

КОММУНИКАТИВНЫЕ ТЕХНИКИ ПОВЫШЕНИЯ КОМПЛАЕНТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА

Трушкина С.В.

Трушкина Светлана Валерьевна

кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник отдела медицинской психологии; федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр психического здоровья», Каширское шоссе, 34, Москва, 115522, Россия. Тел.: 8 (495) 109-03-93.

E-mail: trushkinasv@gmail.com

Аннотация

Коммуникативная компетентность врача является важным фактором, влияющим на формирование партнерского стиля отношений с пациентом и, как следствие, повышающим вовлеченность больного в процесс лечения и ответственность при соблюдении им врачебных рекомендаций. В лекции рассмотрены некоторые коммуникативные техники, достаточно хорошо разработанные в психологии профессионального общения: техника активного слушания, приемы оказания эмоциональной поддержки пациенту или членам его семьи, навыки конструктивного преодоления сопротивления собеседника, умение ограничивать в беседе использование профессиональной лексики и эффективно предоставлять необходимую информацию.

Техника активного слушания является базовым, универсальным навыком ведения профессиональной беседы. Она включает в себя вербальные и невербальные умения и направлена на создание у собеседника уверенности в том, что его внимательно слушают, стремятся понять, интересуются его мнением, испытывают к нему чувство уважения и заинтересованности в решении его проблем. Описаны приемы, разработанные для достижения этих целей: «угу-реакция», повторение, обобщение, перефразирование. В качестве способов оказания эмоциональной поддержки пациенту рассмотрены техники комплимента, подбадривания и легитимации негативных чувств. Уделено внимание описанию поведения сопротивления пациента и даны рекомендации по его распознаванию и избеганию конфронтации с пациентом путем принимающего реагирования, соблюдения врачом позиции нейтральности и умения обсуждать разногласия. Описана самообучающая методика по освобождению речи врача в беседе с пациентом от профессиональных терминов и непонятных ему выражений. Рассмотрены способы подачи врачом информации о болезни и лечении. Подчеркнуто, что понимание и запоминание пациентом данных врачом разъяснений и рекомендаций играют огромную роль в формировании у больного приверженности лечению и в целом — эффективности врачебной помощи. Описан прием подачи информации «chunk and check» («измельчай и проверяй»), широко освещаемый и рекомендуемый в зарубежных пособиях по профессиональному общению в медицине, а также техники ограничения разового количества информации, повторения сказанного и письменной фиксации информации.

Владение практическими навыками в области профессионального общения способно сыграть существенную положительную роль в формировании терапевтического комплаенса, повышении эффективности медицинской помощи в целом, а также предотвращении развития явлений эмоционального выгорания и профессиональной деформации у медицинских работников.

Ключевые слова: профессиональное общение; коммуникативные техники; активное слушание; chunk and check; нейтральность врача; способы подачи информации.

УДК 159.923:614.253.8

Библиографическая ссылка

Трушкина С.В. Коммуникативные техники повышения комплаентности пациентов в практике врача // Медицинская психология в России. – 2018. – Т. 10, № 5. – С. 6. doi: 10.24411/2219-8245-2018-15060

Поступила в редакцию: 14.06.2018 Прошла рецензирование: 22.07.2018 Опубликовано: 16.11.2018

Коммуникативная компетентность врача является важным фактором, влияющим на формирование партнерского стиля отношений с пациентом и, как следствие, ведущим к повышению вовлеченности больного в процесс лечения и его более ответственному отношению к соблюдению врачебных рекомендаций. Различные специалисты в области медицины, исходя из своего практического, исследовательского или преподавательского опыта, считают, что врач должен обладать целым рядом практических коммуникативных навыков: устанавливать с больным контакт в различных ситуациях (на приеме в кабинете, на дому, по вызову службы скорой помощи, по телефону и т.д.), должным образом приветствовать пациента и умело завершать визит, формировать положительное мнение о себе, предоставлять пациенту возможность выговориться, внимательно слушать, проверять и уточнять полученную информацию, поощрять, задавать вопросы, обосновывать для пациента необходимость своих назначений, обсуждать с ним планы лечения, предотвращать конфликтные ситуации, психологически грамотно сообщать плохие новости, проявлять заботу и сопереживание, общаться с некурабельными больными и их родственниками, верно интерпретировать невербальные знаки и многое другое [1; 3; 6; 8; 11; 12]. Часть этих навыков, а также способы их выработки у врачей еще только ждут своей детальной проработки и широкого применения в практике преподавания медицинских вузов. Другая часть может с успехом использоваться уже сейчас.

