

# Коммуникативная компетентность педагога как фактор успешности его диагностической деятельности

**Костромина С. Н.,**

*кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии и педагогики личностного и профессионального развития Санкт-Петербургского государственного университета*

**Реан А. А.,**

*доктор психологических наук, профессор кафедры психологии Московского университета МВД России*

В процесс распознавания психологических особенностей, детерминирующих поведение школьника, оказываются включенными представления педагога об учащемся, его отношение к ребенку, сложившаяся система педагогического взаимодействия. Характер развития каждого из компонентов отражает уровень коммуникативной компетентности педагога и влияет на адекватность принимаемых психодиагностических решений. С этой точки зрения коммуникативная компетентность педагога представляет собой инструмент реализации психодиагностической деятельности в учебно-воспитательном процессе.

**Ключевые слова:** психодиагностическая деятельность, диагностическая ситуация, коммуникативная компетентность, операциональный репертуар общения, инсентивная и презентативная функции общения, адекватность психодиагностического решения.

Решение педагогом диагностических задач, связанных с преодолением трудностей обучения и воспитания школьника, ориентирует его диагностическую деятельность на распознавание психологических причин проблем, их осознание и понимание. Время совместной деятельности, условия ее протекания, специфика складывающихся в процессе обучения взаимоотношений между учителем и учеником способствуют включению в психодиагностиче-

ский процесс опыта их коммуникации и возрастанию значимости социально-перцептивного, аффективно-эмпатийного компонентов общения [11, с. 79].

Другой важной характеристикой диагностической ситуации [2] в педагогической практике является значение принимаемых решений для учащегося, которые могут повлиять, изменить или даже определить его дальнейшую судьбу [13, с. 13]. Если для педагога диагностика выступает в

качестве части решаемой профессиональной задачи, то для ребенка это событие, связанное с возникновением у него трудностей и негативных переживаний. Способность педагога своевременно слушать и «слышать» проблемы учащегося, ориентироваться в изменениях, которые возникают в ходе его обучения, позволяют лучше понять, сориентироваться и проникнуть в психологическую сущность затруднений школьника. В этом случае можно утверждать, что сочетание «социально-перцептивные умения – аффективно-эмпатийная регуляция – навыки конструктивного общения» наиболее полно отражает специфику коммуникативной компетентности в структуре психодиагностической деятельности педагога.

В ходе проведенного нами исследования личностные характеристики в структуре коммуникативной компетентности педагога рассматривались по показателям [5]: умение ориентироваться в ситуации взаимодействия; эмпатия; дружелюбие; открытость; гибкость в общении; эмоциональная напряженность; потребность в сотрудничестве.

Элементами операционального репертуара общения педагога выступали вербальные и невербальные средства общения [8]: похвала или подбадривание школьника; принятие его идей; постановка вопросов учителем; сообщение информации; использование указаний и распоряжений; использование критики и защиты утверждений; вербальная активность школьника; паузы (продуктивные и паузы-замешательства); темп речи; интонационное разнообразие; экспрессивность мимики и жестов.

В качестве параметров эффективности психодиагностической деятельности фиксировались [4]: количество выдвинутых гипотез о психологических причинах, возникших трудностях в обучении школьника; адекватность имплицитного (предварительного) психодиагностического вывода; адекватность решения (степень его соответствия реально действующим причинам); трудоемкость психодиагностической деятельности (по количеству школьных

проблем у ребенка и психологических причин, их детерминирующих).

Сопоставление доли участия в адекватности принимаемых психодиагностических решений каждого из коммуникативных показателей позволяет выявить интересную закономерность. При всей многозначности взаимосвязей их влияние на качественную сторону диагностического процесса довольно ограничено. Основное количество взаимосвязей приходится на два показателя психодиагностического процесса – количество выдвигаемых гипотез и адекватность имплицитного диагноза (64 %), в то время как на адекватность диагноза и количество правильно указанных в заключении причин – показателей, отражающих успешность диагностического поиска, всего 20 %. 16 % взаимосвязей установлено с трудоемкостью решения диагностической задачи.

