерство интерпретируется как *функция* группы, и изучать феномен лидерства поэтому следует  с точки зрения целей и задач группы.  Лидеры бывают официальные и неофициальные (неформальные). Некоторые люди превосходны в роли ***целевого*** лидера – организующего работу, устанавливающего стандарты и сосредоточенного на достижении цели.  Другие  лучше подходят для лидерства ***социального*** – сплачивания команды, улаживания конфликтов и оказания поддержки. Социальный лидер озабочен личностными и социальными потребностями членов группы.  **Практикум 1.**  Обсудите на занятии следующие вопросы:  1.      Приведите свои примеры на каждую из разновидностей групп (см. классификацию).  2.      В чем принципиальное психологическое различие между большой и малой группой?  3.      Имеет ли практическое значение для врача знание о наличии внутри коллектива, в котором он работает, неформальных групп? Если не имеет значения, то почему? Если имеет значение, то в чем оно заключается?  4.      В группе обычно есть лидер, который может быть официальным руководителем, а может и не быть. Чем он психологически отличается от назначенного или даже избранного группой официального руководителя?  5.      Чем отличаются формальные и неформальные групповые нормы?  ***Дискуссия*** на принятие решений в подгруппах на тему: «Психологические качества, необходимые для работы в коллективах (больных, медицинского персонала)» с последующим анализом поведения участников. Другие возможные темы: «профессионально важные качества врача», «сообщать ли тяжело больному его диагноз?», «машина времени» и др.  ***Рекомендации*** для студентов по тому, как проводить дискуссии в малой группе для достижения общего согласованного мнения, решения, вывода:  -          обозначить проблему и поставить вопрос: «Что делать?»  -          выслушать все мнения  (как взаимодополняющие, так и взаимоисключающие);  -          сталкивать разные, близкие к истине мнения, обостряя дискуссию и стимулируя тем самым коллективную мысль;  -          достигнув единодушного (или поддержанного большинством) мнения (логически безупречного вывода), предложить формулировку заключения (решения, общего мнения)  **Практикум 2.**  Групповая ролевая игра на принятие группового решения («Потерпевшие кораблекрушение» или «Необитаемый остров»). Анализ групповых эффектов, ролевой структуры группы.  **Контрольные вопросы**   1. Назовите основные отличия малых и больших групп. 2. Каковы основные параметры малой группы? 3. В чем принципиальное различие между понятиями «сплоченность» и «совместимость»? 4. Какими могут быть способы реагирования на давление группы? 5. Какие Вы знаете основные теории лидерства? 6. Опишите ролевую структуру группы. 7. Дайте определение понятию «групповая динамика».   **Литература**  1.      А.Л. Свенцицкий «Социальная психология» - М, 2003.  2.      Г.М. Андреева «Социальная психология» - М, 1996  3.      Р.Л. Кричевский, Е.М. Дубовская «Социальная психология малой группы» - М, 2001.  4.      Я.Л. Коломинский «Психология взаимоотношений в малых группах» - Минск, 1976.  5.      Д. Майерс «Социальная психология» ∕Пер. с англ. – СПб.: Питер, 1996.  6.      Р.Чалдини «Психология влияния» (Серия «Мастера психологии») – СПб.: Питер, 1999.  **Тема занятия: Семья как малая социальная группа**  **Цель занятия:** сформировать представление о семье, ее функциях, структуре, о влиянии стиля воспитания в семье на развитие личности.  **Учебно-целевые вопросы занятия:**  1.      Определение понятия семьи  2.      Функции семьи  3.      Структура и динамика семьи  4.      Стили воспитания в семье  ***Семья*** – это малая социальная группа, основанная на супружеском союзе и родственных связях (отношениях мужа с женой, родителей и детей, братьев и сестер и др. родственников, живущих вместе и ведущих общее домашнее хозяйство).  С биологической точки зрения, семейные узы обусловлены общими для мужчины и женщины потребностями в любви, их стремлением к продолжению рода, а также продолжительным периодом зависимости ребенка от родителей. С психологической и социальной точек зрения, члены семьи объединены взаимозависимостью для удовлетворения своих эмоциональных потребностей. Экономически они связаны зависимостью друг от друга при удовлетворении материальных нужд. Таким образом, единство семьи основано на общих потребностях и совместном их удовлетворении, как в физическом, так и в психологическом их аспектах. С генетической точки зрения, семья представляет собой продукт эволюции.  Важнейшими характеристиками семьи являются ее *функции, структура и динамика.*  **Функции семьи**   |  |  | | --- | --- | | |  | | --- | | **Сфера жизнедеятельности семьи, непосредственно связанная с удовлетворением определенных потребностей ее членов, называется функцией семьи.** | |     Функций семьи столько, сколько видов потребностей она удовлетворяет:           **Воспитательная функция** семьи состоит в удовлетворении индивидуальных потребностей в отцовстве и материнстве, контактах с детьми, их воспитании, самореализации в детях. По отношению к обществу – семья обеспечивает социализацию подрастающего поколения, подготовку новых членов общества.           **Хозяйственно-бытовая функция** заключается в удовлетворении материальных потребностей членов семьи (в пище, крове и т.д.), содействует сохранению их здоровья. В ходе выполнения семьей этой функции обеспечивается восстановление затраченных в труде физических сил.           **Эмоциональная функция** семьи – удовлетворение потребностей в симпатии, признании, уважении, эмоциональной поддержке и психологической защите. Данная функция обеспечивает эмоциональную стабильность членов общества, активно содействует сохранению их психического здоровья.           **Функция духовного (культурного) роста** – удовлетворение потребности в совместном проведении досуга, взаимном духовном обогащении; играет значительную роль в духовном развитии членов общества.           **Функция первичного социального контроля** – обеспечение выполнения социальных норм членами семьи, в особенности теми, кто в силу различных обстоятельств (возраст, заболевание) не обладает достаточными способностями самостоятельно строить свое поведение в соответствии с социальными нормами.           **Сексуально-эротическая функция** – удовлетворение сексуальных потребностей членов семьи. С точки зрения общества важно, что семья осуществляет регулирование сексуального поведения членов семьи, обеспечивая биологическое воспроизводство общества.  Семья представляет собой живую, развивающуюся, постоянно меняющуюся, гибкую систему, чутко реагирующую адаптационными изменениями на внешние и внутренние воздействия. **Выживание семьи зависит от успешности ее адаптации к меняющимся жизненным обстоятельствам.**  **Структура и динамика семьи**   Структура – число и состав семьи, а также совокупность отношений между ее членами. Анализ структуры семьи дает возможность определить, каким образом реализуется функция семьи: кто осуществляет руководство, и кто – исполнение; как распределены между членами семьи права и обязанности. Выделяют семьи *авторитарные* и *демократические:* большинство обязанностей может быть сосредоточено в руках одного члена семьи, или наоборот, обязанности распределены равномерно.  **Динамика семьи**  Как функции, так и структура значительно изменяются на различных этапах жизнедеятельности семьи. Существуют различные системы выделения основных этапов жизненного цикла семьи. Наиболее известна система «стадий», предложенная **E.Duvall (1957)**, где в качестве основного признака разграничения стадий использовался факт наличия или отсутствия детей в семье и их возраст.   1. **Диада.** Брак, удовлетворяющий обоих супругов. Урегулирование вопросов, касающихся беременности и желания стать родителями. Вхождение в круг родственников.  2. **Триада.** Появление в семье ребенка. Адаптация к ситуации их появления и забота о правильном развитии младенцев. Организация семейной жизни, удовлетворяющая потребности как родителей, так и младенцев.  3. **Семья с детьми дошкольниками.** Адаптация к основным потребностям и склонностям детей-дошкольников. С учетом необходимости содействия их развитию. Преодоление трудностей, связанных с усталостью и отсутствием личного пространства. E.Duvall здесь же выделяет стадию – **появление второго ребенка.** На ней возникают вопросы, связанные с соперничеством и ревностью сиблингов, младших и старших, которые так же должны регулировать родители. Но многие авторы эту стадию отдельно не выделяют.  4. **Ребенок идет в школу** *(стадия «индивидуализации»).* Принятие растущей независимости детей и стимулирование их социализации. Побуждение детей к успехам в школе.  5.**Семья с детьми-подростками** *(стадия также называется– «экспериментирование с независимостью»).* Означает вступление подростка в «кризис идентичности» подросткового возраста с соответствующими его последствиями для семьи. Установление соответствия между свободой и ответственностью. Создание у родителей круга интересов, не связанных с родительскими обязанностями, и проблемы карьеры.  Успеха добиваются родители, поощряющие независимость, но решительно возражающие против необоснованной проверки границ дозволенности.  6. **Уход молодых людей из семьи** *(«опустевшее гнездо»).* Освобождение молодых от родительской опеки. Сохранение духа поддержки, как основы семьи. Совпадает по времени с «кризисом середины жизни» родителей.  7. **Средний возраст родителей** *(стадия «снова вдвоем»)* длится до ухода на пенсию*.* Перестройка супружеских отношений. Сохранение родственных связей со старшими и младшими поколениями.  8. **Старение членов семьи.** Длится от выхода на пенсию и до смерти обоих супругов. Решение проблем тяжелой утраты и одинокой жизни. Адаптация к уходу на пенсию. Сохранение семейных связей и адаптация к старости.  **Стили воспитания детей**  Стили воспитания бывают разными. Одни родители наказывают детей, другие угова­ривают. Некоторые родители кажутся без­различными по отношению к своим детям, другие обнимают и целуют их. Наиболее исследованным аспектом вза­имоотношений родителей и детей являет­ся проблема методов и границ родительс­кого контроля.  Воспитание играет решающую роль при формировании характера ребенка. Зависимость ребенка от семьи очень велика (и в материально-бытовом плане, и формировании социальной адаптации), поэтому семья может как сглаживать неблагоприятные черты характера ребенка, так и усугублять их, обуславливая формирование патологического развития характера.  **Типы неправильного воспитания в семье.**  А.Е. Личко – известный отечественный психиатр, выделил следующие типы неправильного воспитания в семье.  ГИПОПРОТЕКЦИЯ. Этот вид неправильного воспитания в крайней форме проявляется полной безнадзорностью, но чаще недостатком опеки и контроля за поведением ребенка, недостатком внимания, заботы и руководства, отсутствием интереса родителей к его делам, увлечениям. Скрытая гипопротекция наблюдается тогда, когда контроль за поведением и всей жизнью подростка как будто осуществляется, но на деле отличается крайним формализмом.  ДОМИНИРУЮЩАЯ ГИПЕРПРОТЕКЦИЯ. Чрезмерная опека, мелочный контроль за каждым шагом вырастает в целую систему постоянных запретов и неусыпного бдительного наблюдения за подростком, достигающего иногда постыдной для него слежки.  ПОТВОРСТВУЮЩАЯ ГИПЕРПРОТЕКЦИЯ. В крайнем проявлении потворствующая гиперпротек­ция получила наименование воспитания по типу «кумира семьи». Это - стремление освободить «любимое чадо» от малейших трудностей, от скучных и неприятных обязанностей. С детства ребенок растет в атмосфере восторгов, похвал и безудержного обожания, что культивирует эгоцентрическое желание всегда быть в центре внимания окружающих.  ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ОТВЕРЖЕНИЕ. При этом виде воспитания ребенок или подросток посто­янно ощущает, что им тяготятся, что он — обуза в жизни родителей. Еще более ситуация усугубляется, когда есть рядом кто-то другой — брат или сестра, особенно сводные, отчим или мачеха, кто гораздо дороже и любимее (воспитание по типу «Золушки»). Скрытое эмоциональное отвержение имеет место тогда, когда мать или отец сами себе не призна­ются в том, что тяготятся сыном или дочерью.  УСЛОВИЯ ЖЕСТОКИХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ. Эти условия нередко сочетаются с крайней степенью эмоционального отвержения. Жестокое отношение может проявляться открыто — суровыми расправами за мелкие проступки. Или проявляется, когда в семье  превалируют душевное безразличие друг к другу, забота только о самом себе, полное пренебрежение к интересам и тревогам других членов семьи.  Система жестоких взаимоотношений может культиви­роваться также между воспитанниками в некоторых закрытых учреждениях для подростков, особенно трудных и делинквентных.  ПОВЫШЕННАЯ МОРАЛЬНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ. В таких случаях родители питают большие надежды в отношении будущего своего ребенка, его успехов, его способностей и талантов. Они часто лелеют мысль о том, что их потомок воплотит в жизнь собственные несбывшиеся мечты. Подросток чувствует, что от него ждут очень-очень многого. В другом случае условия повышенной моральной ответственности создаются, когда на малолетнего ребенка возлагаются недетские заботы об уходе за младшими или больными и беспомощными членами семьи.  Потворствующая гипопротекция. Здесь бесконтрольность и вседозволенность в отношении родителей к подростку сочетается с некритическим отношением их к его поведению. Родители стараются всегда оправдать подростка, при всех его проступках переложить вину на других, оградить его от общественного порицания и тем более от вполне заслужен­ного наказания.  