Ниже рассмотрено несколько коммуникативных техник, являющихся достаточно общими и хорошо разработанными в психологии профессионального общения [5; 9; 10]: техника активного слушания, приемы оказания эмоциональной поддержки, навыки конструктивного преодоления сопротивления собеседника, умение ограничивать использование в беседе профессиональной лексики и эффективно предоставлять необходимую информацию. Знание этих конкретных приемов наверняка окажется полезным для врачей, фельдшеров и медицинских сестер.

Техника активного слушания

Базовым, универсальным навыком ведения профессиональной беседы является так называемое активное слушание [2; 4]. «Активно» слушать означает, во-первых, подавать своему собеседнику те или иные сигналы о том, что его слышат и стремятся понять, и, во-вторых, отражать в своих ответных высказываниях то, что собеседник сообщает или чувствует во время беседы.

На практике нередкой является ситуация, когда пациент или его родственник рассказывают врачу о происходящих с ними несчастьях, а тот слушает в полном молчании или, наоборот, стремится говорить сам, прерывая собеседника вопросами или советами. Вероятнее всего, врач уже составил свое квалифицированное мнение о заболевании и необходимом лечении, и информация обо всех подробностях семейной ситуации является для него избыточной и в целом ненужной. Однако лечащему врачу лучше не упускать из виду то обстоятельство, что лекарственные назначения не помогут больному, если тот не станет их выполнять. Степень готовности пациента к сотрудничеству будет тем выше, чем больше он почувствует в отношении врача уважения к себе, принятия его позиции и заинтересованности в его проблемах.

Чтобы на невербальном уровне дать понять собеседнику, что его внимательно слушают и стремятся понять, следует повернуться к нему лицом или даже развернуться к нему всем корпусом. Эти сигналы воспринимаются говорящим как сообщение слушающего: «Мое внимание сейчас с тобой, я не отвлекаюсь ни на что другое». Ту же функцию несет и зрительный контакт (контакт глаз), однако следует иметь в виду, что долгий настойчивый взгляд в глаза для большинства людей неприятен, он вызывает тревогу и эмоциональный дискомфорт. Оптимальным можно считать периодически возобновляемый зрительный контакт между собеседниками, причем его частота должна соответствовать желаниям, скорее, пациента, нежели врача.

Вербальное поведение активно слушающего заключается в том, чтобы не давать речи собеседника долго оставаться без отклика с его стороны. Даже если нечего сказать по существу, следует время от времени вставлять в нее короткие реплики, означающие согласие и понимание, например: «так», «хорошо», «вот как», «продолжайте», «да, понимаю», «ага», «м-мм» и т.д. Этот несложный прием известен среди психологов как «угу-реакция». В форме развернутой речи эти высказывания означали бы: «Продолжайте, я не отвлекаюсь, я внимательно Вас слушаю». Обычно они побуждают человека продолжать повествование и вызывают у него чувство признательности за проявленный интерес и сочувствие. Иногда для этих же целей успешно используется повторение нескольких последних сказанных собеседником слов, с утвердительной или полувопросительной интонацией. Этот прием хорошо срабатывает, если собеседник слишком мало говорит, и требуется побудить его активнее высказываться.

Время от времени следует обобщать и перефразировать высказывания собеседника, делая их короче, конкретнее и яснее; при этом лучше повторять суть того, что говорит пациент, в форме утверждения. Сам пациент или его родственник при этом убеждаются, что их внимательно выслушивают и активно стремятся понять. Не менее важно и то, что «возвращение» говорящему его мыслей и чувств в сжатом виде и другими словами помогает ему самому лучше разобраться в собственных идеях, установках, сомнениях, страхах, а иногда и вообще понять, что он хотел сказать. Это хороший способ проверить, правильно ли врач сам понял говорящего. Обобщающие фразы в этом случае удобно строить, начиная их словами: «Если я Вас правильно понимаю, то...», «Верно ли я услышал, что...», «Правильно ли я поняла, что Вам...» и т.п. Закончив такую фразу, следует сделать паузу и выслушать ответ собеседника — не исключено, что он направит беседу совсем в другое русло. Это базовая коммуникативная техника, позволяющая врачу вместе с пациентом понять его чувства и мысли, обобщить его высказывания, подвести им итог и получить подтверждение.