Полученный результат позволяет сделать вывод, что особенности реализации диагностирующей функции лежат не только «вне вербальной деятельности преподавателя» [9, с.15], но и в меньшей степени связаны с деонтологическим компонентом психодиагностики в целом, по сравнению с логическим, семиотическим и техническим [1, с. 50]. Максимальная нагрузка на него ложится только на первых этапах диагностического поиска: в момент установления контакта, сбора анамнестической информации и ее анализа, при выдвижении и формулировке гипотез. В дальнейшем его влияние обнаруживается только косвенно, в виде тенденций, способствующих или мешающих диагностике. Например, чрезмерная презентативная позиция педагога уменьшает валидность диагноза и снижает его адекватность как на первых стадиях распознавания (адекватность имплицитного диагноза), так и на заключительных его этапах (адекватность диагноза). Критичность и стремление к убедительности, наоборот, способствуют успешности решения диагностической задачи, хотя и сужают круг поиска решения.

Прямая взаимосвязь умения педагога задавать вопросы с адекватностью диагно-

за свидетельствует о важной роли этого вербального компонента в его диагностической деятельности. В процессе распознавания он реализуется прежде всего по отношению к самому педагогу. Учитель, умеющий задавать и формулировать вопросы другим, может успешно пользоваться этим умением и по отношению к себе [10, с. 79]. Инсентивная функция вербальной коммуникации в диагностическом процессе побуждает педагога к активному решению проблемы, ее обдумыванию, переработке информации в соответствии с выдвинутыми предположениями и условиями ситуации. Она позволяет ему скорректировать ход своих рассуждений в процессе решения задачи, если результаты диагностики не совпадают с предварительно сформулированными гипотезами, фокусируя его активность.

Однако на начальном этапе диагностического процесса инициация множества вопросов может оказывать не столь продуктивное влияние (обратная взаимосвязь с «адекватностью имплицитного диагноза»  $r = -0,37$  при  $p \leq 0,01$ ). На этих этапах большую эффективность приносит позиция «активного слушателя», стимулирующего партнера по общению к спонтанной, а не жестко регулируемой или формализованной активности, а также дистанцированности от информации, которую сообщает партнер по общению. Последний факт отражает некоторую специфичность диагностической ситуации, хотя и являющуюся частным случаем коммуникативных отношений, по отношению к общепринятому пониманию «эффективной коммуникации» или «коммуникативной компетентности».

Обычно людей, характеризующихся успешным решением коммуникативных задач в процессе совместной деятельности, отличают определенные личностные качества [6, с. 100]: уважительное дружелюбное отношение к партнеру, учет его состояния и возможностей, гибкость в общении; спокойствие и т. д. В ситуации общения эти качества помогают человеку добиваться требуемого эффекта с разными людьми. В нашем исследовании оказалось, что эти при-

знаки незначительно влияют на результат диагностической деятельности. По основному показателю качества постановки психологического диагноза «адекватность диагноза» нами не выявлено ни одной значимой взаимосвязи с личностными характеристиками, свойственными коммуникативно-компетентным людям.

Те же взаимосвязи, которые проявились в ходе корреляционного анализа, носят разносторонний характер и подтверждают роль коммуникативно-значимых компонентов только в начале решения диагностической задачи. В соответствии с модальностью их взаимосвязи с наиболее важным критерием качества диагностической деятельности мы разделили их на две группы. Показатели 1-й группы (умение точно ориентироваться в ситуации взаимодействия, позитивность, дружелюбие и потребность в сотрудничестве) имеют прямую взаимосвязь с адекватностью имплицитного диагноза. Параметры 2-й группы (эмпатия, открытость, гибкость и потребность в сотрудничестве) имеют обратную взаимосвязь с этим показателем. Это позволило определить, какие качества личности педагога обеспечивают успешность решения диагностических задач, а какие отрицательно влияют на эффективность. Так, стремление понять, проявить симпатию и сочувствие в диагностической ситуации, чрезмерная инициатива в общении, подстройка под партнера по общению, непринужденность и активность в поведении, доверчивость, готовность и открытость педагога к контактам снижают успешность диагностической деятельности в учебно-воспитательном процессе, мешают педагогу адекватно определить возможный круг психологических причин школьных трудностей. С чем это связано?