Воспитание в атмосфере культа болезни. Преувеличенные заботы о здо­ровье, возведение в культ режима и лечения имеющихся заболеваний по сути дела являются одной из форм доми­нирующей гиперпротекции.  Противоречивое воспитание. Члены семьи в таких случаях (отец и мать, родители и дед или бабка и т. п.) применяют несовместимые воспитательные подходы и предъявляют к подростку порою противоречивые требова­ния. При этом члены семьи конкурируют, а то и открыто конфликтуют друг с другом.  Воспитание вне семьи.  Само по себе воспитание вне семьи, в условиях интерната в подростковом возрасте не является отрицательным психогенным фактором. Наобо­рот, для подростка даже полезно на некоторые периоды времени расставаться с семьей и жить среди сверстни­ков — это способствует развитию самостоятельности. Временная изоляция от семьи бывает полезной в случаях тяжелых конфликтов.  Отрицательным психогенным фактором являются встречающиеся еще недостатки в работе интернатов и других воспитательных учреждений. Особенно неблаго­приятно сказывается сочетание чрезмерно строгого режи­ма, граничащего с гиперпротекцией, с формализмом в его соблюдении, открывающим отдушину для скрытой без­надзорности, тайного распространения дурных влияний, жестоких взаимоотношений между воспитанниками, а также недостаток эмоционального тепла со стороны воспитателей.  Перечисленные типы неправильного воспитания оказываются особенно пагубными для ребенка, создавая больший риск для удара по слабым сторонам его характера. Ребенок оказывается наиболее чувствительным к тому из видов неправильного воспитания, которое адресуется к «ахиллесовой пяте» его типа акцентуации характера.  Именно поэтому воспи­тание в гармоничной семье, дополненное, расширенное и корригируемое общественным воспитанием, было и остается лучшим для становления личности, особенно в младшем и среднем подростковом возрасте.   |  |  | | --- | --- | | |  | | --- | | **Гармоничная семья способствует выработке при большинстве типов акцентуаций характера у подростка своего рода «психологического иммунитета» к влиянию неблагоприятных средовых воздействий** | |   **Практикум 3.**  Обсудите на занятии следующие вопросы:  1.      Каково значение различных типов воспитания в семье?  2.      Какой стиль взаимоотношений с детьми был принят в вашей семье?  3.      Побеседуйте с вашими родителями и на основании их воспоминаний восстановите вашу семейную историю (свое генеалогическое дерево).  4.      Какие семейные сценарии и сюжеты в ней просматриваются?  **Контрольные вопросы**  1.      При каком типе воспитания проявляется недостаточный контроль за поведением ребенка?  2.      Назовите 2 варианта проявления воспитания по типу повышенной моральной ответственности.  3.      Как называется стиль воспитания, при котором родители предъявляют различные и противоположно направленные требования к ребенку?  4.      Как может проявляться скрытое эмоциональное отвержение ребенка? Приведите пример.  5.      В чем отличие доминирующей и потворствующей гиперпротекции? Есть ли у этих стилей общая черта?  **Литература**  1.      Р.  Комбалл «Как на самом деле любить детей» - М., - 1992.  2.      В. Сатир «Как строить себя и свою семью» - М., - 1992.  **3.** Ю.Б. Гиппенрейтер «Общаться с ребенком. Как?» - М., Че-Ро – 2002.  4.      А.Е. Личко «Психопатии и акцентуации характера у подростков», М, 1983.  **Тема занятия: Половозрастные характеристики групп**  **Цель занятия:** Сформировать представление о социо-психологических аспектах половой детерминации и возрастных особенностях человека.  **Учебно-целевые вопросы занятия:**  1.      Уровни и механизмы детерминации пола.  2.      Этапы социально-психологической детерминации.  Существует много очевидных параметров, отличающих одного человека от другого: рост, вес, цвет волос. Но имеются два наиболее значимых, на которые люди в первую очередь обращают внимание – это **расовая принадлежность** и, в особенности,  **пол.**  ***Гендер*** –   *социально-биологическая характеристика, с помощью которой люди дают определение понятиям «мужчина» и «женщина»* (от англ. Gender – род).  **Уровни и механизмы детерминации пола**  Разделение челове­ческих особей на мужчин и женщин предполагает у каждого инди­вида наличие:           полного соответствия анатомического строения половых органов, мужских или женских пропорций тела (рост, соотношение ширины плеч и таза, выраженность и распределение подкожного жирового слоя и т. д.),           полового самосознания (т. е. ощущения себя представителем определенного пола)           адекватной направленности полового влечения и соответствующих стереотипов полового поведения.  Физические детерминанты половой принадлежности:           генетический пол.           гормональный пол           соматический пол           гражданский пол  Становление разнополости начинается с детерминации *генети­ческого пола,* определяемого ***набором половых хромосом***. Идентифицируется генетический пол по основному показателю половой принад­лежности — ***гистологическому строению половой железы.***   |  |  | | --- | --- | | |  | | --- | | **Генетический пол определяет способность половой железы образовывать сперматозоиды или яйцеклетки, тем самым выявляется роль данного индивидуума в процессе воспроизведения.** | |     Наряду с этим используется понятие *гормональный пол.*   |  |  | | --- | --- | | |  | | --- | | **Гормональный пол определяется по способности половой железы секретировать специфические половые гормоны.** | |   В эмбриональном периоде функционируют только семенники, в пубертатном же периоде начинается регулярное продуцирование специфических поло­вых гормонов как в семенниках, так и в яичниках.  В свою очередь уровень и доминирующая направленность гормональных воздейст­вий определяют *морфологический* или *соматический пол* (фено­тип) человека.   |  |  | | --- | --- | | |  | | --- | | **Соматический пол определяется строением и развитием внутренних и наружных половых органов человека, а также вторичных половых приз­наков.** | |     Все рассмотренные уровни могут быть объединены в группу *физических (физикальных) детерминант* половой принадлежности индивида, которые в значительной мере определяют и его *социально-пси­хологические детерминанты.*  Понятие *гражданского пола*, наиболее тесно примыкает ко всем предыдущим уровням.   |  |  | | --- | --- | | |  | | --- | | **Гражданский пол определяется   на основе физических детерминант.** | |     Кроме того, гражданский пол играет роль важной функциональной перемычки между детерминантами физическими и социально-психологическими.  Следует особо подчеркнуть, что **физические детерминанты обусловливают саму половую принадлеж­ность,** в то время как **уровни социально-психологической детерминации  — определенные формы полового поведения.**  **Этапы социально-психологической детерминации**  Психосексуальное развитие — один из аспектов индиви­дуального психического развития, оно охватывает первые возрастные периоды становления и динамики сексуальности, а его окончание знаменует вступление в период зрелой сексуальности. При этом формируются **половое самосознание, полоролевое (гендерное) поведение** и **сексуальная ориентация**, в соответствии со становлением которых можно выделить три этапа психосексуального развития.  **1. Первый этап:** формирование **полового или гендерного самосознания.** Это идентификация себя с женским или мужским полом.  Формирование **полового самосознания (**осознание принад­лежности к полу) появляется на третьем году жизни ребенка (1—5 лет). Этому способствует отношение окружающих  к ребенку как к девочке или как к мальчику.  В норме в завершающей фазе этого этапа при определении ребенком пола окружающих его лиц равнозначную роль играют все признаки половой принадлежности (внешний вид, одежда, строение тела и половых органов).  Некоторые авторы указывают, что формирование полового самосознания  происходит не только под влиянием микросо­циальной среды, но также в значительной степени оно детерминировано поло­вой дифференцировкой мозга в пренатальный период.  **2.** **Второй этап:** формирование **стереотипа полоролевого поведения или гендерной роли**.   ***Гендерная роль*** *– набор ожидаемых образцов поведения (норм) для мужчин и женщин.*  ***Гендерные стереотипы*** *– представления о том, как действительно ведут себя мужчины и женщины.*  Социокультурные особенности  различных обществ, стереотипы поведения  членов семьи формируют ***гендерную роль*.** Это то поведение, которое, согласно гендерной идентификации человека, особенностям воспитания и стереотипам ролевого поведения, является в его представлении ***женским или мужским типом поведения***.  На этом этапе (5—12 лет) происходит выбор половой роли, наиболее соот­ветствующей психофизиологическим особенностям ребенка и идеалам маскулинности (или фемининности) макросоциальной среды. В этот период дети обучаются полоролевым моделям поведения, наблюдая за тем, как ведут себя другие дети *(косвенное научение).*  В общении со сверстниками, в первую очередь в полоролевых («семейных»)  играх, требующих выполнения определенной роли — жениха, невесты, отца, матери, ребенка и т. д., апробируется и закрепляется выбранная половая роль, отражающая различные аспекты человеческих отношений, в том числе и сексуальных.  С поступлением в школу появляются новые образцы для подражания, возрастает роль общения со сверстниками. На этом этапе типично разделение коллектива и противопоставление друг другу по половому признаку. Благодаря этому антагонизму возрастают требования к проявлениям мужественности или женственности, почти полностью исключаются компромиссы в выборе половой роли.  **3. Третий этап** – формирование **сексуальной ориентации,** т.е. выбор сексуального партнера.  Если первые два этапа протекают на относительно «спокойном» гормональном фоне, то на этом этапе (12—26 лет) начинается и ***достигает максимума функционирование эндокринной системы, в частности половых желез.*** На основе индивидуальных особенностей темпера­мента и характера формируется личность. Происходит пересмотр привитых догм и своего положения в семье и обществе, эмансипация от семьи; вырабатывается собственное мировоззрение. Формируются общественные представ­ления и социальное сознание, адекватная оценка своих способностей. Как отмечают Д. Н. Исаев и В. Е. Каган (1979), «полное отождествление себя с группой и подчинение ей являются необхо­димой стадией социализации» у подростка.  Формируются различные идеалы поведения и общения между полами, эталоны мужественности и женственности. Увеличение роли стихийных средовых факторов в сочетании со скрытностью подростков представляет благодатную почву для различного рода нарушений становления сексуальности, че­му способствует отсутствие целенаправленного полового воспитания.  Многочисленные исследования, посвященные изучению гендерных различий,  до сих пор противоречивы, однако,   |  |  | | --- | --- | | |  | | --- | | **существует несколько общепризнанных характеристик, по которым мужчины и женщины достоверно отличаются друг от друга:**  **это -  агрессивность, доминантность и сексуальность.** | |   **Возрастные периоды жизни человека**  Развитие человека – это непрерывный процесс, точкой отсчета которого является момент зачатия. С рождения в человеческом организме начинают происходить сложные физиологические, психические и эмоциональные изменения. Эти изменения происходят непрерывно в течение всей жизни человека. На основании многих исследований человеческую жизнь разделяют на возрастные этапы.  Описание   психологических особенностей  человека в различные периоды  его жизни — задача крайне сложная и многогранная.   |  |  | | --- | --- | | Возраст | **Возрастной этап** | | От рождения до 3 лет | Младенчество | | 3–6 лет | Раннее детство | | 6–12 лет | Детство | | 12–18 лет | Подростковый и юношеский возраст | | 18–40 лет | Молодость | | 40–65 лет | Зрелый возраст | | 65 –72 лет | Пожилой возраст | | Более 72 лет | Старость |   Известный американский психолог Э. Эриксон выделил 8 стадий психосоциального развития личности. Он создал схему жизненного цикла, показывающую, как последовательно разворачивается жизнь. Более того, Э. Эриксон считал, что психическое развитие личности происходит в процессе прохождения через критические точки.  Каждая стадия (ступень) развития сопровождается ***кризисом.***  ***Кризис —*** *поворотный момент в жизни индивидуума, который возникает как следствие достижения определенного уровня психологической зрелости и социальных требований, предъявляемых к индивидууму на этой стадии (Э. Эриксон).*  По его мнению, развитие личности обусловлено результатами преодоления кризиса, возникающего в узловых точках процесса развития.  Каждый психосоциальный кризис сопровождается как позитивными, так и негативными последствиями. Если кризис разрешен, то личность обогащается новыми, положительными качествами, если не разрешен — возникают  симптомы и проблемы, которые могут повлечь за собой развитие психических и поведенческих расстройств (E.N.Erikson , 1968).  **Стадии психосоциального развития (по Э. Эриксону)**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **N** | Стадия | **Возраст** | **Психосоциальный кризис и**  **Результат развития** | **Сильные стороны** | | 1. | **Орально–сенсорная** | 0–1 год | Доверие – недоверие к окружающим людям | Надежда | | 2. | **Мышечно–анальная** | 1–3 года | Автономия – стыд и сомнения | Сила воли | | 3. | **Локомоторно–генитальная** | 3–6 лет | Инициативность – вина | Цель | | 4. | **Латентная** | 6–12 лет | Трудолюбие – неполноценность | Компетентность | | 5. | **Подростковая** | 12–19 лет | Эго–идентичность – ролевое смешение | Верность | | 6. | **Ранняя зрелость** | 20–25 лет | Близость – изоляция | Любовь | | 7. | **Средняя зрелость** | 26–64 года | Продуктивность – застой | Забота | | 8. | **Поздняя зрелость** | 65 лет - смерть | Целостность –  отчаяние | Мудрость |   **Практикум 4.**  Обсудите на занятии следующие вопросы:  1.      В чем состоят основные поведенческие и психологические различия между мужчинами и женщинами?  2.      Каковы основные задачи, которые должен решить человек  в молодости?  3.      В каком возрасте наступает и какими эмоциями сопровождается кризис середины жизни?  **Контрольные вопросы**  4.      Что такое половая детерминация, каковы ее уровни?  5.      Что такое «гендерный», «гендерная роль», как она возникает?  6.      Перечислите основные возрастные этапы развития человека.  7.      Расскажите об основных проблемах  раннего детства и школьного возраста.  8.      В  каком  возрасте  у  человека  выражена «реакция эмансипации» и что она означает?  9.      До скольких лет человек считается молодым?  **Литература**  1.      Гейл Шихи «Возрастные кризисы». – Изд-во «Ювента»,– СПб., 1999.  2.      Л.Хьелл, Д.Зиглер  «Теории личности». – СПб.: Питер Пресс, 1997.  3.      Эрик Г.Эриксон «Детство и общество». – Изд.2-е перераб. и доп. .⁄ Пер. с англ. – СПб.: Ленато, АСТ, Фонд «Университетская книга», 1996.  4.      Г. Келли  «Основы современной сексологии» (Серия «Учебник нового века») – СПб.: Питер, 2000.  **Тема занятия: Общение как самостоятельная форма активности человека**  **Цель занятия**: сформировать представление об общении, а также продемонстрировать важность коммуникативной компетентности для врача.  **Учебно-целевые вопросы занятия:**   1. Определение общения. 2. Понятие социализации. 3. Виды общения. 4. Функции общения. 5. Компоненты общения. 6. Механизмы социальной перцепции. 7. Понятие каузальной атрибуции. 8. Факторы, влияющие на общение. 9. Эффекты межличностного восприятия. 10. Коммуникативные барьеры.   **Определение общения**  В современной психологии общение рассматривается как важнейшая социальная потребность, без реализации которой замедляется, а иногда и прекращается формирование личности. Уже с первых месяцев жизни у ребенка возникает потребность в других людях, которая постепенно развивается и преобразуется – от потребности в эмоциональном контакте к потребности в глубоком личностном общении и сотрудничестве со взрослыми.  Общаясь с другими людьми, человек усваивает знания, накоп­ленные человечеством, его опыт, установившиеся законы и нор­мы, ценности и способы деятельности, формируется как личность. **Общение – важ­нейший фактор психического развития человека.** Именно в общении зарождаются, существуют и проявляются психичес­кие процессы, состояния и особенности личности и поведения человека.  ***Общение*** *- это процесс взаимодействия по крайней мере двух лиц, направленный на взаимное познание, на установление и развитие взаимоотношений, оказание взаимовлияния на состояния, взгляды и поведение, а также на регуляцию их совместной деятельности.*  **Социализация**   Развитие навыков общения происходит в процессе социализации. Социализация - это процесс превращения индивида со всем его врожденным потенциалом в члена общества, происходящий под влиянием воспитания и социальных условий. Социализация - это двухсторонний процесс, включающий в себя, с одной стороны, усвоение индивидом социального опыта путем вхождения в социальную среду, систему социальных связей; с другой стороны, процесс активного воспроизводства социальных связей индивидом за счет его активной деятельности, активного включения в социальную среду.  **Этапы социализации:**  1.      **Первичная социализация.** В возрасте 3-х лет происходит устная идентификация "Я", становятся интересны сверстники.  2.      **Социализация подростка.** Формирование отношения к группе и к себе.  3.      **Юношеская социализация.** Формирование мировоззрения.  4.      **Социализация взрослых.** Коррекция образа "Я".  Институты социализации – это те конкретные группы, в которых личность приобщается к системам норм и которые выступают своеобразными трансляторами социального опыта.  **Виды общения**  Существует несколько классификаций общения, в основе которых лежат разные характеристики.  ***Непосредственное*** общение происходит при непосредственном контакте участников общения. Для эффективного общения, в данном случае, необходимы оперативные навыки, умение корректировать процесс общения, в зависимости от поведения собеседника. ***Опосредованное*** общение осуществляется посредством средств массовой информации, произведений искусства и т.п. Сложность этого вида общения заключается в отсутствии обратной связи, невозможности корректировать процесс общения. ***Формальное*** общение обусловлено социальными ролями. В ***неформальном*** - большую роль имеют личностные отношения, его цель - психологический контакт. В норме они не имеют четких границ. ***Вербальное общение*** – речевое, где смысл слов имеет решающее значение. ***Невербальное*** - с помощью жестов, мимики.  **Типы общения**  Психологи выделяют три основных *типа общения*: импера­тивное, манипулятивное и диалогическое.              А. **Императивное общение** еще называют авторитарным или директивным. Оно характеризуется тем, что один из партнеров по общению стремится подчинить себе другого, стремиться кон­тролировать его поведение и мысли, принуждает к опреде­ленным действиям. Особенность авторитарного воздействия заключается в том, что конечная цель общения — принуждение партнера к чему-либо — не скрывает­ся. В качестве средств императивного общения используются приказы, ука­зания, предписания, требования, угрозы и пр.              Б. **Манипулятивное** общение сходно с императивным. Цель его — оказать воздействие на партнера по общению. Но здесь достижение своих намерений осуществляется скры­то. Как и императив, манипуляция стремится добиться кон­троля над поведением и мыслями другого человека.  В. **Диалогическое общение** противостоит авторитарному и манипулятивному типам, так как основано на равноправии парт­неров. Диалогическое общение возникает лишь в случае соблюде­ния ряда правил взаимоотношений:  1. Психологический настрой на эмоциональное состояние со­беседника и собственное психологическое состояние (сле­дование принципу «здесь и теперь»).  2. Полное доверие к намерениям партнера без оценки его личности (принцип «доверительности»).  3. Восприятие собеседника как равного, имеющего право на собственные мнения и решения («принцип паритетности»).  4. Направленность общения на общие проблемы и нерешен­ные вопросы (принцип «проблематизации»).  5. Обращение к собеседнику от своего имени (без ссылки на чужое мнение), выражение своих истинных чувств и же­ланий (принцип «персонифицирования общения»).  **Функции общения**  По своему назначению общение многофункционально. Мож­но выделить пять основных его *функций***:**  1. Прагматическая функция общения реализуется при взаи­модействии людей в процессе совместной деятельности.  2. Формирующая функция общения проявляется в процессе развития человека и становле­ния его как личности. В ходе развития внешние формы обще­ния ребенка и взрослого постепенно переходят во внутрен­ний план. Благодаря этому, взрослея, человек можем мысленно предста­вить себе предстоящий разговор и выстроить его так, как ему нужно.  3. Функция подтверждения проявляется в том, что только в ходе общения с другими людьми человек может познать, понять и утвердить себя в собственных глазах. Желая убедиться в признании своей ценности, человек ищет точ­ку опоры в других людях.  Известно, что повседневный опыт человеческого общения невозможен без знаков подтверждения. Сюда можно отнести знакомства, приветствия, именования, оказание различных зна­ков внимания. Указанные действия направлены на поддержа­ние у человека «минимума подтвержденности», а значит, и хоро­шего самочувствия.  4. Функция организации и поддержания межличностных отношений. Общение для любого человека неизменно связано с оцениванием других людей и установлением определенных эмоциональных отношений — либо поло­жительных, либо отрицательных. Даже один и тот же че­ловек может вызывать в разных ситуациях различное отношение.  5. Внутриличностная функция общения — одна из самых важных. Благодаря диалогу с самим собой человек принимает определенные решения, совершает значимые поступки.  **Компоненты общения и механизмы социальной перцепции**  **Информационный компонент.** В процессе общения люди обмениваются различными представлениями, идеями и пр. Все это можно рассматривать как информацию, и тогда процесс коммуникации может быть понят как процесс обмена информацией. Обмен информацией возможен лишь тогда, когда человек, направляющий информацию (коммуникатор), и человек, принимающий ее (реципиент), обладают единой или сходной системой кодификации и декодификации, т.е. все должны говорить на одном языке. Только принятие единой системы значений обеспечивает возможность партнеров понимать друг друга.  **Эмоциональный компонент.** При общении возникает психологическое воздействие одного коммуникатора на другого с целью изменения его поведения. Эффективность коммуникации измеряется именно тем, насколько удалось это воздействие. В процессе общения люди обмениваются эмоциями, настроениями, чувствами.  **Перцептивный компонент.** Включает закономерности восприятия людьми друг друга. В социальной психологии под социальной перцепцией понимают процесс восприятия так называемых «социальных объектов» в социальном контексте, под которыми подразумеваются люди, социальные группы и т.п.   |  |  | | --- | --- | | |  | | --- | | **Социальная перцепция – восприятие, понимание и оценка людьми других людей, самих себя, а также различных социальных объектов.** | |     Восприятие другого человека означает восприятие его внешних признаков, соотнесение их с личностными характеристиками воспринимаемого индивида и интерпретацию на этой основе его поступков.  **Механизмы социальной перцепции**  Основными  механизмами социальной перцепции являются: *идентификация, эмпатия и рефлексия.*  ***Идентификация*** обозначает уподобление себя другому человеку. Этим способом люди пользуются в реальных ситуациях взаимодействия, когда предположение о внутреннем состоянии партнера по общению строится на основе попытки поставить себя на его место. Установлена тесная связь между идентификацией и другим, близким по содержанию явлением – эмпатией.  ***Эмпатия*** также определяется как особый способ понимания другого человека. Только здесь имеется в виду не рациональное осмысление проблем другого человека, а, скорее, стремление эмоционально откликнуться на его проблемы, т.е. ситуация не столько «продумывается», сколько «прочувствуется». Механизм эмпатии и идентификации сходен: и там и здесь присутствует умение поставить себя на место другого, взглянуть на вещи с его точки зрения. Однако взглянуть на вещи с чьей-то точки зрения не обязательно означает отождествлять себя с этим человеком. Проявляя эмпатию, человек принимает во внимание линию поведения партнера, но свою собственную может строить совсем по-иному.  ***Рефлексия*** - это осознание действующим индивидом того, как он воспринимается партнером по общению. Это своеобразный удвоенный процесс зеркальных отношений друг друга, глубокое, последовательное взаимоотражение, содержанием которого является воспроизведение внутреннего мира партнера по взаимодействию.  **Эффекты межличностного восприятия**  В процессе знакомства, построения коммуникативных связей складываются отношения, которые строятся на восприятии и понимании людьми друг друга. При этом, помимо умения конструктивно воспринимать и оценивать партнера по общению,  большое влияние оказывают сложившиеся социальные стереотипы, установки и эталоны восприятия, житейские представления, сформированные у каждого человека. Выявление этих аспектов необходимо для прогнозирования ситуации межличностного восприятия. К этим факторам восприятия другого человека относят ряд типичных искажений представления о другом человеке. Это, так называемые, - «эффект ореола» («гало-эффект»), «эффект последовательности», «эффект авансирования» «эффект проецирования на других людей собственных свойств», явление «стереотипизации» и т.д.  **«Эффект ореола» –** влияние общего впечатления о человеке на восприятие и оценку частных свойств его личности**.** Суть этого эффекта проявляется в том, что общее благоприятное впечатление приводит к позитивным оценкам неизвестных качеств воспринимаемого и наоборот. Полученная информация накладывается на тот образ, который уже был создан заранее. Этот образ, ранее существовавший, выполняет роль «ореола», мешающего видеть действительные черты и проявления объекта восприятия.  **«Эффект последовательности» –** касается значимости определенного порядка предъявления информации о человеке для составления представления о нем. В ситуациях восприятия знакомого человека действует «эффект новизны», который заключается в том, что последняя, т.е. более новая, информация оказывается наиболее значимой. Напротив, когда воспринимается незнакомый человек, на суждение о человеке наибольшее влияние оказывают сведения, предъявляемые о нем в первую очередь**.**  **«Эффект авансирования» –** человеку приписывают несуществующие положительные качества, а сталкиваясь с его неадекватным представлению поведением, разочаровываются, огорчаются.  **«Эффект проецирования»** - заключается, в том, что человек ожидает от окружающих поведения по его собственной модели. Этот эффект часто встречается и проявляется  при неумении людей встать на точку зрения другого человека.  **Явление стереотипизации** – одна из основ формирования первого впечатления. *Социальные стереотип* – это устойчивое представление о каких-либо явлениях или  людях, свойственное представителям той или иной группы.  Выделяют:           физиогномические стереотипы (например, многие люди считают, что если у человека большой лоб, –  умный, квадратный подбородок – сильная воля),           стереотипы внешности (полные люди – добродушные, худые – сердитые и замкнутые),           социальные (профессиональные, национальные и пр.). Например, эталон образа врача большинство людей описали так: «врач должен быть в белом халате, чистом колпаке, всегда иметь при себе инструменты и уметь успокоить больного», так же считается, что все англичане худощавы и надменны, а французы только и думают о любви и т.д. **Стереотипизация приводит к возникновению предубеждения и к определенному упрощению процесса познания другого человека.**  **Каузальная атрибуция**  Одним из механизмов интерпретации поведения и личностных особенностей служит каузальная атрибуция. Термин «атрибуция» означает «приписывание свойств, признаков».   |  |  | | --- | --- | | |  | | --- | | **Каузальная атрибуция – система интерпретации причин поведения окружающих.** | |     Каждый из участников общения, оценивая другого, стремится построить определенную систему интерпретации его поведения, которая может основываться на знании причин этого поведения. Если причины неизвестны, тогда в условиях дефицита информации, люди начинают приписывать друг другу, как причины поведения, так и сами образцы поведения или какие-то, более общие характеристики. Приписывание осуществляется либо на основе сходства поведения воспринимаемого лица с каким-то образцом, имевшимся в прошлом опыте, либо на основе анализа собственных мотивов, предполагаемых в аналогичной ситуации. Но, так или иначе, возникает целая система способов такого приписывания – каузальная атрибуция. Приписывание причин поведения и характеристик осуществляется крайне субъективно.  ***Фундаментальная ошибка атрибуции* -** тенденция переоценивать значение личностных черт и недооценивать роль ситуации. Кроме того, индивид совершает основную ошибку атрибуции, интерпретируя поведение других людей. Отмечается, что люди склонны объяснять чаще свое собственное поведение с точки зрения сложившихся обстоятельств, но в отношении других склонны считать, что те сами виноваты и несут ответственность за свое поведение.  **Факторы, влияющие на общение**  1.      Индивидуально-психологические особенности (темперамент, пол, возраст, мотивация, способности, характер).  2.      Профессиональные особенности.  3.      Ситуационные факторы (настроение, физиологическое состояние).  **Коммуникативные барьеры**  Когда на пути передачи информации вдруг появляются какие–то затруднения, психологические препятствия, то говорят о ***коммуникативном барьере***. Коммуникативные барьеры бывают трех типов:  1.      **Барьеры понимания.**  Возникновение данного барьера может быть вызвано целым рядом причин как психологического, так и иного порядка, например, *фонетического* непонимания – погрешность в процессе передачи информации, появляется в результате невыразительной быстрой речи, речи–скороговорки или речи с большим количеством звуков–паразитов. Бывают также *семантические* барьеры понимания, связанные с тем, что участники общения используют различные значения слов.  *Стилистические* барьеры возникают при несоответствии стиля речи говорящего и ситуации общения или стиля того, кто в данный момент слушает. *Логические* барьеры непонимания возникают в тех случаях, когда логика рассуждений говорящего либо слишком сложна для понимания слушающего, либо кажется ему неверной, либо противоречит присущей ему манере доказательства.  2.      **Барьеры социально–культурного различия** – социальные, политические, религиозные и профессиональные различия приводят к различному объяснению тех или иных понятий. Иногда препятствием может стать само восприятие партнера по общению как лица определенной профессии, определенной национальности, пола и возраста.  3.      **Барьеры отношения** – связаны с возникновением чувства неприязни, недоверия к говорящему, которое распространяется и на передаваемую информацию.  **Практикум 5.**  1.      Чем определяется эффективность общения? Какие бывают типы общения?  2.      Решите следующие задачи:  А) 12 бурлаков молча тянут баржу. Общение это или нет?  Б) Мать баюкает месячного младенца. Общение это или нет?  В) Человек смотрит по телевизору балет. Общение это или нет? Если да, то где обмен информацией?  Г) Лектор произносит монолог, а аудитория не задает ни вопроса, не подает ни одной реплики, не записывает, но слушает, а слышит ли, понимает ли – сказать трудно. Можно ли это считать общением между лектором и аудиторией?  3.      Что мешает, что помогает людям в общении?  Используйте представленную ниже схему для наблюдения за участниками в последующих ролевых играх. Что Вы можете добавить в данную схему?   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | Что **помогало** в общении | Что **мешало** в общении | | **Вербальный канал коммуникации** | Персонификация, грамотная речь, использование техник, способствующих эффективности общения и т.д. | Специфическая терминология, стилистические барьеры, и т.д. | | **Невербальный канал коммуникации** | Совпадение невербальных и вербальных проявлений,  открытая поза, динамичная жестикуляция, контакт глаз, соблюдение личной (интимной) дистанции и т.д. | Монотонный голос, быстрый или чрезмерно медленный темп речи, нарушение интимной дистанции или увеличение дистанции, закрытая поза, отсутствие контакта глаз и т.д. | | **Структура партнерского общения** | Установлен контакт, проведена ориентация в проблеме, обсуждение и принятие решения, выход из контакта и т.д. | Несоблюдение структуры, пропуск этапов и т.д. |   **Контрольные вопросы**  1.            Как распределяется опыт общения по стадиям социализации?  2.            Какую функцию выполняет механизм социальной перцепции?  3.            Какую роль играет объем информации о партнере в формировании эффектов межличностного восприятия?  4.            Приведите примеры влияния различных профессий на процесс общения?  5.            Какие коммуникативные барьеры наиболее тяжело преодолевать? Обоснуйте свое мнение.  **Литература**   1.            В.Н. Куницина, Н.В. Казаринова, В.М. Погольша «Межличностное общение» - Спб.: «Питер», 2001  2.            Петровская Л.А. «Компетентность в общении» – Изд-во МГУ,  1989.  3.            «Практическая психология», учебник п/р М.К. Тутушкиной, СПБ,1997.  4.            Гришина Н.В. Психология конфликта. – СПб.: «Питер», 2000.  5.            Парыгин Б.Д. «Социальная психология»  –Изд-во ИГУП, – СПб., 1999.  6.            Кроль Л.М., Михайлова Е.Л.  «Человек – оркестр: микроструктура общения» - М.: «Класс», 1993.  **Тема занятия: Наблюдательность как профессионально важное качество врача**  **Цель занятия:** сформировать представление о необходимости использования в профессиональной деятельности врача и развития такого психического свойства человека как наблюдательность.  **Учебно-целевые вопросы занятия:**   1. Наблюдательность как психическое свойство. 2. Понятие о невербальном поведении. 3. Параметры невербального поведения.   **Наблюдательность**  **Наблюдательность *–*** это психическое свойство, базирующееся на восприятии и ощущении. Специфика врачебной деятельности такова, что специалисту важно как можно точнее и скорее во внешнем поведении или в самой внешности человека увидеть его внутренние, психические  состояния или свойства. Кроме того, у врача есть необходимость дифференцировать признаки, через которые человек выражает себя извне. Необходимо развитие как абсолютной, так и относительной чувствительности именно к этим признакам, так как они раскрывают динамические характеристики человека, сформировавшиеся в процессе онтогенеза, с одной стороны, и проявляющиеся в его настоящей жизни – с другой: физиогномическая маска, осанка, походка и т.д.  Еще одна особенность наблюдательности в такой профессиональной сфере связана с интересом к человеку как объекту восприятия, на основе этого интереса формируется избирательность восприятия, быстро создается опыт наблюдений за человеком. Т.о., для врача или медсестры значимыми становятся знания о внешних признаках человека, имеющего то или иное заболевание, об особенностях поведения людей при разных болезнях, о возрастных особенностях, проявляющихся у больного в отношении к себе и постигшей его болезни и т.п.  Содержание деятельности врача предполагает взаимодействие людей. А это значит, что наблюдать нужно, зачастую, не изолированного человека, а людей, находящихся в общении, во взаимоотношениях друг с другом. Наблюдательность в этом случае предполагает не только перцептивные (восприятие) и понятийные (мышление) качества наблюдателя, но и эмпатийные. Развитие взаимосвязи между указанными качествами наблюдательности способствует ее совершенствованию, возникновению способности не только видеть и чувствовать другого, но и предвидеть его поведение.  **Понятие невербального общения**  Одна из главных особенностей человека – это способность передавать  друг другу посредством речи информацию о событиях. Основные средства для получения и передачи информации – это способность слушать, говорить, читать и писать. Коммуникация, однако, может происходить и без участия сознания индивида – посредством всего невербального поведения, включающего взгляды, выражение лица, позы, межличностную дистанцию, интонацию голоса. Всякое поведение в присутствии другого человека уже есть коммуникация. Таким образом, выделяют:  **– вербальное,**  **– невербальное**  общение.  Слова – это «инструменты» ***вербального*** общения: речи, письма, слушания, чтения. То, как человек используете эти инструменты, влияет на успех общения.  ***Невербальное поведение -*** *поведение человека, условно анализируемое вне смыслового содержания его речи****.***  Невербальное общение – это общение без слов, при помощи мимики, жестов и других движений тела.  Психологи разных стран отмечают, что воздействие, которое мы в устном общении оказываем на других людей, зависит от того, что мы говорим, лишь примерно на 7 %, от того, как мы это говорим, – на 38 %, а от языка нашего тела – на 55 %.  Было подсчитано также, что 80, а то и 90 % эмоциональной информации мы еще до слов фактически выражаем и передаем в интерактивном общении невербальным способом.  Неречевые сигналы усиливаются в ситуациях повышенного эмоционального напряжения, в частности, в конфликтах. Они позволяют лучше понять состояние собеседника, его отношение к проблеме.   |  |  | | --- | --- | | |  | | --- | | **Чтобы лучше понимать людей необходимо владеть неречевыми средствами общения – умением передавать (выражать) бессловесную информацию и умением воспринимать (читать) ее.** | |     **Согласованность вербального и невербального сообщений**  В общении людей словесное сообщение всегда сопровождается несловесным. Между речевым и неречевым сообщением возможны три типа отношений:  1. Неречевое сообщение **согласуется** с речевым, поддерживает или усиливает его. Например, больной на приеме у врача говорит, прижимая руки к животу: «Доктор, у меня так болит живот!», и при этом у него на лице гримаса страдания и страдальческие интонации в голосе, или на приеме у стоматолога пациент говорит: «У меня зуб болит!», при этом держится за нижнюю челюсть.  2. Неречевое сообщение **противоречит** речевому. Например, пациентка на приеме у психотерапевта рассказывает о том, что она очень счастлива в браке и при этом все время отрицательно качает головой. Удивительно, что человек редко осознает то, что его поза, жесты и движения могут противоречить тому, что сообщает его голос.  3. Неречевое сообщение **касается совершенно иного** предмета, чем речевое. Например, мы можем говорить о погоде, о моде, о ценах и при этом обмениваться чувствами симпатии или неприязни. Внутренний добавочный смысл коммуникации может оказаться основным ее содержанием.  **Интерпретация невербального поведения**  При интерпретации невербального поведения важно учитывать следующие аспекты.       Большинство жестов невербального поведения являются приобретенными, и значение многих движений и жестов культурно обусловлено.       Любой жест нельзя рассматривать изолированно от других жестов и обстоятельств.       Социальный статус.       Возраст.  **Параметры невербального поведения**  Невербальное поведение человека условно можно разделить на две группы.  К первой группе невербальных сигналов относят ***собственно невербальное поведение***: расстояние между собеседниками, взаимное расположение собеседников, жесты, позы, мимика, сигналы глаз и т.д.  Ко второй группе относят, так называемые, ***невербальные вокальные феномены*** (т.е. ***паралингвистические компоненты*** (громкость, тембр, ритм, высота звука т.п.) и ***экстралингвистические* (**речевые паузы, смех, плач, вздохи, кашель и пр.)).  **Расстояние между собеседниками**  В ситуации межличностного общения существует некоторая граница между собеседниками, которую трудно переступить. Каждый человек неосознанно регулирует свое персональное пространство – дистанцию между собой и другими участниками общения, свое положение относительно них и свою ориентацию в пространстве. Расстояние между собеседниками зависит от ряда факторов.  