



УДК 614.253

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ВРАЧА

Васильева Л.Н.
(Ярославль, Россия)



Васильева Любовь Николаевна

Кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры
психологии и педагогики ФГБОУ ВО ЯГМУ
Россия, г. Ярославль
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9566-0460>
E-mail: nicollub@mail.ru

Аннотация.

В статье излагаются основные положения и структура комплексной программы формирования коммуникативной компетентности врача, как интегрального многоуровневого качества личности, имеющего трехкомпонентную структуру: базовый (ценностный) уровень, содержательный уровень и инструментальный (операционный, технический) уровень, включающий два подуровня: общих и профессиональных коммуникативных навыков и умений. В соответствии с этим утверждением, программа построена по модульному принципу. В статье подробно изложены цели, задачи, содержание программы и каждого ее занятия.

Ключевые слова: врачебная деятельность, коммуникативная компетентность врача, эмпатия, Балинтовские группы, общие и профессиональные коммуникативные навыки, и умения.

Для цитаты: Васильева Л.Н. Комплексная программа формирования коммуникативной компетентности врача // Медицинская психология в России: сетевой науч. журн. 2025. Т. 17. № 1(86). С. 51-69. URL: <https://mprj.elpub.ru/jour> (дата обращения: чч.мм. гггг).

Введение.

В соответствии с ФГОС ВО выпускники медицинских вузов должны быть готовы к различным видам профессиональной деятельности: медицинской, организационно-управленческой, научно-исследовательской. Необходимым условием для осуществления любого из этих видов деятельности является высокий уровень сформированности коммуникативной компетентности, которая позволяет эффективно решать различные профессиональные задачи [1].

Развитие коммуникативной компетентности остается актуальной задачей при подготовке врачей всех специальностей, работающих в сфере здравоохранения. Умение правильно и в доступной форме донести информацию до пациента позволяет избежать искаженных «представлений о здоровье и о заболевании», «когда мнение окружающих становится более значимым, чем медицинская информация» [2].

Комплексная программа предназначена для студентов старших курсов высших медицинских учебных заведений и врачей на ранней стадии специализации.

Теоретические основы формирования программы коммуникативной компетентности врача были изложены нами ранее [3].

Цель программы:

Развитие коммуникативной компетентности врача (ККВ), как многоуровневого интегративного качества личности (совокупности когнитивных, эмоциональных и поведенческих особенностей), опосредующего врачебную профессиональную деятельность, направленную на установление, поддержание и развитие эффективных контактов с пациентами и другими участниками лечебно-профилактического процесса.

Задачи программы:

1. Поддержка базового (ценностного) уровня, который включает в себя личностные качества врача как социальные, так и природные, установки, ценностные ориентации, мотивы в коммуникативной сфере (в частности, эмпатийность).

Базовый уровень следует считать основным, так как он обеспечивает мотивацию общения и возможности формирования коммуникативной компетентности врача, облегчая или, наоборот, затрудняя этот процесс. Особенности базового уровня существенным образом влияют на формирование коммуникативной компетентности (будущего) врача. При этом показатели, входящие в состав базового уровня (установки, ценностные ориентации и др.) наиболее устойчивы, весьма консервативны, с трудом поддаются коррекции и еще труднее перестройке [3]. Наиболее существенным и важным показателем базового уровня коммуникативной компетентности является эмпатия, которая в коммуникативной деятельности способствует сбалансированности межличностных отношений, делает поведение человека социально обусловленным. Согласно данным К. Роджерса, способность одного индивида помогать другому прежде всего зависит от создания теплых, искренних эмпатических отношений. Его определение эмпатического поведения гласит, что врач должен чувствовать внутренний мир пациента так, если бы это был его собственный мир, не теряя качества «если бы» [9]. При этом выявлено, что эмпатия является устойчивым личностным свойством (будущего) врача, степень выраженности которого не зависит от специализации и стадии обучения, а уровень эмпатийности не должен быть слишком высоким для достижения эффективности коммуникации, иначе решение других задач врачебной деятельности (в частности, постановка диагноза, оказание лечебной помощи и др.) будет затруднено, а иногда и невозможно, т.е. для эффективного профессионального общения важнее всего не постоянное и бурное сопереживание пациенту, а владение «когнитивной эмпатией» и «действенной эмпатией» [6].

Для поддержки базового (ценностного) уровня обучающихся используется метод Балинтовских групп [8], который:

- способствует развитию операционных коммуникативных навыков;
- улучшает восприятие и понимание коммуникации пациента врачами;
- поощряет врачей ценить свои навыки межличностных отношений и учиться понимать их пределы;
- является профилактикой профессионального выгорания;
- позволяет обобщить, систематизировать и проанализировать свой опыт; осознать свои «слепые пятна» в общении с пациентами.
- дает возможность расширить арсенал действенных инструментов коммуникации;
- способствует созданию атмосферы доверия, улучшает психологический климат в коллективе;
- способствует формированию эмоциональной заинтересованности в работе.

Инструментами Балинговской работы являются: ассоциации, фантазии, аналогии, анализ защит и переносов, эмоциональная поддержка.

Схема работы Балинговской группы:

Первый круг – круг чувств (о своих чувствах и состояниях сейчас);

Второй круг – представление случая (кто представляет, оговаривается заранее) – 10-15 мин. (строго), запрос психотерапевта в группе (как группа может тебе помочь?);

Третий круг – метафора (каждый по кругу говорит, что ему пришло в голову в виде метафоры – Это как что? Без оценки, критики и обсуждения);

Четвертый круг – вопросы, уточняющие случай для прояснения ситуации;

Пятый круг – проблемы пациента: Мне кажется, у пациента это..., это..., это... Высказывается каждый участник по 3-5 мин., кроме представляющего случай;

Шестой круг – проблемы терапевта. Что конкретно мешает терапевту справиться с этой проблемой. Высказываются по одному от первого лица: Мне кажется..., Я считаю..., на мой взгляд...;

Седьмой круг – если бы директором был Я, то Я бы сделал то..., то..., то... (предлагают варианты выхода для терапевта);

Восьмой круг – круг эмоциональной поддержки для терапевта (Мне очень понравилось, как ты это сделал, удачный вариант, интересная идея);

Девятый круг – обратная связь от представляющего случай (Что сейчас с ним произошло, что ему помогло, какие чувства сейчас, благодарность группе).

Последовательность работы не является жёсткой и меняется в зависимости от конкретного случая и состояния докладчика и группы. Возможно исключение некоторых «шагов» или дополнительные «шаги»: например, помощь в формулировке запроса, обсуждение образов или ассоциаций, связанных с пациентом или проблемой...

В проводимом обсуждении акцент делается не на клиническом анализе ведения данного пациента, а на различных особенностях и аспектах взаимоотношений врача с пациентом в рамках данного случая, их реакциях на меняющиеся обстоятельства этой ситуации, что отличает Балинтовские группы от традиционного клинического разбора, консилиума или супервизии. Для этого нужно, чтобы в групповых дискуссиях говорили не только о том, что думает, но и о том, что чувствует врач (эмоционально и телесно) во взаимоотношениях со своим пациентом, что доктор и пациент значат друг для друга, и что они друг для друга делают?

Балинтовские группы помогают ответить на вопросы:

- почему во взаимоотношениях с пациентами врачи многое игнорируют?
- почему часто они не в состоянии разобраться в своих чувствах, возникающих в ходе этих взаимоотношений?
- как проявляются у врачей сопротивление, защита и перенос, возникающие под влиянием чувств и переживаний, касающихся пациентов?
- как всё это влияет:
- на коммуникацию с пациентами?
- на эффективность терапевтического контакта?
- на профессиональное самочувствие врача (а нередко и его физическое состояние)?

Объект обсуждения – не пациент и не его лечение, скорее, сам врач с его своеобразием восприятия данного случая, отношением к нему. «Докладчик» должен ориентировать свой рассказ не столько на историю болезни, сколько на изложение сложностей взаимоотношений с пациентом и своим переживанием трудностей этого случая. Собственно, поэтому участники группы рассказывают о своих пациентах без записей, свободно, не заботясь о жесткой структуре своего сообщения, иногда повторяясь, что-то вспоминая «на ходу».