Таким образом, очень кратко суть техники активного слушания можно передать следующим тезисом: «Внимательно слушай и помогай говорить». Активное слушание позволяет показать пациенту и его родственникам, что ими действительно заинтересованы, что их стремятся понять. Это помогает им раскрываться и более свободно обсуждать с врачом наболевшие вопросы, например, о течении болезни, об изменениях в жизни семьи, об опасениях, что лечение не подействует или что больной не сумеет выдержать назначенный режим. Отражающее слушание дает возможность проверить, совпадает ли понимание врача с тем, что сказал или что подразумевал его собеседник. При этом подчеркивается уважение к праву семьи больного делать собственный выбор. Демонстрируя партнерскую позицию, врач легче расположит к себе пациента и повысит шансы на возникновение эффективного комплаенса.

Если врач не пользуется отражающим слушанием, а напротив, дает понять, что он — единственный, кого сейчас имеет смысл слушать, навязывает свое руководство, то он создает барьеры, разрушающие взаимоотношения между ним и пользователем его помощи. В беседе важно придерживаться верного «партнерского» тона и сохранять достаточную степень собственной нейтральности, что часто бывает непросто для специалиста. Задача врача заключается не в том, чтобы принудить больного или члена его семьи к выполнению своих рекомендаций, а в том, чтобы дать им информацию, высказать свое мнение, показать убежденность в своей правоте и выразить готовность поддержать их в выполнении назначений.

Оказание эмоциональной поддержки пациенту

На протяжении долгого времени преобладало мнение, что важной составляющей врачебного профессионализма является умение не вовлекаться в эмоциональный контакт с пациентом. Такая позиция формировалась и продолжает формироваться у будущих медиков, начиная с институтской скамьи. Позже, в ходе практической деятельности, она закрепляется в результате взаимодействия молодого специалиста со старшими коллегами. Те очень часто бывают убеждены, что авторитет врача основан на

его эмоциональной отстраненности от пациентов, а проявление каких-либо эмоций в ходе общения способно серьезно пошатнуть его. Держать себя подобным образом нередко рекомендуют и в качестве способа защиты от эмоционального выгорания. Однако исследования последних десятилетий показали ошибочность такой позиции. Зачастую умение врача «держат лицо» при столкновении с эмоциями пациентов считается ими как равнодушие и безразличие к ним и их проблемам. Большинство пациентов высоко ценит проявление врачом сопереживания и оказание им эмоциональной поддержки, это способствует росту доверия к врачу и готовности следовать его советам. Кроме того, постоянные усилия по сдерживанию и маскировке естественных человеческих чувств могут сами по себе выступать факторами эмоционального выгорания для врача [6; 8].

Важную роль при осуществлении эмоциональной поддержки больному играет техника активного слушания, описанная выше. Постановка открытых вопросов и внимательное выслушивание ответов также являются демонстрацией внимания, уважения и признания ценности личности говорящего. Для формирования у пациента положительного самоотношения и более активной партнерской позиции существуют еще несколько несложных техник: **похвала, подбадривание, легитимация чувств.**

Похвала является мощным средством воздействия на практически любого человека. Она способна расположить пациента к врачу, снять его опасения по поводу предполагаемого высокомерия или недоброжелательности по отношению к нему, она рождает чувство признательности и желание сделать что-нибудь доброе в ответ. Похвалить человека можно за многое. Можно мимоходом сделать комплимент его внешности, манере одеваться или держаться. Можно похвалить за проявления характера или определенные умения. Очень естественно выглядит похвала за успехи. Особенно ценно, если врач сумеет заметить и подчеркнуть в действиях пациента то положительное, что ему самому казалось незначительным, или то, что он сделал впервые. Например, можно сказать постоянно опаздывающему на прием пациенту: «Как хорошо, что Вы сегодня смогли прийти вовремя!», а пациентке с депрессией, рассказавшей, что она сегодня сама приготовила еду: «Я считаю, вы большая молодец, что осилили это!».