Во-первых, оно зависит от степени эмоциональной близости между партнерами по общению. Чем более холодные, формальные отношения между людьми, тем больше расстояние между ними в ситуации общения. Чем отношения ближе, тем меньше дистанция.  Во-вторых, расстояние между собеседниками увеличивается с повышением социального статуса одного из них. Как правило, человек держится подальше от тех, кого уважает, почтительно обходит высоких начальников.  И, наконец, расстояние между людьми зависит от психического состояния собеседников. Персональное пространство у каждого имеет свои размеры в зависимости от самочувствия, настроения, состояния. Уравновешенный человек с чувством собственного достоинства подходит к собеседнику ближе. Беспокойные, нервные люди стараются держаться подальше, особенно от лиц противоположного пола. Люди более конфликтные, подозрительные и нелюдимые окружают себя более широкой зоной персонального пространства, чем люди общительные и уживчивые. У интравертов персональная дистанция больше, чем у экстравертов.  **Э.Холл и Дж.Трейджер выделяют четыре межличностных расстояния:**           **Интимное расстояние** от 15 до 45 см. Это расстояние общения близких, хорошо знакомых людей, находящихся в тесном эмоциональном контакте, это дети, родители, супруги, близкие друзья и родственники. В этой зоне имеется еще подзона (от 0 до 15 см.), в которую можно проникнуть только посредством физического контакта. Это сверх- интимная зона.           **Личная дистанция** (от 46 до 120 см.) это расстояние, на котором происходит общение хорошо знакомых людей, большая часть разговоров происходит именно на этой дистанции, еще она называется дистанцией эмоционального общения.           **Социальная дистанция** (от 1,2 до 3,6 метров), это расстояние, которое разделяет посторонних людей, улаживаются безличные дела, происходят формальные встречи в общественных местах. Такая дистанция позволяет каждому заниматься своим делом.           **Публичная дистанция** (более 3,6 метра). Общение формальное, обычно с несколькими людьми одновременно, например, преподаватель и студенты. На таком расстоянии детали лица, мелкие движения не улавливаются. Голос становится громче, слова тщательнее подбираются и старательно выговариваются.   |  |  | | --- | --- | | |  | | --- | | **При общении врача и больного расстояние между ними является показателем доверительности отношений, степени эмоционального контакта.** | |     Выбирая довольно большое расстояние между собой и врачом в первую встречу, больной начинает сокращать его по мере установления контакта. В отличие от соматических больных, больные с психозами не склонны сокращать межличностную дистанцию с врачом; например, больные шизофренией в первую встречу с врачом выбирают большое индивидуальное расстояние, превышающее при свободном выборе 2 метра и при последующих встречах это расстояние не сокращают.  Общение стоматолога со своим пациентом происходит на интимном расстоянии. Зона рта и губ относится к интимной сфере. Она непосредственно связана с чувствами и загружена положительным или отрицательным аффектом. Вмешательства здесь воспринимаются весьма личностно близкими и находятся под решающим влиянием личности зубного врача.  **Жесты**  Под жестами понимают движения различных частей тела, среди которых наибольшее значение имеют движения рук, плеч и головы. При помощи жестов, как и при помощи слов, можно выражать мысли и чувства, передавать идеи и эмоции. Жесты бывают ***коммуникативные,*** несущие информацию, которую жестикулирующий в диалоге намеренно передает адресату, которые помогают общению, могут заменять собой слова; и ***экспрессивные****,* спонтанно выражающие чувства или отношения, которые являются иллюстрацией к речи и теряют свой смысл в отрыве от нее, они зависят от состояния, более индивидуальны, рано формируются в онтогенезе, могут быть подражательными.  Активная жестикуляция часто отражает положительные эмоции и воспринимается как признак заинтересованности и дружелюбия. Чрезмерное жестикулирование может быть выражением беспокойства или неуверенности в себе. Жестикуляция становится более активной и в том случае, если человек испытывает интерес.  Интенсивность жестикуляции зависит также от темперамента: на юге жестикулируют больше, чем на севере.  **Позы**  Позы отражают состояние человека и его отношение к тому, что происходит в процессе общения. Существуют лишь самые общие правила интерпретации поз, распространяющихся на большинство людей.  Имеется несколько вариантов классификации поз. Различают ***естественные и неестественные*** позы. Естественная поза – свободная, непринужденная, располагающая к общению. Неестественная поза воспринимается как необычная, странная, не соответствующая ситуации взаимодействия, и к общению не располагает.  Позы делятся также на ***симметричные и асимметричные***. Симметричная поза, как правило, безличная, формальная. *Асимметричная* поза более индивидуализирована, сообщает больше информации о человеке и вызывает больше доверия у партнера по общению.  И, наконец, позы бывают ***открытыми и закрытыми****.* Открытая поза определяется по следующим признакам: поворот корпуса и головы к собеседнику, раскрытость ладоней, нескрещенное положение рук и ног, расслабленность мышц тела и прямой взгляд в лицо собеседнику. Открытая поза показывает готовность к контакту, настроенность на общение, на взаимодействие с другим человеком. Закрытая поза показывает отсутствие готовности к общению, некоторую отгороженность от потенциальных партнеров. Скрещенные руки и ноги в закрытой позе отражают, обычно, защитную реакцию и нежелание общаться.   |  |  | | --- | --- | | |  | | --- | | **Во взаимоотношениях врача и больного для доктора желательна асимметричная поза, естественная и открытая.** | |     **Взаимное расположение собеседников**  То, под каким углом стоят люди по отношению друг к другу, дает информацию об их отношениях и взаимоотношениях.  Когда тела двух человек во время общения развернуты по направлению к воображаемой вершине треугольника, то такая поза является невербальным приглашением третьему человеку – открытая позиция, такой угол указывает на непринужденный характер беседы. Если в компанию принимается четвертый человек, то образуется квадрат, а если пятый, то формируются два треугольника или круг. Когда требуется установить отношения собственности или интимности, то угол между телами уменьшается до нуля градусов – закрытая позиция. Закрытая позиция может также применяться для выражения невербального вызова враждебно настроенных друг к другу людей.  Чаще всего при общении врача с пациентами присутствует стол. От расположения собеседников за столом зависит характер беседы. Угловое расположение (стул расположен сбоку от стола)  характерно для людей, занятых дружеской, непринужденной беседой. Эта позиция способствует постоянному контакту глаз и предоставляет простор для жестикуляции и возможность для наблюдения за жестами собеседников. Угол стола служит частичным барьером в случае опасности или угрозы со стороны собеседника. При таком расположении отсутствует территориальное разделение стола. Позиция делового взаимодействия за столом, рядом с собеседником – позиция предъявления, обсуждения и выработки общих решений. Положение за столом друг против друга может вызвать оборонительное отношение и атмосферу соперничества.   |  |  | | --- | --- | | |  | | --- | | **На приеме у врача, пациенту лучше предложить стул, расположенный сбоку от стола – при таком расположении возникают более благоприятные условия для контакта.** | |     Если во время разговора говорящий наклоняется к слушающему, это показывает его заинтересованность, а также служит знаком внимания, воспринимается как любезность. Откидывается назад человек, который думает о своем, утратив интерес к беседе, или внутренне возражает. Поэтому мы чувствуем себя неловко с тем, кто при общении с нами откидывается назад или разваливается в кресле.  **Мимика**  ***Мимика*** – это координированные движения мышц лица, отражающие состояние и чувства человека. Различают мимику верхней части лица и мимику нижней части лица. Многочисленные эксперименты показали, что верхняя часть лица контролируется лучше, чем нижняя. Поэтому мимика нижней части лица более информативна, точнее передает состояние и настроение человека. Особенно выразительны губы. Уголки рта – показатель жизненного тонуса. Уголки рта, опущенные вниз, указывают на пониженное настроение. При хорошем самочувствии и настроении, высоком жизненном тонусе, линия рта прямая. Чрезмерная улыбчивость часто выражает потребность в одобрении и зависимость от окружающих. Лобная мышца – мышца внимания и настороженности. Она задействована при опасности, в ситуации обострения взаимоотношений, часто связана с проявлением агрессивных тенденций. Горе, забота, страдание дают комбинацию вертикальных и горизонтальных морщин, которое обуславливает косое, диагональное расположение бровей.  Р.Розенталь показал, что распознать эмоции легче по выражению лица, чем по тону голоса. Известно, что лицо человека несимметрично. Если вертикально разрезать фотографию, приставить половинки к зеркалу и сравнить, то мы увидим… два различных лица! Эмоциональное состояние точнее отражается на левой стороне, которую контролирует правое полушарие мозга, отвечающее именно за эмоции. Поэтому лучше садиться слева от собеседника: так легче наблюдать за его реакцией на наши слова и есть возможность при необходимости не выдать свои настоящие чувства.  **Сигналы глаз**  Взгляд – ключевой элемент невербальной коммуникации. Как правило, именно взглядом собеседник выражает интерес к разговору. Бегающий взгляд чаще всего говорит о скуке или о желании в свою очередь взять слово (если только он не выражает страх или чувство вины).  Функции взгляда, также как и все невербальное поведение, зависят от типа культуры. Так, в африканских странах и на Востоке опускание глаз слушателем перед говорящим служит знаком уважения к последнему.  В лице партнера при общении нас больше всего привлекают глаза: в глаза мы смотрим чаще, чем на другие части лица.   Люди смотрят друг на друга от 30% до 60% времени беседы. В эксперименте установлено, что если человек смотрит на партнера по общению более 2/3 времени, то он больше заинтересован в самом собеседнике, чем в том, что он говорит. Это может означать или интерес и привлекательность (зрачки расширены), или враждебность (зрачки сужены).  Но люди избегают визуального контакта в ситуациях соперничества, чтобы взгляд не был понят как выражение враждебности.  Все люди больше склонны смотреть на тех, с кем у них близкие отношения, а также на тех, кем они восхищаются. В группе больше всего смотрят на лидера.  **Невербальные вокальные феномены**  Смит (Smith, 1966) описывал экспрессивные уровни речи как особые вокальные (голосовые) явления, которые аккомпанируют речи. Эти феномены можно систематически проанализировать как качественные характеристики и шумы, не входящие в речь как таковую. Тем не менее, хотя они вносят определенный вклад в общий смысл сообщения, сами по себе они лишены смысла. В число таких экспрессивных уровней входят несколько вокальных признаков, выделяемых в любой речевой коммуникации.   * ***Интенсивность****, или повышение и понижение громкости* ***голоса***. Повышение или понижение громкости может затрагивать единственный слог, целое предложение или большую часть сообщения. Повышение громкости обычно свидетельствует о тревоге или раздражении; понижение громкости может являться признаком недовольства или разочарования. * ***Зажатость и открытость****.* Эти качества психологически связаны со степенью мускульного напряжения, в котором находится голосовой аппарат. Чем больше напряжение, тем явственнее эффект зажатости (“скрипучий” голос). Открытость, или свобода, проявляется в гулком, раскатистом голосе, производящем впечатление авторитетности.   В целом, голоса различаются по способности оказывать влияния на других. Голос также является выразителем наших чувств. Спокойный и солидный голос снимает напряжение и пробуждает интерес, а «взвинченная», быстрая и громкая речь может восприниматься как признак резкости и агрессивности.   * ***Растягивание и сокращение***. Эти признаки относятся к индивидуальному темпу произнесения слогов. * ***Ускоренный и замедленный темп речи***. В отличие от растягивания и сокращения, эти признаки применяются для оценки более объемных фрагментов речи. Во многих контекстах ускоренный темп речи сигнализирует о раздражении или тревоге, а замедленный - о нерешительности. * ***Тон речи*** - это окраска голоса, с которой произносится высказывание и которая помогает человеку лучше передать свои мысли и чувства. Тон может изменить содержание речи, придать ему противоположный смысл.   В другой набор вокальных феноменов, называемых ***вокальными разграничителями***, входят смех, плач и прерывистость голоса. Смех и плач встречаются часто, и опознать их не представляет труда. Прерывистость характеризуется особыми мускульными явлениями в голосовом аппарате. Голосовые связки попеременно то жестко напрягаются, то расслабляются, и в результате голос “дрожит”. Это указывает на активную или глубокую эмоциональную вовлеченность говорящего.  **Практикум 6.**  1.      Демонстрируются разные жесты, позы (на рисунках, описательно или показывает преподаватель). Предлагается «прочесть» значение жеста.  2.      Ролевая игра на контакт («Уговорить человека что-то сделать для себя»), наблюдатели описывают поведение игроков.  