Один из участников группы предлагает случай из практики, который вызвал затруднения, удивление или почему-то запомнился. Рассказ ведётся по памяти без предварительной подготовки, т.к. для анализа не менее важно, что «забывает» сказать рассказчик. Хорошо если рассказчик описывает реакции и поведение пациента/клиента, свои эмоции, мысли или ожидания в большей степени, чем клиническую часть случая. После короткого рассказа (5-15 минут) рассказчик формулирует «запрос», который должен касаться коммуникации с пациентом/клиентом (что происходило? уточнение эмоционального состояния, ожиданий врача/психолога или пациента/клиента...). Запрос может касаться, на первый взгляд, совершенно не существенных вещей. Я помню очень продуктивное обсуждение случая, в котором запрос звучал так: «Почему я так много смеялась в этом случае?».

После формулировки «запроса» участники группы могут обмениваться впечатлениями и задать вопросы, которые прояснят для них необходимые для ответа на запрос моменты.

Лидер Балинтовской группы следит, чтобы вопросов было не чересчур много, и они не слишком «разогревали» рассказчика и группу. Когда ситуация достаточно уточнена, он просит рассказчика немного выдвинуться из круга, расслабиться и послушать, что участники группы чувствуют и думают по поводу коммуникации, сложившейся в обсуждаемом случае. Приветствуются любые фантазии, образы, метафоры и символы. Любая фантазия или ассоциация может быть подспорьем в понимании неосознанной составляющей коммуникации. Здесь нет правильных интерпретаций, а есть множественность восприятия ситуации. Это позволяет рассказчику взглянуть на свой случай со стороны и увидеть ранее невидимое, то, что находилось в «слепых пятнах» или было «прикрыто» психологической защитой и понять, почему этот пациент/клиент вызывал затруднения или удивление. Совсем необязательно, чтобы все фантазии в группе казались рассказчику «правильными». Может быть, как раз то, что вызывает сейчас самый сильный протест, потом и окажется наиболее точным объяснением происшедшего.

После круга фантазий и их обсуждения, рассказчик «возвращается в круг» и делится своими переживаниями и мыслями, возникшими в процессе обсуждения.

Последний круг даёт возможность участникам поделиться тем, что им дало это обсуждение, что для них значил этот случай.

Режим работы Балинтовской группы: Общепринятый (традиционный) вариант — группа собирается 1–2 раза в месяц на 1,5–3 часа (не менее 30 часов в год). Срок работы группы для достижения результатов 2–3 года в зависимости от интенсивности работы. Размер группы – 6-12 человек.

В данной программе работа в Балинтовской группе органично включена в тренинг коммуникативной компетентности и позволяет анализировать случаи, связанные с темами тренинга.

Темы для анализа в Балинтовской группе могут возникать как спонтанно (актуальные темы из врачебной практики, характеризующиеся эмоциональной напряженностью, возникающей в работе с «трудными» пациентами, коллегами), так и ведущий (лидер) может предлагать примерные темы, такие как:

- общение с «тяжелым» пациентом (агрессивным, тревожным, навязчивым, манипулятивным и т.д.);
- особенности общения педиатра в триаде «врач-пациент-родители пациента»;
- сообщение самому больному или родителям (другим родственникам) о неизлечимой, хронической болезни;
- сообщение о смерти больного (особенно ребенка) родственникам;
- поддержка больного, находящегося в терминальном (конечном, агональном) состоянии;
- конфликтные отношения по поводу недостаточного объема назначенного лечения, сроков выписки из стационара;
- отношения с начальством, разборы сложных случаев, распределение ответственности;
- отношения с младшим медицинским персоналом и др.

Ожидаемые результаты работы в Балинтовской группе: будущие специалисты, практикующие врачи, прошедшие Балинтовские группы, демонстрируют высокий уровень рефлексии и эмпатии, лучше контролируют свою рабочую и психоэмоциональную нагрузку. У них реже возникает недовольство, раздражение от коммуникаций с пациентами и коллегами. Психосоматические пациенты не кажутся им «чёрной дырой», поглощающей всё время и все силы. Специалисты, прошедшие Балинтовские группы, менее склонны "прятаться" от пациентов за необязательными назначениями (дополнительные анализы или консультации у специалистов), больше удовлетворены своим выбором профессии.

II. Задачи содержательного уровня: сформировать представление об особенностях коммуникаций и коммуникативного поведения специалиста во врачебной практике. Развивать умения переводить врачебные задачи в коммуникативные, разрабатывать программы и тактические планы общения.

1. Особенности различных видов общения. Общение врач/пациент как вид делового общения, его этапы и структура.
2. Психологические механизмы восприятия в общении. Репрезентативная система (ведущая система восприятия пациента и ее учет в общении). Создание благоприятного имиджа врача.
3. Невербальные средства коммуникации.
4. Эффективные коммуникации (барьеры общения, умение слушать, вопросы в коммуникациях).
5. Эффективные коммуникации (виды влияния и противостояния влиянию в общении, пути повышения эффективности общения).
6. Построение коммуникации в соответствие с психологическими особенностями пациентов разного возраста
7. Коммуникации в ситуации возражений и замечаний.
8. Конфликтные ситуации в деловом общении. Этика решения спорных вопросов, конфликтных ситуаций.
9. Управление стрессовыми состояниями и развитие совладающего (копинг) поведения.

Ожидаемые результаты: сформированное представление об особенностях коммуникаций и коммуникативного поведения врача; знание психологических механизмов восприятия в общении, вербальных и невербальных средств коммуникации; видов влияния и способов повышения эффективности общения; особенностей коммуникации с пациентами разного возраста; специфики коммуникаций в ситуации возражений и замечаний, в конфликтной ситуации; способов совладающего поведения в трудных жизненных ситуациях [3].

III. Задачи инструментального (операционного уровня): сформировать общие и специальные коммуникативные умения, и навыки будущего врача:

Общие:

- умение определять ведущую (репрезентативную) систему восприятия собеседника;
- умение грамотно строить деловой контакт с учетом его этапов и ситуации общения;
- навык самопрезентации в различных контекстах;
- навык использования невербальных и вербальных средств для получения информации о собеседнике и построения эффективной коммуникации;
- навык эффективного слушания (нерефлексивного, рефлексивного и эмпатийного);
- умение давать собеседнику конструктивную обратную связь (позитивную или негативную);
- распознавание манипулятивного поведения у себя и у других и противостояние ему;
- умение предупреждать возникновение и разрешать уже возникшие конфликты;

Специальные:

- умение определять стиль взаимоотношений, ориентируясь на состояние пациента, характер заболевания, личностные и возрастные особенности больного;
- умение корректировать свое эмоциональное состояние в ситуации затрудненного контакта (тренировка толерантности по отношению к отдельным больным);
- умение налаживать контакт с родственниками больного по типу сотрудничества;
- навык контакта с родственниками в ситуации тяжелого необратимого заболевания пациента и его смерти;
- умение устанавливать и поддерживать деловые контакты с коллегами-врачами и средним медицинским персоналом;

Ожидаемые результаты: приобретение собственного практического опыта изменения и самосовершенствования коммуникативного поведения через апробацию новых форм, обогащение социально-полезных навыков, продвижение в решении профессиональных психологических проблем, лучшее понимания себя и других людей, развитие спонтанности и творческих способностей в общении и взаимодействии [3].

Содержание комплексной программы формирования коммуникативной компетентности врача отражено в таблице 1.