Опираясь на результаты, полученные в ходе исследования логического компонента [3, с. 73], можно утверждать, что приоритетную позицию в диагностической ситуации занимает педагог, обладающий не только необходимыми психологическими знаниями, но и высоким уровнем развития диагностического мышления. Если проана-

лизировать содержание коммуникативных качеств, способствующих адекватности диагностической деятельности (1-я группа), становится очевидным явное присутствие мыслительного компонента в каждом из них. Своевременная ориентировка в ситуации, понимание состояния и возможностей другого, умение организовать совместную деятельность и выработать тактику достижения успешного результата – все это подразумевает обработку информации, получаемой от партнера по общению. Эмоциональная сторона общения также учитывается за счет осмысления «сигналов» и корректировки занимаемой позиции. Таким образом, специфика диагностической ситуации проявляется в снижении включенности эмоционального компонента в структуру диагностической коммуникации, дистанцированность от эмоциональной стороны взаимодействия, отказа педагога от сочувствующего, лабильного, активного поведения.

Это утверждение можно подкрепить выявленными обратными взаимосвязями показателей качества диагностического

процесса с параметрами невербальной коммуникации и их сравнительным анализом у коммуникативно-компетентных и коммуникативно-некомпетентных педагогов. В исследовании Е. Б. Пучковой [7], проведенном на основании нашей компьютерной программы «Психодиагностические задачи» [4] и комплекса психодиагностических методик, все испытуемые – педагоги – были разделены на две группы по следующим показателям: 1) потребность в общении; 2) успешность общения; 3) уровень знаний по психологии. В первую группу вошли коммуникативно-компетентные учителя с высоким уровнем развития вышеперечисленных характеристик. Вторую группу составили коммуникативно-некомпетентные педагоги. Сравнительный анализ результатов решения диагностических задач теми и другими представлен в табл.1.

Как видно из табл.1, достоверные отличия между двумя группами педагогов выявлены по показателям, характеризующим этапы сбора анамнестической (феноменологической) информации, постановки ги-

Таблица 1

**Результаты решения диагностических задач коммуникативно-компетентными и коммуникативно-некомпетентными педагогами**

№ п/п	Параметры	Средние значения		t-критерий Стьюдента
		к/компетентные (n = 261)	к/некомпетентные (n = 166)	
1	Время решения, мин	46	67	7,24**
2	Количество этапов при решении	18,9	19	Незначимо
3	Подготовленность решения: феноменологии психодиагностического обследования	6,43 3,94	10,8 3,8	2,16* Незначимо
4	Правильность проверки гипотез	2,04	2,03	Незначимо
5	Соответствие гипотез теоретическому конструкту	0,39	0,53	2,74*
6	Количество указанных причин	2	1,91	Незначимо
7	Оперативность диагноза	0,26	0,17	4,47**
8	Адекватность диагноза	2,43	2,05	Незначимо
9	Логичность решения	3,79	3,21	Незначимо

\* – 0,05 уровень значимости отличий; \*\* – 0,01 уровень значимости отличий

потез, а также скорости решения диагностической задачи. То есть навыки эффективного общения и коммуникативные качества позволяют коммуникативно-компетентным педагогам эффективно справляться с решением диагностической задачи за счет лучшей подготовленности к решению на первоначальных этапах, оптимальности работы с феноменологической информацией, адекватности выдвигаемых гипотез, достаточного их количества. Следствием такой подготовки становится сокращение временных затрат. Однако это еще не означает, что результатом решения задачи станет адекватное диагностическое решение. По этому показателю достоверность отличий между группами не была выявлена, так же как ранее не была установлена взаимосвязь между основными параметрами эффективного общения и степенью адекватности диагноза. Полученный результат позволяет задуматься, на-

сколько значимы основные навыки и умения конструктивного общения, чтобы сказываться на результатах диагностического поиска.

На диаграмме представлен сравнительный анализ между группами по тем характеристикам, которые образовали максимальное количество корреляционных взаимосвязей с показателями качества диагностической деятельности.