3.      Психогимнастические игры с выраженным невербальным компонентом.  4.      Использование методики «Самоконтроль человека».  **Контрольные вопросы**  1.      В каких ситуациях невербальные способы общения преимущественно дают информацию о собеседнике?  2.      Какие требования к невербальному поведению диктует  публичная дистанция?  3.      Мимика какой части лица более информативна?  4.      Опишите мимические реакции,  жестикуляцию, позу человека, переживающего тревогу,  радостное волнение, страх.  **Литература**  1. Дж. Ниренберг, Г.Колеро. « Как читать человека словно книгу» – М. 1988.  2. А.Пиз «Язык телодвижений» -  “Ай Кью” ./ Пер. с англ. – Новгород 1992г.  3. А. Штангель «Язык тела». Познание людей в профессиональной и обыденной жизни – М. 1988.  **Тема занятия: Вербальная коммуникация и взаимное влияние людей в процессе межличностного общения**  **Цель:** Сформировать представление о механизмах, способствующих взаимопониманию в общении, показать усиление эффективности общения при использовании специальных техник.  **Учебно-целевые вопросы занятия:**  1.      Понятие вербальной коммуникации. Структура делового общения  2.      Побуждение к коммуникации или вступление в контакт  3.      Активное слушание как способ понимания  4.      Вопросы  5.      Виды влияния.  6.      Позиции партнеров в контакте.  **Вербальная коммуникация**  ***Вербальная коммуникация*** – *это воздействие на психическое состояние, чувства, мысли и поступки других людей, прежде всего с помощью вербальных средств, т.е. слов.*  Вербальный канал коммуникации часто неотделим от невербального. Все же вербальная коммуникация может считаться ведущим способом установления отношений в таких видах общения как:           Деловая беседа (обычно – партнерское общение, когда участвует два человека, например, беседа врача с пациентом)           Переговоры (обычно – между группами людей)           Публичное выступление (общение с большим количеством людей).  Основные ошибки, возникающие при партнерском общении, по существу сводятся к следующим:           неумение устанавливать продуктивный контакт;           неумение слушать и прояснять позицию партнера, что затрудняет ориентацию в ситуации;           пропуск важных этапов общения (например, часто партнеры пропускают 2 этап и после едва установившегося контакта партнеры переходят к взаимному убеждению, а потом вынуждены возвращаться на предыдущий этап),           игнорирование эмоционального состояния партнера;           использование неконструктивных способов влияния на партнера (манипуляция, принуждение …); и т.д.  Фазы  партнерского общения:  1.      Установление контакта (средства: Невербальные и вербальные сигналы, способствующие  контакту)  2.      Ориентация в проблеме (средства: Активное слушание. Умение задавать вопросы. Снятие эмоционального напряжения)  3.      Обсуждение (средства: аргументация, влияние, активное слушание)  4.      Решение (средства: подведение итогов. Выход из контакта)  Установление контакта  Возникновение взаимодействия между людьми в первую очередь обусловлено появлением у субъекта определенной потребности. В условиях делового общения эта потребность может выражаться в необходимости получения какой-либо информации от партнера, необходимой для выявления возможности плодотворного, сотрудничества; сообщения определенной информации, способной привлечь партнера к сотрудничеству; обмен мнениями и впечатлениями со своим коллегой для формирования дальнейшего плана действий.  На этапе побуждения к коммуникации или вступления в контакт - происходит оценка внешнего вида собеседника, его походки, выражения лица и т.п., т.е. оценивается степень совпадения со стереотипом. На этом этапе можно сформировать благосклонность при помощи невербальных сигналов, способствующих установлению контакта, а также с помощью вербального поведения.  **Вербальные сигналы, располагающие к контакту**:        Отчетливое приветствие        Обращение к человеку по имени  Следует в начале беседы поинтересоваться именем собеседника и далее его использовать. Бывают сложные имена, но их запомнить помогут ассоциации и образные представления. Если имя забыто – не следует строить безличные фразы, лучше переспросить.        Предложение сесть        Терпеливое слушание  Лучше активно слушать собеседника или аккуратно переключить вопросом. Далее будут рассмотрены техники активного слушания, использование которых влияет на эффективность общения.        Малый разговор  Это беседа на интересную и приятную для собеседников тему, которую ему приятно обсуждать. Это непринужденная беседа о семейных делах, хобби, забавных событиях. Цель малого разговора – создать благоприятную психологическую атмосферу, заложить основы симпатии и доверия. Или же – восстановить эмоциональное равновесие, симпатию и доверие. При длительном общении рекомендуется интересоваться личной жизнью (коллег, подчиненных), например, знать имена близких, дни рождения и т.д. Это усиливает значимость как партнера по общению.   |  | | --- | |  | |  | |  | | --- | | **Врачу «полезно» иметь информацию  о жизни своих пациентов, а не только ту, которая помогает установить диагноз** | |             Использование комплиментов  Комплимент – это подчеркивание достоинств собеседника. Следует отличать от комплимента похвалу и лесть. Похвала – это оценка личных качеств. В деловом (партнерском) общении она не совсем уместна. Лесть – большое преувеличение достоинств человека или подчеркивание социально-желательных  качеств, которых у человека нет. Практически все люди различают лесть и комплимент. Комплимент – это тренируемый навык.  **Активное слушание как способ понимания**  Часто на эффективность общения влияет неумение (нежелание) слушать (слышать) партнера. Этому может мешать сосредоточенность на собственных мыслях и желаниях, негативная оценка высказываний партнера, игнорирование, пренебрежение высказываниями партнера.  **Умение слушать** — наиболее важное из всех качеств, ко­торыми должен обладать успешный в общении человек, в особенности, если коммуникативная компетентность является составной частью его профессионализма. Дать человеку возможность высказать свои мысли и чувства, вы­слушав его внимательно, с пониманием и любовью, не так просто, как может показаться на первый взгляд. Сущест­вуют определенные приемы активного слушания, поговорим о них.           Нерефлексивное слушание является, по существу, про­стейшим приемом и состоит в умении молчать, не вмеши­ваясь в речь собеседника. Это активный процесс, требую­щий внимания. В зависимости от ситуации собеседник может выразить понимание, одобрение и поддержку короткими фразами или междометиями.   Нерефлексивное слушание больше всего подходит к на­пряженным ситуациям. Люди, переживающие эмоциональ­ный кризис, часто ищут в нас “резонатора”, а не советчика. Тем не менее, этого приема бывает недостаточно, когда собеседник стремится получить руководство к действию, когда у него нет желания говорить, когда он боится быть непонятым, отвергнутым. В этих случаях используются другие приемы.          Рефлексивное слушание является объективной обратной связью для говорящего, и служит критерием точности вос­приятия услышанного. Этот прием помогает собеседнику наиболее полно выразить свои чувства.   |  |  | | --- | --- | | |  | | --- | | **Уметь слушать ре­флексивно — значит расшифровывать смысл сообщений выяснять их реальное значение.** | |     Множество слов в русском языке имеет несколько значений, поэтому важно правильно понять говорящего, понять то, что он хочет сообщить.          Эмпатическое слушание. Эмпатия — это понимание любого чувства, переживаемого другим человеком (будь то гнев, печаль или радость) и ответное выражение своего понимания этих чувств. Эмпатия, или сопереживание, проявляется в чуткости к собеседнику.  **Виды вопросов**  На основном этапе беседы большое значение придается вопросам, которые собеседники задают друг другу.  Вопросы бывают:  1.      Закрытые.  Вопросы, предполагающие однозначный ответ (например, сообщение точной даты, названия и т.д.) или ответ «да» или «нет».  2.      Открытые.   Вопросы, предполагающие развернутый ответ. Начинаются со слов: «Что? Как? Каким образом? При каких условиях?» и т.п. Открытые вопросы должны быть сформулированы так, чтобы партнеру хотелось отвечать на них. Между тем, открытый вопрос может производить парадоксальный эффект: партнер замыкается, теряет интерес к разговору, оказывается совершенно обескураженным и т.д. Нейтрализовать этот эффект можно лишь подчеркнутой вежливостью формулировок. Наиболее нейтральными являются вопросы, содержащие местоимение «мы» или вообще безличные.  3.          Альтернативные.  Занимают промежуточное положение, но, в сущности, это тоже гипотезы, просто в альтернативном вопросе содержится не одна, а несколько гипотез. И все эти гипотезы могут оказаться неверными.  4.      Риторические.  Вопросы, не требующие ответа, их цель – вызвать новые вопросы или указать на нерешенные проблемы.  **Виды влияния**  Влияние в межличностном общении нацелено на удовлетворение своих мотивов и потребностей с помощью других людей. Каждый из нас может пытаться влиять на других. Цели, связанные с некоторыми потребностями, зачастую не осознаются или тщательно скрываются. Современному человеку важно осознать истинные цели своего влияния на других для того, чтобы не пытаться воздействовать на других неконструктивным способом. Осознав свои цели, можно найти конструктивные способы получения помощи и поддержки других людей для их осуществления.  Конструктивными могут быть признаны такие виды влияния людей друг на друга как:     Самопродвижение – открытое предъявление свидетельств своей компетентности для того, чтобы быть оцененным по достоинству. ***Средства:*** реальная демонстрация своих возможностей, раскрытие своих личных целей.     Аргументация – высказывание и обсуждение доводов в пользу определенного решения (или позиции) с целью формирования или изменения отношения собеседника к данному решению (или позиции). Для того чтобы аргументация была конструктивной, она должна отвечать некоторым условиям. Во-первых, цель аргументации должна быть отчетливо сформулирована адресату. Во-вторых, необходимо заручиться согласием адресата выслушать вас.  Общие правила аргументации:  1.      вежливость и корректность  2.      простота (высказывания должны быть понятными и не содержать в себе редко используемых или специальных терминов)  3.      общий язык (который понятен обеим сторонам)  4.      краткость  5.      наглядность (рисунки, графики, образные сравнения и т.д.)  6.      избегание чрезмерной убедительности  **Практикум 7. Техники активного слушания**  1.      Придумайте несколько примеров комплиментов. Какой комплимент можно было бы сделать пациенту?  2.      Придумайте 2-3 фразы «малого разговора», которые можно использовать в ситуации общения с пациентом. Упражнение выполняется сначала письменно, затем обсуждается в группе.  3.      Игра «Испорченный телефон». Анализ особенностей понимания и слушания партнера.  **Практикум 8. Вопросы**  1.      Какие бывают вопросы? Какие вопросы могут использоваться в ситуации общения врача с больным, чтобы облегчить сбор анамнеза? Какие вопросы способствуют снятию эмоционального напряжения, создают доброжелательное отношение больного?  2.      Игра «Кто я?» на закрытые вопросы.  3.      «Пациент на приеме у врача». Запишите в конспекте ваши предположения о том, в каком состоянии находится пациент, и каков должен быть верный ответ врача.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Вариант реплик пациента | Что чувствует пациент, каков его мотив, желание | Ответ врача (в виде открытого вопроса) | | Доктор, мне так плохо, даже жить не хочется!  У меня такие же симптомы как у дедушки, он умер недавно.  По какому праву Вы продержали меня в коридоре так долго, я записан на 11 часов!  Ничего у меня не болит, мама все придумывает.  Доктор, у меня это…., в общем, плохо мое здоровье.  Доктор, Вы такой чудесный человек, к Вам на прием идешь как на праздник!  И др. |  |  |   **Контрольные вопросы**  1.      Какую роль играет “малый разговор ” в процессе установления контакта?  2.      Какой из видов активного слушания наиболее продуктивен в медицинской практике?  3.      Что мешает эффективному слушанию?  4.      Что способствует пониманию партнера?  5.      Опишите структуру партнерского общения.  6.      Как можно классифицировать виды вопросов?  7.      Каковы могут быть позиции партнеров по общению?  **Литература**  1.      Петровская Л.А. Компетентность в общении. М. – МГУ, 1989  2.      Сидоренко Е.В., Хрящева Н.Ю. Межличностное общение // Психология: Учебник/ Под ред. А.А.Крылова. – М., Проспект, 1998.  3.      В.Н. Куницина, Н.В. Казаринова, В.М. Погольша «Межличностное общение» - Спб.: «Питер», 2001  [Оглавление.](https://docs.google.com/RawDocContents?docID=dp9m4kg_18dcgw7khm&justBody=false&revision=_latest&timestamp=1203180799369&editMode=true&strip=true#_Toc73470887)    **Тема занятия: Конфликты**  **Цель:** показать продуктивные методы нормализации эмоционального состояния партнера по общению.  **Учебно-целевые вопросы занятия:**   1. Определение понятия. 2. Функции конфликтов 3. Условия и факторы, способствующие конструктивному разрешению конфликтов 4. Стратегии конфликтного поведения 5. Тактики поведения в конфликте 6. Манипуляции   **Понятие конфликта**  *Под* ***конфликтом*** *понимается наиболее острый способ разрешения значимых противоречий, возникающих в процессе взаимодействия, заключающийся в противодействии субъектов конфликта и обычно сопровождающийся негативными эмоциями.