Таблица 1

Содержание программы

№ п/п	Название темы	Количество часов
1.	Установление контакта и начало формирования благоприятных межличностных связей в группе	3
2.	Формирования команды	3
3.	Особенности различных видов общения. Общение врач/пациент как вид делового общения, его этапы и структура	3
4.	Психологические механизмы восприятия в общении. Репрезентативная система (ведущая система восприятия пациента и ее учет в общении). Создание благоприятного имиджа врача	3
5.	1-е заседание Балинтовской группы Рекомендуемая тема: «Общение с «тяжелым» пациентом. Как добиться эффективности коммуникации?»	1,5 - 3
6.	Невербальные средства коммуникации	3
7.	Эффективные коммуникации (барьеры общения, умение слушать, вопросы в коммуникациях)	6
8.	2-е заседание Балинтовской группы Рекомендуемая тема: «Поддержка больного, находящегося в терминальном (агональном) состоянии, значение невербального общения»	1,5-3

9.	Эффективные коммуникации (виды влияния и противостояния влиянию в общении, пути повышения эффективности общения)	3
10.	Построение коммуникации в соответствии с психологическими особенностями пациентов разного возраста	3
11.	3-е заседание Балинтовской группы Рекомендуемая тема: «Особенности общения педиатра в триаде «врач-пациент-родители пациента»	1,5-3
12.	Коммуникации в ситуации возражений и замечаний	3
13.	Конфликтные ситуации в деловом общении. Этика решения спорных вопросов, конфликтных ситуаций	3
14.	4-е заседание Балинтовской группы* Рекомендуемая тема: «Конфликтные отношения по поводу недостаточного объема назначенного лечения, претензии пациента»	1,5-3
15.	Управление стрессовыми состояниями и развитие совладающего (копинг) поведения	3
16.	Заключительное занятие. Ролевая игра «Общий обход»	3
	Всего часов:	51

*Заседания Балинтовской группы целесообразно продолжать и после завершения тренинга.

Тренинг коммуникативной компетентности врача

Структура тренингового занятия:

- мини лекция, краткое освещение теоретического вопроса, мини тестирование участников тренинга (задачи содержательного уровня); в начале первого занятия целесообразно выяснить ожидания каждого участника от тренинга, в начале последующих занятий необходимо уделять несколько минут для выяснения остаточных знаний по предыдущим темам и эмоционального настроя на новое занятие;

- разогрев для действия; упражнения, настраивающие на активную работу;
- основная часть: упражнения, подчиненные теме дня, соответствующие задачам содержательного и операционного уровня;

- заключительная часть: обсуждение, упражнения на релаксацию.

Материалы:

Для работы на тренинге каждому участнику необходимы: удобная форма одежды, обуви; для группы – удобное помещение, флип-чарт, фломастеры, маркеры, цветные карандаши, бумага формата А4, листы ватмана, ножницы; музыкальный центр (магнитофон).

Содержание занятий

Занятие 1. Установление контакта и начало формирования благоприятных межличностных связей в группе

Цель: формирование благоприятного климата в группе, установление доверительных отношений между участниками, определение направлений дальнейшей работы.

Вступительное слово тренера, знакомство с программой тренинга. Выяснение ожиданий участников от тренинга (может быть совмещен с процедурой самопрезентации). Обсуждение правил участия в тренинге. Начальная фаза тренинга (К. Фопель, 2007) включает в себя шесть основополагающих элементов, влияющих на создание работоспособной и сплоченной группы: знакомство, доверие, общение, кооперация, готовность учиться, удовольствие.

Упражнения:

«Это мое имя»

Содержание: раскрыть сущность своего имени, подобрать ассоциации к имени, нарисовать свое имя, подобрать к своему имени эпитет, начинающийся с той же буквы, позитивно и с юмором характеризующий человека (громогласный Геннадий, восхитительная Вера).

«Журналисты»

Содержание: Участники разбиваются на пары, выбирая себе партнера, которого они меньше всего знают. Беседа продолжается 5 минут, во время беседы участники должны узнать друг о друге как можно больше, стараясь получить сравнительно точное и глубокое представление друг о друге. Через 5 минут пары разделяются так, чтобы не видеть друг друга. Каждый игрок представляет себе, что стал журналистом, который пишет заметку о своем партнере в местную газету. В этой статье должно быть переработано, как зрительное впечатление от человека, так и информация, полученная во время беседы с ним (10 минут). После этого все снова собираются вместе и усаживаются в кружок. Один за другим участники представляют партнеров, зачитывая свои статьи. Описываемый человек имеет возможность согласиться с верными утверждениями и скорректировать ошибки.

«Рукопожатие вслепую»

Содержание: Участники с закрытыми глазами передвигаются по комнате и здороваются с помощью рукопожатий друг с другом (возможно, что встреч с одним и тем же человеком будет несколько). При рукопожатии участники называют свое имя. Необходимо встретиться с большим количеством людей. В игре у партнеров возникает впечатление, что все они пережили небольшое приключение.

«Найти то, что объединяет»

Содержание: Участники рассаживаются по парам и в течении 3-5 минут обсуждают то, что их может объединять, и обдумывают, как это можно представить пантомимически. Далее каждая пара делает представление, а остальные участники должны отгадать, о чем идет речь (15 минут). После этого участники объединяются в четверки и ищут то, что их всех может объединять (5 минут). Каждая четверка показывает пантомиму. Остальные участники высказывают свою точку зрения о том, чтобы это могло быть (10 минут). Последний раз объединение происходит в две группы.

«Врач и пациент» (ключевое упражнение)

Содержание: Участники делятся на пары, встают друг на против друга, с закрытыми глазами исследуют и запоминают руки своего партнера. Далее участники объединяются по шесть человек, пять человек образуют круг и вытягивают вперед руки, шестой участник стоит в центре круга и, медленно поворачиваясь, пытается узнать руки своего партнера. Такую процедуру должен пройти каждый участник. Затем все снова объединяются по парам и садятся вместе. Участникам необходимо обсудить то, как они видят взаимоотношения в диаде «врач – пациент», и придумать скульптуру, которая отражала бы эти взаимоотношения.

«Большие шаги»

Содержание: Группа становится в круг. Ведущий также может участвовать в игре. Каждый кладет руки на плечи соседа. Далее группа должна по команде сделать пару шагов в направлении центра круга. Готовясь к первому шагу, все высоко поднимают левую ногу и по команде делают шаг вперед. При подготовке ко второму шагу все высоко поднимают правую ногу и по команде делают второй шаг. Вполне вероятно, что в круге стало довольно тесно, но все-таки можно добавить третий шаг. Насколько возможно все поднимают левую ногу и делают третий шаг. После этого шага все игроки окажутся плотно прижатыми друг к другу.

Занятие 2. Формирования команды

Цель: достижение такого состояния рабочей группы, когда она способна наиболее эффективным образом решать различные задачи, решаемые на тренинговых занятиях и заседаниях Балинтовской группы.

Занятие помогает группе наладить систему взаимоотношений, при которой каждый участник получает возможность наиболее успешно проявить свои качества и способности, сообразуясь с общими целями и конечной эффективностью совместной деятельности.

Упражнения:

«Круг, треугольник, квадрат, спираль»

Цель: Упражнение помогает участникам задуматься о мерах по улучшению деятельности команды.

Содержание: Тренер прикрепляет в разных частях комнаты листы с изображением круга, треугольника, квадрата, спирали. Просит участников выбрать понравившуюся фигуру и встать рядом с ней. Таким образом, происходит деление участников на 4 подгруппы, которые рассаживаются на стулья и получают задания:

- Люди, любимой фигурой которых является круг, как правило, хорошо умеют взаимодействовать с окружающими и строить отношения. Поэтому группа людей, выбравших круг, придумывает, что можно сделать для того, чтобы внутри команды всегда были хорошие отношения, чтобы эмоциональная атмосфера всегда была позитивной, а команда- сплоченной.

- Люди, выбравшие квадрат, как правило, любят и умеют поддерживать порядок и структуру, для них важным является выполнение правил. Поэтому группа «квадратов» придумывает нормы и правила, по которым должна существовать хорошая команда, что должно присутствовать для того, чтобы в команде всегда был порядок и структура.

- Любители треугольников обычно люди, хорошо знающие свои цели и умеющие их достигать. Поэтому мини-группа из участников, выбравших треугольник, придумывает меры, которые помогут команде быстрее и эффективнее достигать стоящих перед ней целей и задач.

- Участники, выбравшие спираль, как правило, творческие натуры, иногда увлеченные оторванными от реальности идеями, но всегда готовые придумать новый проект и очень быстро реагирующие на что-то новое. Поэтому группа, состоящая из этих людей, придумывает, как команде стать максимально творческой и быстро реагировать на изменения во внешнем мире.

Мини-группам дается 10 минут на подготовку. После этого один участник от каждой группы выступает и рассказывает всем идеи группы.

«Связывание» группы – Рулет»

Цель: Данное упражнение сближает группу в физическом плане, что как следствие, вызывает и психологический эффект сближения (внешнее выражение эмоций ведет к возникновению соответствующего внутреннего переживания (теория Джеймса-Ланге).

Материалы: веревка.