На диаграмме хорошо видно, что успешные педагоги-диагносты быстрее ориентируются в ситуации взаимодействия, но при этом им в большей степени присуща установка в контактах на поставленную задачу, инициативность при взаимодействии. Они демонстрируют четкую и уверенную позицию, придерживаясь собственных представлений. Их невербальная коммуникация отличается меньшим интонационным разнообразием, а вербальная активность определяется инсентивной



Показатели коммуникативной компетентности успешных и неуспешных педагогов-диагностов<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Жирным шрифтом выделены показатели, по которым получены достоверные отличия на уровне значимости: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$ .

функцией (они больше нацелены на постановку вопросов, нежели сообщение информации), стимулируя вербальную активность партнера по общению и собственную деятельность. Описанные признаки демонстрируют дистанцированность успешных педагогов-диагностов при взаимодействии, что является оптимальным вариантом коммуникации в диагностической ситуации. Неэффективным педагогам свойственны обратные признаки, демонстрирующие излишнюю эмоциональную включенность: сопереживание, направленность на активное общение, потеря инициативы во взаимоотношениях, чрезмерная эмоциональная окрашенность диалога, превращение его в монолог. В то же время это влияние не фатально.

Коммуникативно-некомпетентные педагоги ищут другие ресурсы, которые могли бы помочь им справиться с решением диагностической задачи. Степень адекватности их решения задачи зависит от количества этапов диагностического процесса ( $r = 0,42$  при  $p \leq 0,01$ ), настойчивости (количество попыток поставить правильный диагноз  $r = 0,27$  при  $p \leq 0,01$ ), а также количества указанных в диагнозе причин ( $r = 0,35$  при  $p \leq 0,01$ ).

Неоднозначность взаимосвязей показателей коммуникативной компетентности и успешности диагностического поиска показывает ее дополняющий характер в психодиагностическом процессе. Включаясь в структуру диагностической деятельности, навыки эффективного общения *опосредованно*, а не напрямую, детерминируют результат распознавания. Графически это можно представить в виде системы отношений двух шкал, пересечение которых образуют специфические группы, с одной стороны, объясняющие механизм реализации рассматриваемых характеристик в диагностическом процессе, а с другой – упорядочивающие выявленные взаимозависимости (табл. 2).

Конструктивность в данном случае будет определяться результатом, который хочет достигнуть субъект в процессе общения. Для диагностической ситуации кон-

структивными (или оптимальными) будут те признаки, или техники, которые эффективно встраиваются в структуру диагностического процесса и обеспечивают его успешность.

Часть из них совпадает с техниками эффективного взаимодействия в любой ситуации, являясь общими принципами успешной коммуникации. Другая носит специфический характер и обусловлена особенностями диагностической ситуации. В целом такими конструктивными техниками **психодиагностического общения** являются:

1. *Проявление уважения к партнеру по общению*, уважительное и доброжелательное отношение к нему. Как важнейший фундаментальный принцип конструктивного межличностного взаимодействия [12, с. 274] в диагностической ситуации он реализуется в отношении педагога к ребенку как к равному, а также через подчеркивание своего ответственного и обстоятельного подхода к рассматриваемой проблеме.

2. *Установка на сотрудничество* в русле демонстрации общности интересов и целей при решении проблемы. В связи с чем основной задачей педагога является создание атмосферы единения при разрешении возникшего неблагополучия, создание ориентировочной основы коллективных действий [6, с.110]. С одной стороны, это превращает диагностическую задачу в коллективную совместную работу, где ответственность за результат ложится не только на педагога, но и на других участников диагностического процесса, а с другой – включает в контекст диагностической задачи разные мнения, взгляды и реакции, которые необходимо учитывать и согласовывать. Специфичность реализации этого принципа в образовании состоит в наличии дискриминации во взаимоотношениях учителей и учащихся. Разделение их в сознании учителя по признаку «плохой ученик – хороший ученик» не позволяет в полной мере адекватно оценить особенности их личности, а также создать общее поле для совместного решения проблемы.