Успокоить, поддержать и подбодрить пациента можно вербальными и невербальными способами. К невербальным относятся улыбка, мягкий, доброжелательный тон голоса, кивки, небольшие паузы в речи. Вербально поддержку выразить можно при помощи фраз: «Хорошо», «Не волнуйтесь из-за этого», «Вы правы», «Вы поступили правильно», «Я хорошо Вас понимаю», «Расскажите поподробнее» и др. Подкрепляя и одобряя позитивные моменты в поведении больного, врач может существенно поддержать его в ходе терапии. Например, он может похвалить его за смелость, благодаря которой тот обратился за помощью, и одобрить этот поступок, или за откровенность, с которой он рассказал о допущенных им нарушениях режима. Врач создает атмосферу психологической поддержки, когда демонстрирует свое понимание эмоций, мыслей и поступков пациента; уважительно относится к его переживаниям и опыту, какими бы они ни были; выражает твердую уверенность в ценности его жизни и здоровья. Поощрение и поддержка позволяют развить и укрепить у больного самостоятельность и уверенность в собственных силах.

Термин **«легитимация»** происходит от латинского слова *legitimum*, что означает «законный», «правомерный», «пристойный». При помощи приема легитимации можно дать понять говорящему, что его чувства и поступки не носят исключительного характера, а напротив, свойственны большинству людей, попавших в сходные тяжелые обстоятельства. Указав на это, можно облегчить чрезмерно интенсивные переживания тревоги, стыда, вины и как бы дать оправдание, частично «простить» пациенту то, в чем он склонен себя обвинять. Важно сделать акцент на том, что это явление широко распространено. Для этого используются примерно такие фразы: «Каждый иногда испытывает что-то подобное», «Многие люди время от времени чувствуют себя беспомощными», «В такой ситуации любой ошибется» и т.д.

Преодоление сопротивления без конфронтации

Выстраивая партнерские отношения с пациентом или его родственником, специалист должен быть готов к свободному выражению ими несогласия с его точкой зрения [7; 8; 13]. Разногласия между врачом и пользователем помощи естественны, так как они обусловлены разницей их позиций в ситуации терапевтического взаимодействия. Однако врач обязан следить за тем, чтобы эти различия не перешли в противостояние и не повлияли на успешность оказания помощи.

Сопротивление больного проявляется в разных поведенческих формах. Он может вступать в открытый спор с врачом, перебивать его, игнорировать его слова, не отвечать на заданные вопросы, отрицать факты или возможности изменений в лучшую сторону. Он может демонстрировать во время врачебного приема злость, раздражение, пессимизм или несерьезное отношение к общению с врачом. Прежде всего, не следует рассматривать сопротивление как «плохое поведение», направленное против врача лично. Важно понимать, что оно часто бывает обусловлено тревогой и неготовностью пациента или его близких к изменениям. Однако необходимо вовремя распознать поведение сопротивления, чтобы адекватно изменить тактику ведения беседы. Верным индикатором здесь могут выступить собственные чувства того, кому сопротивляются, — его раздражение, злость, растерянность, обида. Они, как правило, возникают в ответ не только на открытое, но даже на замаскированное сопротивление собеседника [2]. Однако, чтобы уметь отследить их у себя, требуется определенный навык, приходящий в результате многократного анализа собственных чувств после встреч с пациентами. Если в ходе беседы врач отмечает появление у себя негативных эмоций по отношению к больному или же он наблюдает его явное поведение сопротивления, то специалисту следует заключить: пациент не разделяет его взгляда на ситуацию и пытается защитить свою точку зрения.

Весьма распространенной ошибкой в этой ситуации является слишком быстрый переход к переубеждению пациента, что нередко бывает чревато потенциальным конфликтом и отказом последнего от дальнейшего взаимодействия. Врач, разумеется, не должен соглашаться с явно ошибочным мнением пациента, однако это не означает, что он обязан немедленно начать его переубеждать. Более верной тактикой признается принимающее реагирование.

Принимающее реагирование. Суть приема заключается в максимальном смягчении выражения несогласия с собеседником путем согласия с частью его высказывания или с эмоциональной реакцией. Не соглашаясь с позицией или мнением целиком, можно выразить принятие чувств, сопровождающих умозаключение пациента. При этом весь ответ принимает форму не возражения, а согласия с собеседником. Например, фраза может быть построена так: «Да, я понимаю, Вы боитесь возможных последствий...» или «Я вижу, проблема привыкания к лекарству Вас очень волнует...». После такой фразы следует сделать паузу, предоставив собеседнику возможность продолжить диалог. Чтобы ее заполнить, он, возможно, будет развивать свою точку зрения еще более эмоционально. Такая реакция свидетельствует о том, что он еще не готов выслушать другое мнение. Либо, почувствовав себя принятым, он смягчит сопротивление, проявит интерес к аргументам врача и так или иначе выразит готовность их выслушать.