Содержание: Группа стоит в колонну по одному, в левой руке у каждого протянута вдоль группы веревка. Участникам дается задание плотно скрутиться по часовой стрелке в «рулет», после чего ведущий обвязывает группу оставшимся концом веревки на уровне пояса. В таком состоянии группу просят перемещаться по помещению по траектории, задаваемой ведущим.

Возможно дополнительное задание: в процессе перемещения каждый из участников сообщает три интересных факта про себя, а после завершения упражнения другие участники вспоминают эти факты.

Ведущему следует за траекторией движения группы, чтобы избежать столкновения участников с неподвижными предметами. Время выполнения примерно 2-3 минуты. Если в группе 14 и более человек, целесообразно организовать два «рулета» и устроить между ними соревнование на скорость.

«Поставь диагноз» (ключевое упражнение)

Цель: упражнение тренирует навыки совместной деятельности.

Материалы: несколько картинок на твердой основе, разрезанных на части, скотч, ножницы.

Содержание: Участники делятся на мини-группы по 3-6 человек. Каждой группе тренер дает разрезанную на части картинку. Необходимо ее собрать, работая коллективно, склеить по лицевой стороне, перевернуть и прочитать описание симптомов какой-либо распространенной болезни, обсудив информацию в группе, поставить диагноз. Побеждает команда, которая выполнит задание быстрее и оповестит об этом.

«Мы, врачи, – ... (ассоциации)

Цель: создание духа единства людей одной профессии, развитие креативности.

Материалы: мячик или предмет, относящийся к врачебной практике, например, фонендоскоп.

Содержание: Участники стоят в кругу. Передавая предмет по кругу каждому участнику необходимо вставать и громко говорить фразу, включающую в себя положительный образ, ассоциацию, например: «Мы врачи – как попутный ветер, наполняем паруса и помогаем держать верный курс» и т.д.

Занятие 3. Особенности различных видов общения. Общение врач/пациент как вид делового общения, его этапы и структура

Содержание: Общение как многоплановый процесс развития контактов между людьми, порождаемый потребностями совместной деятельности. Три стороны общения: коммуникативная (передача информации), интерактивная (взаимодействие), перцептивная (взаимовосприятие).

Виды общения: межличностное, групповое и межгрупповое, массовое, доверительное и конфликтное, интимное, деловое и личное, прямое и опосредованное, терапевтическое, ненасильственное.

Особенности делового общения: все участники общения обязательно контактируют со всеми, независимо от симпатий и антипатий; содержание коммуникации имеет свой предмет и цель; участники соблюдают должностные роли, права и функциональные обязанности,

придерживаясь при этом субординации и делового этикета; участники деловой коммуникации взаимозависимы и в достижении конечного результата, и при реализации личных намерений; участники взаимодействия осуществляют коммуникативный контроль, в том числе и высокий (игра, манипулирование, камуфляж); для всех участников действуют формальные ограничения:

- соблюдение правовых, социальных норм, действие по инструкциям, протокол, соблюдение правил внутреннего распорядка, следование традициям предприятия и т.д.;
- целенаправленное взаимодействие, в заданном регламенте, использование адекватных коммуникативных средств;
- проявление стрессоустойчивости, независимо от степени напряженности деловой атмосферы;
- возможность прервать деловой контакт любой из сторон в тех случаях, когда содержание информации перестает носить предметный характер, или когда исчерпано отведенное для коммуникации время, а также когда реакции партнера неадекватны ожиданиям и нормам.

Этапы делового контакта:

1. Установление контакта.
2. Прояснение ситуации, проблемы.
3. Обсуждение ситуации, проблемы.
4. Подведение итогов, выводы, резюме, принятие решения.
5. Завершение контакта.

Диагностические методики для самопознания:

Оценка уровня общительности (тест В.Ф. Ряховского), Методика диагностики коммуникативной установки В.В. Бойко, Методика диагностики уровня эмпатических способностей (В.В. Бойко).

Упражнения:

«На приеме у врача» (ключевое упражнение)

Цель: отработать на практике этапы делового контакта.

Содержание: Участники разбиваются на тройки и разыгрывают ситуацию на приеме у врача, заранее обговаривая, о каком специалисте будет идти речь. В каждой паре у участников три роли: врач, пациент, эксперт. Участникам необходимо побывать в каждой из ролей. Эксперт следит за диалогом, отмечая, все ли этапы беседы присутствовали. Обсуждение осуществляется сначала в тройках, а затем в общем круге.

Занятие 4. Психологические механизмы восприятия в общении. Репрезентативная система (ведущая система восприятия пациента и ее учет в общении). Создание благоприятного имиджа врача.

Механизмы восприятия в общении: идентификация (способ понимания другого человека через осознанное или бессознательное уподобление его характеристикам); рефлексия (осознание субъектом того, как он сам воспринимается партнером по общению); каузальная атрибуция или причинная интерпретация (причинное объяснение поступков другого человека путем приписывания ему чувств, намерений, мыслей и мотивов поведения); стереотипизация (классификация форм поведения и интерпретация (иногда без каких-либо оснований) их причин путем отнесения к уже известным или кажущимся известными явлениям, т.е. отвечающим социальным стереотипам). Факторы, влияющие на восприятие в процессе общения. Составляющие физического и социального облика партнера (пациента, коллеги), воспринимаемые в процессе общения. Типы собеседников. Репрезентативные системы восприятия (визуальная, аудиальная, кинестетическая).

Упражнения:

«Словесный портрет»

Цель: тренировка восприятия, создание точного детального описания, с отслеживанием факторов, влияющих на восприятие.

Содержание: Используя известные составляющие физического и социального образа индивида, описать конкретного человека. Это может быть известное в стране лицо, а также волонтер из группы, кто хотел бы услышать описание своего портрета. Задание выполняется письменно. Затем каждый из участников кладет свое описание в круг, ведущий берет любое из них и зачитывает, и если в этом есть необходимость, группа отгадывает, чей это портрет.

«Репрезентативные системы»

Цель: на основе теоретического материала, осуществить наблюдение за партнером во время беседы и сделать вывод о репрезентативной системе восприятия. Обсудить результаты упражнения в парах.

Важный компонент профессиональной адаптации, коммуникативной компетентности врача связан с его «профессиональным имиджем» как важным инструментом врачебной деятельности. Один из наиболее значимых элементов профессионального имиджа – уверенное поведение врача, адекватное ситуации. При любых, самых неожиданных, опасных ситуациях, как бы ни был врач шокирован, напуган, подавлен допущенной ошибкой, он не должен показывать своей растерянности больному.

Уверенный стиль поведения помогает сформировать у больного «терапевтическую иллюзию» абсолютной компетентности врача, его способность контролировать ситуацию и определять прогноз, что позволяет пациенту сохранять веру в благополучный исход событий. Уверенное поведение помогает обеспечить доверие больного, вселить в него надежду, активизировать защитные и компенсаторные механизмы. Другими составляющими «профессионального имиджа» являются характеристики невербального поведения: открытые позы, располагающие к общению; коммуникативные и экспрессивные жесты, рассчитанные на произведение определенного впечатления; мимические реакции, выражающие доброжелательность, спокойную уверенность; межличностная дистанция, отражающая степень эмоциональной близости в каждый момент общения в зависимости от поставленных тактических задач. Важен и внешний вид врача, особенности его речи: доверительная, властная или спокойная, уверенная интонация, плавная, хорошо построенная речь. Это повышает степень доверия к полученной информации и уверенность в профессиональной компетентности врача.

Упражнения:

«К счастью... к сожалению...»

Цель: исследование имиджа врача, развитие воображения и творческих способностей
Материалы: маленький мячик.

Содержание: Игрокам предстоит сочинить рассказ. Каждый участник придумывает свое предложение, которое обязательно должно начинаться словами «К счастью» или «К сожалению» (попеременно). Тот, кто готов быть первым, получает мяч. Закончив предложение, он передает мяч другому участнику, и история продолжается. Длина истории не установлена заранее. Любой игрок может принять решение закончить ее, если сочтет нужным.

Темы для рассказа могут быть следующие: «Врач в нашей стране» (рассказ можно вести как с точки зрения самих врачей, так и с точки зрения пациентов или младшего медицинского персонала). «Пациент, который пришел на прием». «Медсестра – верный помощник врача».