3. *Позиция активного слушания или пассивного говорения*. Избыточное вза-

Таблица 2

**Взаимосвязь коммуникативной компетентности педагогов с успешностью психодиагностического поиска**

	<b>Успешность диагностического поиска</b>	<b>Неуспешность диагностического поиска</b>
<b>Коммуникативная компетентность</b>	<p>Инсентивная позиция в диагностической коммуникации;</p> <p>Быстрота ориентировки в ситуации взаимодействия и с учетом получаемых вербальных и невербальных сигналов;</p> <p>Адекватная включенность в ситуацию, уверенность в себе и собственных действиях;</p> <p>Установка на решение проблемы и на сотрудничество при взаимодействии;</p> <p>Активная подготовка к решению на первых этапах:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Стимулирование вербальной активности партнера по общению в рамках решаемой проблемы;</li> <li>2) Подробный анализ получаемой информации через постановку вопросов партнеру и самому себе;</li> <li>3) Четкое представление алгоритма или конструкта решения;</li> <li>4) Использование ситуации общения для проверки выдвигаемых предположений и их ограничения;</li> </ol> <p>Умеренная вербальная и невербальная активность</p>	<p>Презентативная занимаемая позиция, ориентирующаяся в большей степени на сообщение информации и удовлетворение потребности в общении;</p> <p>Часто необоснованная передача инициативы партнеру;</p> <p>Чрезмерная включенность в ситуацию, стремление «во что бы то ни стало» понять проблему и помочь;</p> <p>Установка на личность партнера, на его мнение, состояние, положение, зависимость от внешних факторов;</p> <p>«Эмоциональное» общение на первых этапах решения проблемы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Стремление учесть все мнения;</li> <li>2) Поиск приемлемых или компромиссных вариантов решения;</li> <li>3) Отсутствие ограничений на получаемую информацию, в результате чего снижается возможность ее анализа, расширяется круг предположений, а диагностический поиск дезорганизуется;</li> </ol> <p>Недостаточная критичность к информации, получаемой из других источников, доверие к ней;</p> <p>Выстраивание логики диагностического поиска по «наитию» исходя из коммуникативной ситуации</p>
<b>Коммуникативная некомпетентность</b>	<p>Скованность в ситуации взаимодействия;</p> <p>Установка на собственные представления и убеждения;</p> <p>Потеря контакта или инициативы в ситуации общения;</p> <p>Игнорирование состояния и возможностей партнера по общению;</p> <p>Закрытость и напряженность в отношениях, что ограничивает доступ информации со стороны и влияние других мнений и дополнительных фактов на процесс решения задачи;</p> <p>Слабость совместной деятельности компенсируется критичностью к наблюдаемым и получаемым фактам, тщательностью их анализа. А также:</p> <p>Привлечением к решению мнения специалистов или дополнительной специальной (диагностической) информации,</p> <p>Настойчивостью в достижении цели, попытками «в любом случае» разобраться в проблеме, довести ее решение до конца;</p> <p>Расширением круга возможных причин</p>	<p>Пассивность в ситуации взаимодействия;</p> <p>Ориентация на себя, свое понимание проблемы;</p> <p>Установка не на решение проблемы или партнера с учетом его способностей или возможностей, а на собственные представления, часто носящие стереотипизированный или схематизированный характер;</p> <p>Коммуникативная ригидность, блокирующая адекватное восприятие ребенка (партнера по диагностическому общению), искажающая получаемые представления и информацию, которую можно было бы использовать в диагностическом процессе;</p> <p>Ограничение зоны диагностического поиска выработанным с опытом мнением, часто сопровождающееся отказом от получения дополнительной информации и избеганием сотрудничества;</p> <p>Использование получаемых от партнеров по общению (специалистов или родителей) данных для подтверждения выдвинутых гипотез и собственного мнения</p>

имодействие и активность со стороны педагога, презентативная позиция отрицательно влияют на результат диагностического поиска, запутывая и дезорганизуя его. Целью же диагностической коммуникации является получение информации, ее уточнение, резюмирование, правильная интерпретация. Таким образом, роль вербального компонента в диагностическом процессе усиливается за счет активности его участников (учащихся, родителей, коллег) и управления ею через различные уровни пассивного говорения.