*  Конфликт - это предельный случай обострения противоречий*.*  Конфликт развивается из конфликтной ситуации, для которой характерны следующие параметры:  1.      Наличие противоречий  2.      Эмоциональное напряжение  3.      Искажение восприятия ситуации  Конфликт начинается, когда присоединяются конкретные действия для достижения цели.  **Функции конфликтов:**  Конфликты могут нести две функции: **конструктивную** и **деструктивную**.  *Конструктивная функция* состоит в том, что прохождение через противоречия - необходимое условие развития, как личности, так и общества. Поэтому посредством конфликта могут урегулироваться противоречия, налаживаться отношения, но лишь при конструктивном варианте разрешения конфликта.  *Деструктивная функция* конфликта состоит в том, что конфликт может приводить к разрушению межличностных связей, дестабилизации ситуации, высокому эмоциональному напряжению участников конфликта.  **Условия конструктивного разрешения конфликта**          Прекращение конфликтного взаимодействия          Поиск близких или общих точек соприкосновения          снижение интенсивности негативных эмоций          устранение «образа врага»          объективный взгляд на проблему          учет статусов друг друга          выбор оптимальной стратегии разрешения  **Факторы, способствующие конструктивному разрешению конфликта**          время: сокращение времени ведет к увеличению вероятности выбора агрессивного поведения          третья сторона: участие третьих лиц, стремящихся урегулировать конфликт, приводит к более спокойному его протеканию и скорому разрешению          своевременность: чем раньше стороны преступают к урегулированию, тем лучше          равновесие сил: если стороны приблизительно равны, у них нет другого выбора, помимо поиска компромисса          опыт: наличие опыта в разрешении конфликта хотя бы у одной из сторон приводит к ускорению его разрешения          отношения: хорошие отношения сторон до конфликта ускоряют его разрешение  **Стратегии конфликтного поведения**  1.      **Соперничество** - заключается в навязывании другой стороне предпочтительного для себя решения.  2.      **Сотрудничество** - позволяет осуществить поиск такого решения, которое удовлетворяло бы обе стороны.  3.      **Компромисс** - предполагает взаимные уступки в чем-то важном и принципиальном для каждой стороны.  4.      **Приспособление**  - основывается на понижении своих стремлений и принятии позиций оппонента.  5.      **Избегание**  - участник находится ситуации конфликта, но без всяких активных действий по его разрешению.  Стратегии в конфликте реализуются через различные тактики.  1.      **Тактика захвата и удержания объекта конфликта**. Применяется в конфликтах, где объект материален.  2.      **Тактика физического насилия** (ущерба). Уничтожение материальных ценностей, физическое воздействие, нанесение телесных повреждений.  3.      **Тактика психологического насилия** (ущерба). Оскорбление, грубость,, негативная личностная оценка, дискриминационные меры, клевета, дезинформация, обман, унижение.  4.      **Тактика давления**. Предъявление требований, указаний, приказов, угрозы, вплоть до ультиматума, предъявление компромата, шантаж.  5.      **Тактика демонстративных действий.** Применяется с целью привлечения внимания окружающих к своей персоне. Публичные высказывания и жалобы на состояние здоровья, заведомо неудавшаяся попытка самоубийства.  6.      **Тактика коалиций.** Образование союзов, увеличение группы поддержки  7.      **Тактика дружелюбия**. Корректное обращение, подчеркивание общего, демонстрация готовности решать проблему, предложение помощи, оказание услуги.  8.      **Тактика сделок**. Взаимный обмен благами, обещаниями, уступками.  **Приемы воздействия на оппонента, снижающие вероятность конфликта:**  1.  Не требуйте от окружающих того, что они не в состоянии дать (не в состоянии, а не «не хотят»). Учитывайте способности и возможности людей. Ставьте реальные сроки.  2.  Не перевоспитывайте человека. Не стремитесь заставить человека, а стремитесь сформировать у него убеждение, что что-то нужно сделать.  3.  Оценивайте психологическое состояние партнера по общению и избегайте острых тем, если оно нестабильно.  4.  Занимайте твердую позицию по отношению к проблеме и мягкую по отношению к оппоненту.  5.  Заранее информируйте людей о ваших решениях, затрагивающих их интересы.  6.Не увеличивайте число обсуждаемых проблем в ходе беседы.  **Практикум 9.**  1.      Выполните тест («какая пословица вам близка»). Обработать результаты и дать интерпретацию вам поможет преподаватель.  2.      Следуя указаниям преподавателя, постройте «дерево конфликтов»  3.      Ролевые игры в тройках «Применение техник снятия эмоционального напряжения в конфликтных ситуациях».  **Контрольные вопросы**  1.      Что такое конфликт?  2.      Приведите примеры конструктивного и деструктивного разрешения конфликта  3.      Какие тактики для какой стратегии поведения в конфликте характерны?  4.      Что помогает снизить напряжение в конфликте?  **Литература**  1.      Рубин Дж., Пруйт Д., Ким Хе Сунг Социальный конфликт: эскалация, тупик, разрешение. – СПб.: Прайм- Еврознак, 2002  2.      Н.В. Гришина Психология конфликта, 2002  **[Оглавление.](https://docs.google.com/RawDocContents?docID=dp9m4kg_18dcgw7khm&justBody=false&revision=_latest&timestamp=1203180799369&editMode=true&strip=true" \l "_Toc73470887)**  **Тема занятия: Взаимоотношения врача и пациента**  **Цель занятия:** Изучить основные механизмы и закономерности формирования и развития взаимоотношений врача и пациента.  **Учебно-целевые вопросы занятия:**  1.      Предпосылки для взаимоотношений врача и пациента.  2.      Теоретические основы взаимоотношений врача и пациента.  3.      Основные фазы развития отношений врача и пациента. Особенности общения с пациентами врача-стоматолога.  4.      Основные модели взаимоотношений врача и пациента.  5.      Сложные случаи в общении врача и пациента.  6.      Врач, выступающий в роли пациента.    Взаимоотношения врача и пациента, с одной стороны, складываются согласно общим закономерностям формирования межличностных отношений, а, с другой стороны, имеют ряд специфических особенностей.  **Предпосылки для взаимоотношений врача и пациента.**  Предпосылки для взаимоотношений врача и пациента складываются еще до знакомства, до того момента, когда больной входит в кабинет врача.  Первой предпосылкой является характер информации, которую пациент заранее собирает о враче, с которым ему предстоит общаться. При возможности выбора, пациент наводит справки о враче, советуется с теми больными, которые у него лечились, собирает отзывы его коллег по работе. Не без внимания остаются научная степень и должность врача, возможное наличие повышения врачебной квалификации (в том числе, зарубежных стажировок). Он пытается выяснить не только то, насколько хорошим специалистом является врач, но интересуется также его личностными, человеческими качествами. Пациенты интересуются и финансовым аспектом визита к врачу, что также  зачастую определяет проблему выбора конкретного специалиста. Если больной не имеет возможности собрать необходимую информацию, он, во всяком случае, ожидая своей очереди за дверью кабинета, будет прислушиваться к разговорам других пациентов, касающихся профессиональных и личностных качеств врача.   |  |  | | --- | --- | | |  | | --- | | **К тому моменту, когда больной входит в кабинет врача, у него, как правило, сформировано более или менее отчетливое представление о докторе, с которым предстоит общаться.** | |     Второй предпосылкой для формирования будущих отношений врача и его пациента является репутация того медицинского учреждения, куда обращается больной, которая во многом зависит от его уровня: медицинский университет, НИИ, городская больница, частная клиника и т.п.   |  | | --- | |  | |  | |  | | --- | | **В зависимости от репутации медицинского учреждения, у больного складываются определенные ожидания и установки.** | |   Готовность увидеть в личности врача те или иные качества, ожидания определенного уровня профессиональной подготовки врача и оказываемой медицинской помощи – все это в определенной мере зависит от репутации медицинского учреждения. В соответствии со своими установками и ожиданиями больной будет вести себя в кабинете врача.  Наконец, третьей предпосылкой является  то, насколько трудной и длинной была для больного дорога к нужному специалисту. Поведение пациента будет разным и в зависимости от того, утром он взял номерок к врачу или записался на прием заранее, пришел из соседнего дома или приехал из другого города, вынужден прийти на профилактический осмотр или приложил много усилий для того, чтобы встретиться с врачом. Все это будет определять состояние (раздражение, усталость, подавленность, агрессивность и т.д.) больного на момент начала общения с врачом.   |  | | --- | |  | |  | |  | | --- | | **Поведение пациента зависит от того, насколько трудной и длинной была дорога к специалисту**. | |     Все три указанных фактора во многом определяют установку пациента на сотрудничество с врачом и должны учитываться последним, особенно на начальных этапах взаимодействия.  **Теоретические основы взаимоотношений врача и пациента с позиций психоанализа**  З.Фрейд одним из первых обратил внимание на некоторые общие механизмы и закономерности, которым подчиняются взаимоотношения врача и больного. Теоретические основы этих взаимоотношений, по З.Фрейду, опираются на два основных понятия - два механизма, включенных в, практически, любую ситуацию взаимоотношений врача с его пациентами.  ***Трансфер (перенос)***.  Механизм трансфера заключается в актуализации у пациента прежнего опыта эмоциональных взаимоотношений со значимыми людьми и в переносе этих чувств на врача. По мнению Фрейда, врач подсознательно напоминает больному эмоционально значимую личность из его детства. Если рассматривать механизм переноса более широко, то отношение больного к врачу во многом обусловлен его прежним опытом общения с другими врачами, их отношением к нему, воспоминаниями детского возраста о первом опыте общения с «людьми в белых халатах». Если со стороны врачей человек видел к себе доброе, эмпатичное, участливое, высоко профессиональное отношение, то врач в сознании больного будет восприниматься положительно. В случае же равнодушного отношения, некорректного поведения, непрофессионального подхода больной будет склонен относиться ко всем врачам довольно негативно, враждебно.  ***Антитрансфер (контрперенос)***  Механизм контрпереноса состоит в актуализации у врача прежнего опыта эмоциональных взаимоотношений с другими больными, подчиненными, детьми и в переносе этого опыта на данного больного. Если больной ассоциирует врача, прежде всего, с родителем, опытным, знающим человеком, призванным облегчить его страдания, то врач ассоциирует больного с «ребенком», зависимым от него, нуждающимся в его помощи и поддержке. В зависимости от того, как складывались предшествующие эмоциональные отношения, врач переносит на больного положительные (положительный контрперенос) или отрицательные (отрицательный контрперенос) чувства.  При более общем рассмотрении этого механизма следует отметить, что у врача могут существовать стереотипы восприятия определенных категорий больных в зависимости от: нозологической принадлежности, возраста, пола, внешнего вида и т.д., что будет определять характер отношения к ним.  Самым оптимальным вариантом соотношения этих двух психологических механизмов является сочетание положительных переноса, с одной стороны, и положительного контрпереноса, с другой. В этом случае между врачом и пациентом будут складываться отношения взаимопонимания, уважения и доверия, терапевтического сотрудничества. Если же во взаимоотношениях имеет место отрицательный перенос или контрперенос, то, в первом случае, врачу следует попытаться понять, чем вызвано негативное отношение к нему со стороны больного (опыт прошлого общения с врачами; эмоциональное, психо-физиологическое состояние пациента; тяжесть его соматического состояния и т.д.) и, по возможности, скорректировать его в позитивную сторону. Во втором случае, доктор должен справиться со своим отрицательным отношением к больному, разобравшись в его причинах, и если оно вызвано поведением или отношением самого больного, постараться отнестись к этому, как к одному из проявлений, симптомов болезни и, таким образом, восстановить свое душевное равновесие.  **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* **– создание доброжелательной атмосферы, формирование  у больного впечатления, 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, особенности характера, 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.   |  |  | | --- | --- | | |  | | --- | | ***Задача врача* в этой фазе убедиться в том, что больной правильно его понял, т.е. достижение комплайенса (согласия) во взглядах на болезнь и лечение.** | |     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.  **Особенности общения с пациентом врача-стоматолога**  Зона рта и губ относится к интимной сфере. Она непосредственно связана с чувствами и загружена положительным или отрицательным аффектом. Вмешательства здесь воспринимаются весьма личностно близкими и находятся под решающим влиянием личности зубного врача.  