«Заголовки, только заголовки!» (ключевое упражнение)

Цель: Диагностика системы самовосприятия будущей профессии.

Содержание: Участники работают в малых группах и придумывают не менее 5 различных заголовков собственных: фильма, стихотворения, журнальной статьи, мюзикла, телепередачи и др., где речь идет врачах и врачебной практике. Например: «Куда катится медицина». Необходимо также объяснить, почему был выбран такой заголовок. Далее все члены группы собираются вместе для обсуждения. Все заголовки тренер записывает на доске. Участникам необходимо отметить, какие из заголовков работают на положительный имидж врача, а какие на отрицательный.

Занятие 5. Невербальные средства коммуникации

Важность зрительного контакта при общении. Незаметные воздействия и эффект расширения зрачков. Значимость движения глаз. Универсальная природа выражений лица, характеристика эмоциональных выражений. Тактильное общение, его терапевтическое значение. Риски, связанные с прикосновениями. Язык жестов, речь с помощью рук. Динамические позы. Личность и ее пространство. Выражение чувств: эмоциональное общение.

Упражнения:

Организация работы в парах с использованием упражнений: **«Зеркало»**, **«Карандаши»**, **«Слепой и поводырь»**, **«Угадай эмоцию»**, **«На перроне (общение жестами)»**, **«Скажи «нет» или «да» (пациенту, коллеге, начальнику)»**.

«Как я себя чувствую» (ключевое упражнение)

Цель: невербальное общение: налаживание контакта (развитие эмпатии, сплочение группы).

Содержание: Участникам группы необходимо предоставить возможность свободно передвигаться по помещению. Группе предлагают сесть (встать) в круг. Один из участников выходит на середину круга выполняет некое действие, выражающее его самочувствие в настоящий момент. Например, кто-то чувствует себя усталым. Тогда он может лечь на пол или

понуру плестись через комнату. Одновременно он сообщает группе свое имя (в случае, если участники мало знакомы друг с другом). Затем все участники повторяют продемонстрированное действие и при этом говорят названное имя. Когда «автор действия» посчитает, что уже достаточно «выразил себя», он кричит: «Стоп!», и остальные члены группы прекращают движение. Ведущий выбирает другого участника, кладет руку ему на плечо, и этот человек продолжает игру, показывая новое действие. Так продолжается до тех пор, пока все члены группы не побывают в центре круга.

«Передать одним словом»

Цель: упражнение помогает подчеркнуть важность интонаций в процессе коммуникации.

Материалы: карточки размером с визитную карточку с напечатанными на них названиями эмоций: радость, удивление, сожаление, разочарование, подозрительность, грусть, веселье, холодное равнодушие, спокойствие, заинтересованность, уверенность, желание помочь, усталость, волнение, энтузиазм.

Содержание: Тренер раздает группе карточки, на которых написаны названия эмоций, и просит не показывать их другим участникам. Далее тренер просит произнести «Ага» или «Здравствуйте!» с интонацией, соответствующей эмоции, написанной на карточке участника. Вся группа угадывает, какую эмоцию пытался изобразить участник.

Занятие 6. Эффективные коммуникации (барьеры общения, умение слушать, вопросы в коммуникациях).

Коммуникативные барьеры. Стили поведения при слушании. Виды эффективного слушания и их особенности. Типы вопросов, которые можно использовать в деловом общении, их эффективность в различных ситуациях.

Упражнения:

«Умение слушать», «Обратная связь»

Цель: тренинг поведения при слушании, умение давать обратную связь.

Содержание: Участники делятся на пары. В каждой паре участники должны за 5 минут рассказать другому о себе на заданную тренером тему, представив себя пациентом, перечислить симптомы болезни, пожаловаться на свое состояние. (Об этом не говорится заранее) Тренер объединяет пары в четверки и просит каждого участника рассказать о том, что он узнал о партнере, другой паре, высказать предположительный диагноз. При этом партнер молчит и никак не исправляет того, что о нем говорят. Проводится обсуждение: все ли рассказали или были потери информации?

Дополнительно: отработка техник активного слушания.

Техники рефлексивного слушания: демонстрация непонимания с проявлением готовности ждать более точной передачи сообщения без раздражения и неудовольствия («Я не понимаю, что вы имеете в виду»); отражение (эхо) (это дословное повторение слов или фраз собеседника); перефразирование (парафраза) (формулирование той же мысли иначе: «Как я понял вас, вы считаете, что...»; «По вашему мнению...»; «Вы можете поправить меня, если я ошибаюсь, но...»; «Другими словами, вы считаете...»; «Правильно ли я понимаю?...»); резюмирование (подведение итога не отдельной фразы, а значительной части рассказа или всего разговора в целом: «Если теперь подытожить сказанное вами, то...»; «Из вашего рассказа я сделал(а) следующие выводы...»); прояснение (обращение к говорящему с прямой просьбой разъяснить непонятное место в его рассказе, привести примеры или остановиться на чем-то подробнее: «Не повторите ли вы еще раз?»; «Что вы имеете в виду?»; «Не объясните ли вы поподробнее?...»; «Может быть, вы что-нибудь добавите?...»; «Не могли бы вы развить вашу мысль?...»; «Что случилось потом?...»).

«Парафраз»

Цель: отработка конкретной техники рефлексивного слушания.

Содержание: Участники садятся парами, образуя два круга. Внешний круг – врачи, внутренний круг – пациенты. Пациент формулирует жалобу на состояние здоровья (можно 3 фразы). Врач своими словами выражает то, что сказал пациент. Его задача пересказать коротко, что он понял, используя в начале речевые модули: «Иными словами...», «То есть...», «Если я вас правильно понял...». Задача получить согласие пациента. После этого можно менять пару. Движение происходит по внутреннему кругу, примерно 5 раз. После этого участники меняются местами, внутренний круг становится внешним и упражнение продолжается.

Другие техники можно отработать в парах или тройках.

Составляющие нерефлексивного слушания: использование взгляда для поощрения партнера, передача партнеру позитивного отношения с помощью выражения лица и, прежде всего, с помощью улыбки (мимика), важная роль позы и жестов в передаче отношения к

партнеру и желании/нежелании его слушать, значение дистанции между партнерами во время общения, использование минимальных поощряющих реплик («Да!», «Это как так?», «Ну и ну!», «Понимаю вас...», «Продолжайте, пожалуйста, я вас слушаю...»).

Данные техники так же можно отработать в парах.

«Барьеры в общении»

Цель: осознание барьеров, препятствующих эффективному общению.

Содержание: Участники разбиваются на пары и беседуют, называя друг другу по пять барьеров общения, которые вызывают наибольшую трудность у участников диалога. Этим барьерам можно придумать емкие метафоры, либо представить в виде предметов.

Цикл упражнений, которые необходимо выполнять последовательно.

Цель: Упражнения направлены на переживание «радости принятия» и «горя непринятия», осознание того, как важно для каждого быть услышанным, понятым и принятым. Вступая в активное взаимодействие с другими людьми, как бы «проходя через них», члены группы учатся чувствовать и понимать другого как себя, что шаг за шагом приводит к возникновению чувства «со-бытия» (совместного бытия) другим человеком.

«Встретились два существа»

Содержание: Участники группы получают задание придумать и разыграть сценку встречи двух существ и показать, чем она закончилась. При этом участникам необходимо выполнить одно условие: они должны представить каждое существо без слов. Надо жестами, мимикой, возможно, типичными для этого существа звуками показать характерные особенности каждого существа, их реакцию друг на друга.

«Глаза в глаза»

Содержание: каждый из участников выбирает партнера, садится напротив него. На минуту оба закрывают глаза; затем открыв глаза, пытаются без слов понять состояние партнера, выразить ему на невербальном языке свое положительное отношение, понимание, поддержку.

«Я говорю, а он...»

Содержание: Один из партнеров рассказывает другому о приятном, радостном событии в своей жизни; слушатель при этом получает задание выражать свое полное равнодушие, непонимание, непринятие – вплоть до игнорирования партнера: он может даже отвернуться, закрыть лицо. Через некоторое время (3-5 минут) партнеры меняются ролями.