4. *Умение ставить перед собой и задавать другим вопросы.* Фокусировка и уточнение проблемы посредством вопросов (другому и самому себе) позволяют определить направление диагностического поиска и дифференцировать получаемую информацию. Каждый вопрос – это акцент на какой-либо из сторон проблемы. Этот акцент активизирует деятельность, способствуя переработке фактов и коррекции рассуждений. Умение задавать конструктивные вопросы, избегая двусмысленности и неопределенности, – важное средство в принятии конструктивных психодиагностических решений.

5. *Критичность и убедительное отношение к получаемой информации.* Данная функция проявляется в критике и защите собственных убеждений педагога в ходе диагностического процесса. С одной стороны, это позволяет ему иметь собственную позицию, так называемый теоретический конструкт решения, с другой – исключить догматизм в представлениях, косность в отношении получаемой информации, проявить «чувствительность к ней». Каждое мнение должно быть подвержено анализу и иметь убедительное фактическое основание, осмыслено в отношении реализуемых через него потребностей участника психодиагностического процесса.

6. *Умение быстро и точно ориентироваться в ситуации взаимодействия.* Диагностическая ситуация отличается личностной значимостью получаемого результата. Для ребенка зачастую от этого результата зависит дальнейшая судьба. Другие участники, сообщаящие информацию об учащемся,

могут иметь собственные интересы и цели. Их влияние на диагностический процесс носит часто неосознанный, но активный характер, определяя вариант решения проблемы. Педагог должен, исходя из своей объективной, незаинтересованной позиции, уметь чувствовать состояние и возможности участников диагностического процесса, понимать их цели, своевременно и быстро ориентироваться в получаемой информации, удерживая при этом инициативу в собственных руках и имея четкое представление о логике своих диагностических действий. Чрезмерная гибкость с его стороны и зависимость от чужого мнения может привести к потере инициативы и искажению диагностических результатов.

7. *Умение поддерживать собственное эмоциональное равновесие (саморегуляция) и снимать эмоциональное напряжение у партнеров по диагностическому общению.* Предыдущее условие подчеркивает значимость когнитивного компонента в диагностической деятельности педагога и негативность его эмоционального включения в распознавание причин возникшего неблагополучия. Владение техниками снятия эмоционального напряжения помогает наладить конструктивное общение, найти приемлемый для всех способ решения проблемы, принять факты, отражающие объективную причину возникшего неблагополучия.

И, наконец, последнее. Учитывая произвольность, а не спонтанность возникновения диагностической ситуации (она всегда возникает из необходимости), и роль факторов эффективной коммуникации на первых этапах диагностического процесса, это умение можно было бы обозначить «первым по списку». *Умение устанавливать психологический контакт* через: а) использование различных техник снижения эмоционального напряжения, б) отказ от «терминологического профессионального языка» и в) навыки строить диалог на языке адресата. В комплексе это способствует организации оптимальных и, самое главное, эффективных условий диагностической коммуникации, позволяющих в короткий срок завоевать доверие человека. А в



образовании – доверие ребенка, что, возможно, еще сложнее. Стереотипные представления педагога, паттерны поведения, укоренившаяся система интеракций с ребенком усиливают субъективность пози-

ции педагога, его включенность в диагностическую ситуацию. В этих условиях роль коммуникативной компетентности усиливается, а требования к уровню сформированности ее составляющих повышаются.