Нейтральность врача. Нередко врач сам провоцирует сопротивление, слишком явно навязывая пациенту свои ценности, стереотипы или определенный стиль общения. Для человека, лишённого свободы выбора, совершенно естественно начать протестовать. Чтобы этого не случилось, следует избегать директивности в построении высказываний и не использовать конфронтационный стиль ведения беседы. Вместо форм указания, распоряжения или совета лучше использовать время от времени речевые конструкции с акцентом на возможности выбора: «Не думали ли Вы о том, чтобы...», «Как Вы отнесетесь, если...», «Как Вы смотрите на...» и т.п. Кроме того, при появлении

сопротивления пациента можно подавать свою точку зрения как не относящуюся именно к нему, а существующую «вообще»: «Обычно бывает так, что...», «Мне часто приходилось видеть, как...».

Обсуждение разногласий. Если есть такая возможность, лучше позволить пациенту свободно выражать и обсуждать его сомнения и опасения по поводу приема лекарств, возможной стигматизации, изменения образа жизни семьи и по другим сложным аспектам заболевания. У части больных никогда не было такой возможности, а их представления о заболевании и лечении часто носят запутанный и противоречивый характер. При этом прямое убеждение не является эффективным методом разрешения сомнений, обычно оно увеличивает сопротивление и снижает вероятность изменений в верном направлении. Предоставив пациенту возможность проговорить свои доводы, иногда — неоднократно, врач без применения давления сможет направить больного к принятию приемлемого решения.

Ограничение использования в беседе профессиональной лексики

О том, что разговаривать с пациентом нужно на понятном ему языке, знают, без сомнения, все врачи. Однако на практике отступления от этого правила наблюдаются весьма часто. Полученные от больных и их родственников отзывы показали, что лишь 60 процентов психиатров отвечали на все их вопросы доступным языком. Это означает, что остальные 40 процентов докторов говорили, но остались непонятыми (или не до конца понятыми) своими пациентами [12]. Употребление в беседе неизвестных или неправильно понимаемых терминов приводит, в лучшем случае, к дистанцированию слушателя от говорящего. В худшем же — к произвольной интерпретации им смысла сказанного, додумыванию и произвольному истолкованию информации, как правило — в направлении усиления собственных страхов.

Освобождение речи от профессиональных слов и выражений является не такой уж легкой задачей и требует тренировки. Язык врачей изобилует терминами, которые столь часто употребляются в кругу коллег, что становятся частью их обыденной разговорной речи. Для приближения речи врача к пониманию ее неспециалистом можно проделать следующее упражнение: пронаблюдав за собой, выписать медицинские термины и обороты речи, которые употребляются не к месту — в обыденной речи или в разговоре с пациентами (можно также попросить об этом своих домашних, коллег или же воспользоваться записывающим устройством); подобрать и записать их «перевод» на язык, понятный любому человеку; несколько раз повторить мысленно и вслух полученные пары слов и выражений; если есть возможность, иметь под рукой этот список во время приема — так, чтобы можно было быстро на него взглянуть и помочь себе найти нужное выражение; повторять это упражнение в течение некоторого времени (несколько дней или недель), добавляя новые пары слов по необходимости.

Чтобы речь врача не воспринималась как что-то чуждое и непонятное, рекомендуется также не использовать в ней излишне сложные речевые конструкции. Желательным является приближение стиля высказываний врача к особенностям речи больного. И если пациент обозначает какое-либо явление или переживание не совсем подходящим, с точки зрения врача, словом, то обычно бывает легче принять это обозначение и пользоваться в разговоре им, нежели объяснять собеседнику, почему это неправильно, и тем более, пытаться переучивать его [2; 10].

Приемы предоставления информации

Способ подачи врачом информации о болезни и лечении может оказать решающее влияние на то, последует ли пациент его рекомендациям. Понимание и запоминание пациентом данных врачом разъяснений и рекомендаций — фактор, играющий огромную роль в формировании приверженности лечению и его эффективности.

Существует много проблем, связанных с тем, как врачи сообщают информацию пациентам. Она может быть перенасыщена медицинскими терминами и непонятна больному. Информации может оказаться слишком много, что затруднит ее запоминание, или слишком мало, что повлияет на ее понимание. Она может оказаться не той, которую готов услышать и принять пациент. Например, при первых обсуждениях поставленного диагноза больной, возможно, наиболее нуждается в получении информации о причинах и прогнозе заболевания, в то время как врач начинает говорить о лечении. В этом случае полученные рекомендации с большой долей вероятности окажутся вне фокуса внимания больного, он их не запомнит и не выполнит.