«Внимательный слушатель»

Содержание: Поменявшись партнерами один из участников пары снова рассказывает другому свою историю, можно ту же. Слушатель должен взглядом, мимикой, жестами поддерживать рассказчика, демонстрировать свою заинтересованность, сочувствие, согласие, поддержку. Через несколько минут партнеры меняются местами.

«Паузы»

Цель: повышает способности вести диалог, гибкость и креативность участников.

Содержание: необходимо выбрать двух игроков для того, чтобы они показали, как должна вестись игра. Инструкция: «Вася будет рассказчиком. Он будет говорить о том, почему любит свою профессию. Но при этом он постоянно забывает, что хотел сказать. Тогда он делает паузу, повторяется, заикается или просто говорит «хм-м». Это сигнал для второго игрока. Он должен произнести отдельное слово, словосочетание, короткое предложение. Это изречение вовсе может быть не связано с Васиным рассказом. Вася должен повторить то, что сказал второй игрок, и встроить эту информацию в свою историю так, чтобы между его рассказом и этой фразой возникла логическая связь». Диалог между игроками, примерно следующий:

- Я люблю свою работу, потому что
- + Жалованье такое крохотное.
- Жалованье такое крохотное, что я даже
- + Как печально.
- Как печально состояние моей организации....

Занятие 7. Эффективные коммуникации (виды влияния и противостояния влиянию в общении, пути повышения эффективности общения)

Виды влияния (просьба, убеждение, заражение, внушение и т.д.) и противостояния влиянию (контрубеждение, отказ, игнорирование и т.д.) в общении. Приемы повышения эффективности деловых отношений («Имя собственное», «Комплименты», и т.д.).

Упражнения:

«Виды влияния»

Цель: позволяет участникам тренинга в игровой форме освоить виды влияния.

Содержание: Группа делится на 3 подгруппы. Каждая подгруппа должна подготовить мотивирующее обращение к пациентам, убеждающее их сделать прививку от нового вида гриппа. В обращении каждая группа использует один из видов влияния:

- эмоциональное;
- экспертное;
- властное.

Во время выступления представителя каждой из подгрупп все остальные члены группы становятся пациентами.

Обсуждение: группа анализирует каждое выступление с помощью вопросов:

- Какое обращение было наиболее эффективным?
- Кто из выступающих был убедительнее?
- Кому поверили и почему?

«Выйди из скорлупы»

Цель: Упражнение помогает участникам тренироваться в навыках убеждения.

Содержание:

1. На полу мелом либо бумажной клейкой лентой очерчивается круг диаметром около 1 метра. Тренер просит одного добровольца встать в этот круг.
2. После этого дается задание группе: нужно убедить водящего выйти из круга. Нельзя использовать физическую силу для того, чтобы, к примеру, вытолкнуть его из круга, можно что-то предлагать взамен, торговаться, объяснять, почему он должен выйти, давать обещания и т.д.
3. После того как водящий вышел из круга, проводится разбор техник и приемов влияния, которые были использованы.

Дополнительно: Упражнение можно снимать на видеокамеру. После выполнения упражнения можно отработать различные виды психологического влияния.

«Не сойти со стула»

Цель: отработка различных видов психологического влияния.

Время проведения 15 минут.

Участники садятся парами друг напротив друга. Один из участников должен убедить другого встать со стула, применяя различные виды влияния. Применять меры физического воздействия и выдергивать стул запрещается. Через 2-3 минуты участники меняются парами.

«Сила убеждения» (ключевое упражнение)

Цель: отработка навыка убеждения, умения находить аргументы в пользу своей позиции.

Содержание: Тренер предлагает 4-5 добровольцам образовать внутренний круг. Один из участников будет играть роль пациента. Остальные участники представляют врачей разной специализации, например, врач-гомеопат, хирург, терапевт. Задача врачей убедить пациента применить рекомендованное каждым лечение, задача пациента – выбрать наилучший на его взгляд путь лечения, выслушав аргументированное выступление каждого.

«Психотерапевтическое убеждение»

Цель: тренинг умения разговаривать с пациентом на понятном ему языке, корректно объясняя диагноз и последовательность лечения, снижая, тем самым тревожность больного.

Разговоры, недостаточно понятные больному, вместо пользы обычно причиняют вред, так как больной, аффективно настроенный к болезни, склонен оценивать непонятные слова врача не в свою пользу.

Содержание: участники объединяются в пары или четверки. Каждой группе тренер выдает лист, с написанным на нем диагнозом. Задача участников «перевести» написанное со специального медицинского на общедоступный язык. Например: «Гипертрофическая кардиомиопатия с явлениями субартериального стеноза и упорным кардиалгическим синдромом. НК II А стадии».

Занятие 8. Психологические особенности пациентов разного возраста

Особенности общения с людьми разного возраста (детьми, их родителями, представителями зрелого и пожилого возраста).

Упражнения:

Игра-драматизация «История о белом медведе»

Цель: Упражнение помогает участникам осознать то, что при взаимодействии необходимо учитывать жизненный опыт другого человека и его индивидуальные особенности (мотивы, потребности, реальные возможности).

Содержание: Ведущий рассказывает историю о том, как однажды в зоопарк привезли белого медведя. Но к моменту его появления предназначенная для него большая клетка с бассейном оказалась не готова, и зверя пришлось поместить в маленькую, тесную клетку:

всего шесть шагов в длину. За три недели, проведенные в этой клетке, медведь привык ходить лишь на эти шесть шагов (ведущий начинает ходить, имитируя движение). Прошло время, медведя переместили в новую, большую клетку с бассейном, но он продолжал двигаться только в привычных рамках шести шагов. «Ваша задача», - обращается ведущий к участникам игры, - помочь медведю преодолеть стереотип, выйти за эти рамки, продвинуться вперед. Действуйте!»

«Сильные чувства» (ключевое упражнение)

Цель: осознание и отреагирование сильных чувств, возникающих при общении с разными людьми.

Содержание: Участники делятся на четверки и садятся вместе. Каждый игрок рассказывает членам подгруппы о двух-трех людях (возможно, предполагаемых пациентах), которые вызывают в нем сильные чувства. После этого члены команды создают скульптурную композицию. Рассказчик выбирает игрока, который будет представлять его самого. Остальные изображают тех людей, о которых шла речь. Важен сам способ расстановки участников. Рассказчик располагает каждого участника на нужном расстоянии от себя и задает ему соответствующее положение тела. Когда участник будет удовлетворен скульптурой, он говорит о том, почему эти люди вызывают у него сильные чувства, чему он научился благодаря им, нет ли у него какого-либо вопроса, который он хочет им задать?

«Три старушки»

Цель: возможность идентификации с человеком пожилого возраста, осознание и ощущение происходящих функциональных возрастных изменений.

Участники: 3-4 человека.

Необходимые материалы: 3-4 пары перчаток, очки, беруши, нитки, иголки, пуговицы, кусочки ткани.

Содержание: Участникам предлагается надеть перчатки, очки, вставить в уши беруши. Затем, сидя рядом друг с другом надо поддерживать беседу, вставить нитку в иголку и пришить пуговицу к кусочку ткани.

По завершению работы, участники и зрители делятся своими чувствами и наблюдениями.

Занятие 9. Коммуникации в ситуации возражений и замечаний

Как правильно выслушивать критику? Причины возражений и замечаний. Виды замечаний. Основные методы нейтрализации замечаний.

В начале занятия целесообразно провести тестирование на толерантность, используя тест В.Бойко.

Упражнения:

«Толерантность» (техника – «горячий стул») (ключевое упражнение)

Цель: упражнение направлено на подготовку будущего врача к принятию претензий пациентов.

Содержание: Участники упражнения составляют общий список возможных негативных, агрессивных высказываний пациентов в адрес врача. Высказывания могут быть следующими:

«К вам вечно не попасть на прием!»

«Лекарство, которое вы прописали, мне совсем не помогает».

«Почему вы со мной плохо разговариваете?»

«Почему вы ко мне не подходите (в стационаре)?»

«Вы же давали клятву Гиппократата!»

После того, как список составлен, «смелый доктор» садится в центр круга и получает от группы 3-5 подобных обвинений. Его задача быть максимально спокойным, уверенно и корректно реагировать, используя техники активного слушания и т.д. Важно, чтобы большинство группы побывало в этой непростой роли.

«Критика по телефону»

Цель: тренинг телефонного разговора, работа с направленной критикой.