Психологические исследования показывают, что зубы имеют ценность силы, украшения, красоты, внешнего совершенства и являются достаточно значимыми для самосознания и ощущения собственной ценности. Следует считать психологической проблемой то, что, несмотря на относительно высокую ценность зубов и широкую санпросветработу, проводимую как самими врачами-стоматологами, так и средствами массовой информации в отношении вопросов гигиены и профилактики заболеваний зубов и полости рта, приходится все еще стимулировать волю к самодисциплине и простым мерам профилактики у большинства больных.  Приход к зубному врачу часто является стрессом, связанным ***со страхом*** ожидания, напряженностью и вегетативной дистонией, а стоматологическая терапия, несмотря на широкие современные возможности преодоления боли (от аналгезии и местной анестезии до медикаментозного седирования), все еще воспринимается некоторыми пациентами как болезненное, иногда даже как агрессивное вмешательство.  Следует учесть также, что пациенты часто собираются к зубному врачу с некоторым ***чувством вины***, предполагая, что сами во многом виноваты в появлении своих жалоб и страданий. Страх и чувство вины являются, вероятно, важнейшими факторами, ведущими к пренебрежению регулярных контрольных осмотров у врача.  Таким образом, **важная психологическая задача врача-стоматолога** - это снижение страха, состояния тревоги у больного, наличие которых может значительно затруднить не только процесс общения, но и саму работу с больным, т.к. страх может выражаться в различных формах реакции, например, таких как бегство от лечения или откладывание консультации, агрессия, физическое сопротивление, кусание.  Существуют определенные группы больных, предъявляющие повышенные требования к личностным качествам врача-стоматолога и его психологической подготовке: дети и подростки, обладающие специфически возрастной лабильностью и ранимостью; пожилые пациенты и инвалиды, вследствие их социальных и медицинских проблем; больные с челюстно-лицевыми аномалиями, характеризующиеся наличием определенных личностных особенностей и эмоциональных переживаний в связи со своим внешним дефектом; больные с неврозами и психопатиями с их неосознаваемыми страхами и внутренними конфликтами, характерологической деформацией. Особый психологический подход требуют пациенты, страдающие психическими заболеваниями.  В общении врача-стоматолога с пациентом можно также выделить 4 фазы (см. выше), однако в данном случае имеются некоторые особенности, связанные как с особым эмоциональным состоянием стоматологического больного (тревога, страх), так и самой ситуацией оказания стоматологической помощи (ограничение способности больного к вербальному общению с врачом). Таким образом, основная нагрузка общения ложится на врача.  В **контактной фазе** врачу следует создать у пациента ощущение безопасности и доверия, что достигается использованием невербальных средств. Врачу необходимо помнить о том, что он общается с больным на самом близком, интимном расстоянии, поэтому внешний вид врача, его мимика, выражение глаз будет обязательно замечено пациентом. Поскольку страх больного может быть обусловлен не только ожиданием болевых или неприятных ощущений в связи с предстоящим лечением, но и возможной вероятностью заражения каким-либо инфекционным заболеванием (СПИД, гепатит), врачу следует обязательно в присутствии больного тщательно вымыть руки, достать стерильный набор инструментов, надеть новые резиновые перчатки. За это время больной успеет удобно расположиться в кресле, привыкнуть к обстановке кабинета и к своему доктору.  В **фазе ориентации** врач должен предоставить пациенту возможность рассказать о том, что его беспокоит как в соматическом, так и психологическом плане, поскольку это позволит отреагировать негативные переживания и снизит эмоциональное напряжение. Если эмоции страха, беспокойства у больного выражены в значительной степени, бывает полезно заранее договориться о системе «условных знаков», которые больной может подать врачу в процессе его работы, сигнализируя о своих ощущениях, что позволит врачу, прервавшись, справиться о возникших проблемах у больного. Этот прием создает у пациента впечатление возможности осуществления обратной связи, и тем самым успокаивает его.  Врачу ни в коем случае не следует показывать в присутствии больного, что он чем-то расстроен, возмущен, озабочен своими личными проблемами, т.к. это может отразиться на качестве оказываемой помощи доктором и его тонкой ручной умелости, что в большой степени ценится пациентами в работе стоматолога.  В **фазе аргументации** врач приступает к работе с больным: проводит осмотр и оценивает состояние ротовой полости, диагностирует заболевания десен и зубов, и при этом постоянно общается с больным в форме монолога. Если состояние ротовой полости неудовлетворительное, не стоит сразу же прибегать к упрекам и нотациям в адрес пациента, приводя его тем самым в замешательство, лучше в конце общения обязательно акцентировать внимание больного на вопросах гигиены и профилактики.  Общение с больным в этой фазе заключается в описании врачом своих действий, поскольку знание пациента того, что сейчас происходит у него в ротовой полости, помогает снизить тревогу. При этом, если врач предполагает, что в какой-то момент больному может быть больно или неприятно, - лучше сообщить ему об этом заранее, создав внутреннюю готовность, и предупредив тем самым неожиданные эмоциональные и двигательные реакции больного, которые могут его травмировать и осложнить работу врача.  Во время работы с пациентом следует избегать праздных разговоров с другими врачами, находящимися в том же кабинете, чтобы не создавать у пациента впечатления отвлечения внимания от него самого. Все разговоры в присутствии больных должны носить исключительно профессиональный характер.  **Фаза корректировки** - заключительная фаза общения, в которой врач подводит итоги, делает необходимые назначения, дает рекомендации по гигиеническому уходу за полостью рта, при необходимости намечает дату следующего визита. Если у пациента все еще сохраняются болевые ощущения после проведенных  лечебных манипуляций, следует обязательно успокоить его и заверить в том, что они носят временный характер, посоветовав провести соответствующие посттерапевтические процедуры. Перед прощанием можно сказать больному что-нибудь ободряющее, чтобы снять оставшееся психологическое напряжение и сделать следующий его визит к врачу более приятным.  **Профессионально значимые качества врача.**  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. Умение общаться или ***коммуникативная компетентность***, обеспечивает взаимопонимание, доверие в отношениях, эффективность  в решении поставленных клинических задач. Психологическая сторона отношений «врач – больной» важная составляющая медицинского процесса. Пациент 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 для больного более важны, чем профессиональные знания, умения, навыки. В многочисленных исследованиях приводятся различные 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, оцениваются  пациентами  особенно  высоко.** |   Исследования Ташлыкова В.А.(1974) позволили составить общий для большинства больных образ ***«идеального» врача***. Он включал в себя следующие 10 черт: ум, внимательность, увлеченность работой, чувство долга, терпеливость, чуткость, интуиция, серьезность, доброта , чувство юмора.  В целом, больные предпочитали два типа врачей:           «сопереживающий» (чуткость, доброта, терпеливость),           «нейтральный» (рабочий тип общения, внимательность, тактичность, серьезность, чувство долга).  **Модели взаимоотношений врача и пациента**  По классификации Роберта Вича существует 4 модели взаимоотношений врача и пациента:   1. Техническая. В данной модели пациент является «неисправным механизмом, который нуждается в починке». Личность пациента не учитывается. Есть только физическая проблема, которую нужно устранить. 2. Патерналистская. Врач здесь рассматривается как «родитель», а пациент как «неразумное дитя». Врач сам определяет, что является благом для пациента. Здесь уделяется внимание личности пациента, но лишь с точки зрения моральной поддержки. 3. Коллегиальная. Данная модель в своем крайнем варианте является пациент-центрированной. Пациент здесь играет активную роль, с ним согласовываются все решения врача. 4. Контрактная. Взаимоотношения врача и пациента базируются на негласном (в некоторых случаях, правда, оформляемом процессуально-юридически) договоре о взаимном уважении прав друг друга. Пациента оповещают о том, как проходит лечение, от него не скрывают информацию, но решение принимает врач, обосновывая его для пациента.   **Врач, выступающий в роли пациента.**  Бывают случаи, когда врач, заболев, не может справиться с болезнью собственными силами, и ему приходится обращаться за помощью к своим коллегам и выступать в роли пациента. Несмотря на существующие взгляды, что здоровье врачей лучше, чем в среднем в популяции, это далеко не так. Что касается тяжелых заболеваний, в частности, онкологических, врачи склонны обращаться за помощью позже, чем другие больные, не имеющие медицинского образования, они до последнего момента занимаются самодиагностикой, самолечением, и тем самым упускают драгоценное время, когда болезнь еще находится в начальной стадии.  С одной стороны, общение с заболевшим врачом облегчается тем, что в беседе с ним можно использовать сугубо медицинские термины и понятия и быть уверенным, что собеседник все поймет правильно, врачу легче соблюдать все медицинские предписания, ибо он понимает их смысл и важность. Однако, многие врачи признают, что когда в роли пациентов выступают их коллеги, это представляет большую сложность в плане общения.  Во-первых, в этом случае отсутствует важный психотерапевтический компонент взаимодействия, поскольку, если для остальных больных врач - это авторитетный человек, обладающий специальными медицинскими знаниями и который, по их мнению, наверняка поможет справиться с болезнью, то заболевший врач понимает ограниченность возможностей медицины в лечении некоторых заболеваний, и тем самым общение с доктором не приносит психологического облегчения.  Во-вторых, заболев, некоторые врачи стремятся всячески контролировать процесс диагностики и лечения своей болезни, подсказывают, советуют, пытаются руководить действиями своих докторов, чем вызывают у последних негативное к себе отношение. В этом случае, для общения с такими больными следует избрать модель партнерства, превратив больного в союзника в терапевтическом процессе, можно интересоваться его мнением, спрашивать совета, обсуждать тактику лечения, однако четко обозначить свою роль как доктора, несущего основной груз ответственности за своего больного.  Заболевший врач является трудным объектом терапии. Здесь от лечащего врача требуются и профессиональные знания, и понимание психологии, и много душевных сил.  **Практикум 10.**  1.      Чем отличается общение врач-больной от партнерского общения?  2.      Во врачебной практике встречаются явления отрицательного контрпереноса и отрицательного переноса. Какой может быть продуктивная тактика врача в таком случае? Может быть это неважные явления? Обоснуйте свою точку зрения.  3.      Ролевая игра «Пациент на приеме у врача». Проведите беседу с пациентом таким образом, чтобы ему стало легче.  **Практикум 11.**  1.      Какие модели врачебной деятельности Вы знаете? Обсудите в группе – чем в каждом конкретном случае должна определяться избираемая модель взаимодействия с пациентом?  2.      На основе чего в общественном сознании строятся стереотипы врачей различных специальностей?  3.      Каковы специфические особенности общения с разными группами больных?  Какой может быть врачебная тактика при встрече с такими «сложными типичными пациентами»:  **«Неприятные» пациенты** - вызывающие раздражение и неприязнь у врача.           Истероидные личности, ипохондрики. Для пациента каждый визит к врачу - доказательство окружающим, что он серьезно болен и вынужден постоянно лечиться.           Медлительный пациент.           Обстоятельный и дотошный пациент.           Словоохотливый пациент, который особенно может раздражать врача при нехватке у него времени.           При повторных визитах пациент заявляет, что ему не становится легче, при этом, что бы врач ни делал, он видит на лице больного унылое выражение лица и слышит жалобы, хотя речь идет не о неизлечимом заболевании, а таком, которое обычно поддается терапии.           Капризный пациент, претендующий на особое внимание и отношение к себе, пытающиеся диктовать врачу методы обследования и лечения.           Пациент, у которого стремление избавиться от болезни любой ценой, становится сверхценной идеей, он ходят к разным врачам, увлекается нетрадиционными методами лечения (голодание, сыроедение, гомеопатия, йога, уринотерапия и т.п.).           Озлобленный, грубый, агрессивный пациент.           Пациент, сопротивляющийся выписке из стационара.  **Практикум 12.**  1.    Ролевая игра «Больной на приеме у врача». Продолжить закрепление эффективных способов общения с пациентами.  2.    Ролевая игра «Отказ от госпитализации».  **Контрольные вопросы**   1. Какого рода факторы влияют на формирование взаимоотношений врача и больного? 2. Какой специфический опыт формирует отношение больного к врачу и врача к больному? 3. Какая фаза общения врача и больного наиболее информативна для врача?   **Литература**  1. Р.Конечный, М.Боухал «Психология в медицине» – Мед. изд-во «Авиценум», Прага, 1983.  2. Б.Любан-Плоцца, В. Пельдингер, Ф. Крегер «Психосоматический больной на приеме у врача». – СПб, 1994г.  3. Клиническая психология: учебник / Под ред. Б.Д. Карвасарского – СПб: Питер, 2002. |