### Литература

1. Ануфриев А. Ф. Психологический диагноз: система основных понятий. М., 2003.
2. Дружинин В. Н. Ситуационный подход к психодиагностике способностей // Психол. журнал. 1991. Т. 12. № 2.
3. Костромина С. Н. Изучение логики решения диагностических задач психологами и учителями // Материалы научно-практической конференции «Современные подходы к решению проблем практической психологии». Шадринск, 1997.
4. Костромина С. Н. Опыт конструирования задач для нужд психодиагностической практики. Учебно-методическое пособие. СПб., 2004.
5. Общение и оптимизация совместной деятельности / Под ред. Г. М. Андреевой. М., 1987.
6. Практикум по социально-психологическому тренингу. 3-е изд., испр. и доп. / Под ред. Б. Д. Парыгина. СПб., 2000.
7. Пучкова Е. Б. Особенности решения диагностических задач учителями с различным уровнем коммуникативной компетентности: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1999.
8. Реан А. А. Анализ вербального взаимодействия как метод исследования педагогической деятельности // Проблемы диагностики факторов продуктивной деятельности педагогического коллектива. Л., 1988.
9. Реан А. А. Психодиагностика личности в педагогическом процессе. Л., 1996.
10. Реан А. А. Психология познания педагогом личности учащихся. М., 1990.
11. Реан А. А. Рефлексивно-перцептивный анализ деятельности педагога // Вопросы психологии. 1990. № 2.
12. Реан А. А., Коломинский Я. Л. Социальная педагогическая психология. СПб., 1999.
13. Рейнберг Г. А. Методика диагноза. М., 1951.

## Teacher's Communicative Competence as a Factor of Successful Diagnostics

**S. N. Kostromina,**

*Ph.D. in Psychology, associate professor at the Department of Psychology and Pedagogy of Personal and Professional Development, Saint-Petersburg State University*

**A. A. Rean,**

*Ph.D. in Psychology, professor at the Psychology Department at the Moscow University of the Russian Ministry of Internal Affairs*

Teacher's understanding of psychological features of a pupil depends largely on his/her perceptions and attitudes towards the pupil and on the system of pedagogical interaction. The level of each component's development reflects the level of teacher's communicative competence and affects the adequacy of psychodiagnostic judgments. From this point of view, teachers' communicative competence is the instrument of carrying out psychodiagnostic activity within the educational process.

**Keywords:** psychodiagnostic activity, diagnostic situation, communicative competence, operational repertoire of communication, efficacy of psychodiagnostic judgment.

### References

1. Anufriev A. F. Psihologicheskii diagnost: sistema osnovnykh ponyatii. M., 2003.
2. Druzhinin V. N. Situacionnyi podhod k psihodiagnostike sposobnostei // Psihol. zhurnal. 1991. T.12. № 2.
3. Kostromina S. N. Izuchenie logiki resheniya diagnosticheskikh zadach psihologami i uchitel'yami // Materialy nauchno-prakticheskoi konferencii «Sovremennye podhody k resheniyu problem prakticheskoi psihologii». Shadrinsk, 1997.
4. Kostromina S. N. Opyt konstruirovaniya zadach dlya nuzhd psihodiagnosticheskoi praktiki. Uchebno-metodicheskoe posobie. SPb., 2004.
5. Obshenie i optimizaciya sovместnoi deyatel'nosti / Pod red. G.M Andreevoi. M., 1987.
6. Praktikum po social'no-psihologicheskomu treningu. 3-e izd., ispr. i dop. / Pod red. B. D. Parygina. SPb., 2000.
7. Puchkova E. B. Osobennosti resheniya diagnosticheskikh zadach uchitel'yami s razlichnym urovnem kommunikativnoi kompetentnosti. Avto-ref. dis. ... kand. psihol. nauk. M., 1999.
8. Rean A. A. Analiz verbal'nogo vzaimodeistviya kak metod issledovaniya pedagogicheskoi deyatel'nosti // Problemy diagnostiki faktorov produktivnoi deyatel'nosti pedagogicheskogo kollektiva. L., 1988.
9. Rean A. A. Psihodiagnostika lichnosti v pedagogicheskom processe. L., 1996.
10. Rean A. A. Psihologiya poznaniya pedagogom lichnosti uchashtsihsya. M., 1990.
11. Rean A. A. Refleksivno-perceptivnyi analiz deyatel'nosti pedagoga // Voprosy psihologii. 1990. № 2.
12. Rean A. A., Kolominskii Ya. L. Social'naya pedagogicheskaya psihologiya. SPb., 1999.
13. Reinberg G. A. Metodika diagnoza. M., 1951.