Содержание: Участники парами садятся на стулья, спиной друг к другу, начинают телефонный разговор. Каждый должен побывать в двух ролях: критикующего пациента (или родственника) и врача.

«Выход из контакта»

Цель: освоение приемов выхода из контакта, тренировка уверенности в себе.

Содержание: Упражнение выполняется в парах. Инструкция: «Вы встретили на улице своего пациента, который сразу начал разговор о своем самочувствии, проявляя назойливость. Вы вступаете в разговор, но, взглянув на часы, понимаете, что вам нужно идти. Не забудьте, что от вас требуется достойный выход из контакта».

Занятие 10. Конфликтные ситуации в деловом общении. Этика решения спорных вопросов, конфликтных ситуаций

Сущность понятия «конфликт». Сущность возникновения конфликтных ситуаций в организации и методы их преодоления. Различия между конструктивным и деструктивным конфликтом. Основные стили поведения в конфликте. Средства для профилактики конфликтных ситуаций. Рекомендации по управлению конфликтами.

Упражнения:

«Борьба пальцами».

Цель: наращивание энергетики в группе, снятие напряжения, снижение агрессии.

Содержание: Участники создают пары, пальцы сцепляют в замок, оставляя свободными большие пальцы. Задача каждого большого пальца прижать к поверхности (сцепленным руками) большой палец противника. Дальше происходит смена партнеров: победители находят себе в пару победившего, проигравшие играют следующую партию с проигравшим. Игра проводится без обсуждения и может продолжаться вплоть до выявления абсолютного победителя.

«Диалоги»

Цель: тренировать речевое и интонационное провоцирование или сглаживание конфликта.

Содержание: Участникам, разделившись на пары, предлагают разыграть короткий диалог так, чтобы он, либо провоцировал конфликт, либо сглаживал его. Примеры диалогов:

- 1) - Пора.
 - Нечего там делать.
 - Пора.
- 2) - Прекрати!
 - Прошу тебя, говори тише.
 - Чего ты хочешь?

Вариантами могут быть незаконченные диалоги:

- 1) - Зачем ты взял мои бумаги?
 - Я не знал, что они твои.
 - (завершить)
- 2) - Остановись!
 - Сейчас.
 - (завершить).

«Нападающий и защищающийся» (ключевое упражнение)

Цель: осознание конфликтных сторон личности, получение опыта активной борьбы, развитие уверенности в себе, анализ эффективности предложенных ролей в общении.

Содержание: Группа разбивается на пары, участники садятся лицом друг к другу. Определяется, кто будет играть нападающего и защищающегося.

Инструкция для нападающего: «Ведите диалог. Твердо стойте на своей позиции, старайтесь не сдаваться. Говорите своему партнеру, что и как он должен делать, ругайте его с позиции явного превосходства и уверенности в себе».

Инструкция защищающемуся: «Постоянно извиняйтесь и оправдывайтесь. Говорите своему партнеру, как вы хотите угодить ему и как что-то мешает вам выполнить его требования». Через 5-10 минут партнеры меняются ролями.

Участники группы делятся впечатлениями о проведенной работе, рассказывают о затруднениях, с которыми они встретились при выполнении задания. Ведущий просит каждого сравнить сыгранные роли с привычным стилем поведения, рассказать о чувствах, возникших в ходе работы.

Занятие 11. Управление стрессовыми состояниями и развитие совладающего (копинг) поведения

Личностный стресс-аудит: выявление собственных потенциально напряженных и конфликтных ситуаций на рабочем месте. Отработка умения быстрого реагирования в трудной ситуации, различные стили поведения в потенциально конфликтных ситуациях. Нахождение и использование собственных ресурсов для совладания с неустойчивым, плохим настроением. Навыки уверенного поведения (ассертивность, самоэффективность) в стрессовых ситуациях, конфликтах. Отработка продуктивных стилей совладающего поведения: проблемно-ориентированный, социально-ориентированный (поиск и получение поддержки от других людей).

Упражнения:

Рисунок «Трудности в пути»

Цель: работа с трудной жизненной ситуацией, анализ стратегий совладающего поведения.

Содержание: Обучающиеся изображают какую-либо дорогу, путь, себя на этом пути и препятствия, которые уже существуют или неожиданно возникают на этом пути. Затем рисуют не менее трех способов выхода из сложившейся ситуации. Идеи обсуждаются в кругу.

Самопознание – способ регуляции эмоционального состояния: отрицательные эмоции и их возникновение в процессе профессиональной деятельности; прояснение причин отрицательных эмоций, поиск решения проблемных ситуаций, мешающих в работе и вызывающих отрицательные эмоции; способы преобразования отрицательных эмоций в нейтральные и положительные

«Шарики»

Цель: Упражнение способствует отреагированию негативных эмоций, связанных с трудной жизненной ситуацией.

Материалы: воздушные шарики по количеству участников.

Содержание: Все участники стоят в общем кругу. Тренер просит каждого надуть по шарик и отпустить в центр круга. После того как это будет сделано, тренер просит всех взяться за руки и, не разжимая рук, лопнуть все шарики, не давая ни одному выскользнуть из круга.

Техники саморегуляции и снижения уровня стресса: аутотренинг, релаксация, самогипноз. Работа с эмоциональным состоянием. Управление стрессовой ситуацией через управление своим состоянием: как "Изменить то, что можно изменить, принять то, что изменить нельзя и отличить одно от другого". Техники изменения отношения к ситуации. Юмор, парадоксы, игра, эмоциональное раскрепощение, «маленькие радости», исполнение желаний. Тренировка позитивного мышления и оптимистических ориентаций: изменение внутреннего диалога, вызывающего избыточный уровень стресса. Работа с телом: методики саморегуляции и мышечной релаксации. «Внутреннее путешествие», «визуализация», «управляемое фантазирование».

Моделирование рабочих ситуаций с высоким уровнем стресса: ситуации, вызывающие страх и тревогу, гнев. Проигрывание таких ситуаций в мини-группах является **ключевым упражнением**.

Личностные факторы совладающего со стрессом поведения: жизнестойкость или какие качества помогают при стрессе и почему?

Тренинг ассертивности: уверенность без агрессивности и зависимости.

«Счастливый случай»

Инструкция: Выберите в своем опыте ситуацию, которую можно было бы назвать «везение» или «счастливый случай». Расскажите об этом случае своему партнеру, а потом, в ходе осмысления, отметьте особенности своей позы, голоса, ощущений, свое внутреннее состояние.

Затем тщательно проанализируйте все это и расскажите о той же самой ситуации, но с иной позиции: «Я сам обеспечил себе успех». При этом обязательно постарайтесь добросовестно вспомнить все, что вы сделали, чтобы достичь блестящих результатов.

Занятие 12. Заключительное занятие

Ролевая игра «Общий обход».

Цель: обобщение знаний, полученных на тренинге, реализация знаний в конкретных коммуникативных умениях.

Участники: главный врач, лечащий врач, коллеги-врачи, медсестра, пациенты.

Содержание: «Разыгрывается» обычная ситуация общего обхода. В палате проходят лечение сложные пациенты:

Пожилой человек, который постоянно недоволен осуществляемым лечением и уходом.

Женщина средних лет, проявляющая тревожность, постоянно расспрашивающая о том, каким образом проходит лечение.

Мужчина средних лет, безответственно относящийся к процедурам, злоупотребляющий курением, а иногда и спиртными напитками.

Молодая девушка, кокетничающая с лечащим врачом.

Поведение врачей и младшего медицинского персонала осуществляется по правилам проведения общего обхода и включает спонтанное ролевое поведение участников.

По завершению игры проводится обсуждение.

«Письмо самому себе»

Цель: упражнение проводится в завершающей части тренинга и позволяет каждому участнику задуматься над тем, как он собирается применить полученные знания в своей повседневной жизни.

Содержание: Все участники сидят в общем кругу. Тренер дает следующую инструкцию: «Сейчас вам нужно написать письмо самому себе, которое вы получите через 3 месяца, причем написать человеку, который применил умения, полученные на тренинге, и добился определенных результатов. Может быть, есть какие-то вопросы, которые вы хотите задать? Вы можете порадоваться за этого человека или выразить понимание в связи с трудностями, которые он мог встретить на своем пути, и т.д.». После того как письма написаны, они запечатываются в конверты, на которых каждый участник пишет свой реальный адрес. Тренер собирает все запечатанные конверты и через 3 месяца отправляет их адресатам. Другой вариант: письма можно будет открыть через 3 месяца на очередной встреча Балинговской группы.

Выводы:

Таким образом, комплексная программа построена по модульному принципу, исходя из трехуровневой структуры коммуникативной компетентности врача. Она применима при подготовке врачей всех специальностей, в том числе и специалистов репродуктивной медицины и детских специалистов, с учетом «особенностей профессионального общения врача-педиатра при непосредственном контакте не только с больным ребенком, но и с окружающими его взрослыми» [10]. Программа может быть использована в совместной деятельности врачей и клинического психолога в мультидисциплинарном подходе при работе с семейными парами в состоянии репродуктивного неблагополучия, с целью выявления «индивидуально – личностных психологических детерминант и определение их роли в качестве этио-патогенетического фактора при развитии того или иного нарушения со стороны психического и соматического здоровья» [13, с.153]. Врачи являются ответственными за следование традиционным принципам клинической практики и медицинской этики.

Список литературы

1. Бугаева И.О., Клоктунова Н.А., Ремпель Е.А., Федюков С.В., Слесарев С.В. Способы формирования коммуникативных навыков у студентов медицинских вузов: педагогический опыт. – Казанский педагогический журнал, 2021. № 3. С. 109-116.
2. Золотова И. А., Васильева Л.Н., Крюкова Ю.С. Взаимосвязь типов отношения к болезни с уровнем субъектности у подростков при сахарном диабете и неврологических заболеваниях. Медицинская (клиническая) психология: исторические традиции и современная практика: сборник тезисов VIII Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Ярославль, 06–07 декабря 2024 года. – Ярославль: Общество с ограниченной ответственностью «Аверс Плюс», 2025.
3. Васильева Л.Н. О программе формировании коммуникативной компетентности врача. // Историческая и социально-образовательная мысль. – 2014. № 2 (24). С.203-205.
4. Васильева Л.Н. О формировании коммуникативной компетентности у будущих врачей. // Материалы VII международной конференции «Динамика научных исследований» 07-15 июля 2011 года. – Przemyśl: Nauka i studia, 2011. № 15. С.20-24.
5. Васильева Л.Н. Исследование эмпатии как составляющей коммуникативной компетентности будущего врача // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. Кострома, 2010. Т. 16. № 1. С.165-169.
6. Васильева Л.Н., Андрианова Е.С. Об эмпатии врачей разных специальностей // Педагогические и психологические науки: материалы международной заочной научно-практической конференции. (31 октября 2012 г.). Часть II. Новосибирск, 2012. – С.48-55.
7. Винокур В.А., Чечик А.А. Балинговская группа: технология работы // Психологическая газета. – 2000. – № 10, 11.
8. Гаврилова Т.П. Понятие эмпатии в зарубежной психологии // Вопросы психологии. – 1975. – № 2. – С.147-158.
9. Ясько Б.А. Экспертный анализ профессионально важных качеств врача. – Психологический журнал. – 2004. – Т. 25. – № 3. – С. 71-78.
10. Золотова И.А. Выраженность невротических состояний женщин в ситуации «отягощенного» материнства // Аутизм и нарушения развития, 2024. Т. 22. № 1. С. 45-51.
11. Nay M.C. Suffering in a productive world // American Ethnologist. – 2010. – № 37 (2). Pp. 259 - 274.

12. Withers M., Moran R., Nicassio P., Weisman M.H., Karpouzas G.A. Perspectives of vulnerable US hispanics with rheumatoid arthritis on depression: Awareness, barriers to disclosure and treatment options // *Arthritis Care & Research*. 2014. № 67 (4). Pp. 484 - 492.

13. Современная перинатальная психология в научно-практических клинических исследованиях. Научное издание. Коллективная монография / под ред. И.А. Золотовой, Ярославль: Аверс Плюс, 2025. 296 с.

References

1. Bugaeva I.O., Kloktunova N.A., Rempel E.A., Fedyukov S.V., Slesarev S.V. Methods of developing communication skills in medical students: pedagogical experience. *Kazan Pedagogical Journal*, 2021. No. 3. Pp. 109-116.

2. Zolotova I. A., Vasilyeva L.N., Kryukova Y.S. Relationship between types of attitude to the disease and the level of subjectivity in adolescents with diabetes mellitus and neurological diseases. *Medical (Clinical) Psychology: Historical Traditions and Modern Practice: Collection of Abstracts of the VIII All-Russian Scientific and Practical Conference with International Participation*, Yaroslavl, December 06–07, 2024. Yaroslavl: Limited Liability Company «Avers Plus», 2025.

3. Vasilyeva L.N. On the Program for Developing Communicative Competence of a Doctor. // *Historical and Social-Educational Thought*. 2014. – No. 2 (24). – Pp. 203-205.

4. Vasilyeva L.N. On the Development of Communicative Competence in Future Doctors. // *Proceedings of the VII International Conference «Dynamics of Scientific Research»*, July 7-15, 2011. *Przemysl: Nauka i studia*, 2011. No. 15. Pp. 20-24.

5. Vasilyeva L.N. Study of Empathy as a Component of the Communicative Competence of a Future Doctor // *Bulletin of Kostroma State University named after N.A. Nekrasov*. Kostroma, 2010. Vol. 16. No. 1. Pp. 165-169.

6. Vasilyeva L.N., Andrianova E.S. On Empathy Among Doctors of Different Specialties // *Pedagogical and Psychological Sciences: Materials of the International Correspondence Scientific-Practical Conference*. (October 31, 2012). Part II. Novosibirsk, 2012. – Pp. 48-55.

7. Vinokur V.A., Chechik A.A. Balint Group: Work Technology // *Psychological Newspaper*. 2000. – No. 10, 11.

8. Gavrilova T.P. The Concept of Empathy in Foreign Psychology // *Questions of Psychology*. 1975. – No. 2. – Pp. 147-158.

9. Yas'ko B.A. Expert Analysis of Professionally Important Qualities of a Doctor. *Psychological Journal*. Vol. 25. – 2004. – No. 3. – Pp. 71-78.

10. Zolotova I.A. The severity of neurotic states in women in the situation of «burdened» motherhood // *Autism and development disorders*. – 2024. Vol. 22. No. 1. Pp. 45–51. DOI: <https://doi.org/10.17759/autdd.2024220106>.

11. Hay M.C. Suffering in a productive world // *American Ethnologist*. 2010. № 37 (2). Pp. 259 - 274.

12. Withers M., Moran R., Nicassio P., Weisman M.H., Karpouzas G.A. Perspectives of vulnerable US hispanics with rheumatoid arthritis on depression: Awareness, barriers to disclosure and treatment options // *Arthritis Care & Research*. 2014. № 67 (4). Pp. 484 - 492.

13. Modern perinatal psychology in scientific and practical clinical research. Scientific publication. Collective monograph / edited by I.A. Zolotova, Yaroslavl: Avers Plus, 2025. 296 p. (In Russian)

INTEGRATED PROGRAM FOR DEVELOPING THE COMMUNICATIVE COMPETENCE OF A DOCTOR

Vasilyeva L. N.

nicollub@mail.ru

**PhD in Psychology, Associate Professor of the Department of Psychology and Pedagogy
Yaroslavl State Medical University,
Yaroslavl, Russia**

Abstract: The article outlines the main provisions and structure of an integrated program for developing a doctor's communicative competence as an integral multi-level personal quality with a three-component structure: basic (value-based) level, content level, and instrumental (operational, technical) level, which includes two sublevels – general and professional communication skills and abilities. According to this statement, the program is structured on a

modular basis. The article provides detailed information about the goals, objectives, content of the program, and each session within it.

Keywords: medical practice, doctor's communicative competence, empathy, Balint groups, general and professional communication skills and abilities.

For citation Vasilyeva L. N. Integrated program for developing the communicative competence of a doctor // Medical Psychology in Russia: Network Scientific. Zhurn. 2025. Vol. 17. No. 1 (86). P. 51-69. URL: <https://mprj.elpub.ru/jour> (date of access: hh.mm. yyyy).

Дата принятия 15.01.2025

Accepted for publication 15.01.2025.for all articles № 1(86) 2025