Подача информации небольшими порциями с паузами между ними. В англоязычной литературе этот прием обозначается термином «chunk and check», что можно перевести как «измельчай и проверяй» [14]. Паузы, сделанные между каждыми двумя-тремя предложениями, позволяют пациенту отреагировать на сказанное, а врачу — увидеть эту реакцию. Она может быть вербальной, например, в форме прямого или косвенного вопроса, развернутого высказывания — нейтрального или выражающего протест и опасение, отдельного слова или междометия. Практически всегда можно наблюдать невербальную реакцию пациента на сообщения. Это может быть выражение посредством мимики или позы различных эмоциональных состояний — заинтересованности, страха, сомнения, несогласия, замешательства; больной может отвести взгляд в сторону или, наоборот, остановить его на лице врача, с тревогой или надеждой посмотреть ему в глаза; его руки и ноги могут вдруг начать двигаться и т.д. В некоторых случаях уместно задать пациенту прямой вопрос о его отношении к сказанному, например: «Что Вы об этом думаете?». Учет вербальных и невербальных ответов больного в паузах между разъяснениями дает возможность изменять их содержание в соответствии с возможностями понимания и восприятия информации пациентом. Навык разбиения информации на порции и отслеживания реакции на них позволяет врачу дать пациенту именно ту информацию, которая ему нужна, и в том объеме, в котором он сможет ее усвоить. При этом силы и время не затрачиваются на сообщение того, что пациента не интересует и что он все равно не запомнит.

Благодаря приему разбиения процесс разъяснения превращается из монолога врача в его диалог с пациентом, что способствует установлению партнерских отношений и повышению уровня комплаенса. Безусловно, такой стиль подачи информации требует от врача большего напряжения и собранности, нежели простой монолог, т. к. после нескольких реплик ему нужно быть готовым воспринять реакцию пациента и, если нужно, изменить направление беседы, сохранив при этом ее общую цель. Ведь в конце концов, в той или иной форме пациент должен услышать не только то, что он хочет, но и все то, что врачу необходимо ему сообщить.

Ограничение общего количества информации. Следует иметь в виду, что сказанное о болезни и лечении может восприниматься пациентом с трудом. Среди причин низкой восприимчивости пациента или его родственника к информации могут быть: ее новизна и неожиданность; вызванные ею негативные эмоции, запускающие защитные психологические механизмы отрицания и вытеснения; имеющиеся у больного нарушения внимания и памяти и др. Поэтому в рамках одного приема лучше ограничиться сообщением небольшого объема сведений, по возможности, логически связанных между собой общей темой беседы. Кроме того, не следует спешить давать больному или члену его семьи советы, как действовать, если они еще не решили, будут ли они вообще что-либо делать, и им еще нужно время на обдумывание ситуации.

Достаточно очевидными и простыми в применении являются приемы **повторения** уже сказанного ранее и **фиксации** ключевых моментов беседы в форме кратких записей для пациента. Тем не менее, они заслуживают напоминания о себе именно в силу своей простоты, естественности и при этом — высокой действенности [15].

Заключение

Представленные коммуникативные техники могут быть рекомендованы медицинским работникам в качестве методик для их самообразования и профессионального саморазвития в целях повышения компетентности в общении и взаимодействии с пациентами или членами их семей. Они также будут полезны студентам-медикам и начинающим специалистам. Особенно имеет смысл обратить на них внимание при низком уровне выполнения больными назначений врача, вне зависимости от всего комплекса вызвавших его причин. Владение практическими навыками в области профессионального общения способно сыграть существенную положительную роль в формировании терапевтического комплаенса, повышении эффективности медицинской помощи в целом, а также предотвращении развития явлений эмоционального выгорания и профессиональной деформации у медицинских работников.

Литература

1. Аведисова А.С. Проблемы длительной терапии хронических заболеваний: комплаенс – отказ от терапии – мотивация к лечению // Эффективная фармакотерапия. – 2012. – № 48. – С. 64–69.
2. Алешина Ю.Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование: практ. пособие. – 2-е изд. – М.: Класс, 1999. – 208 с.
3. Белоглазова А.М., Дюргерова М.М. Тренинг навыков взаимодействия с пациентом как средство повышения эффективности профессиональной деятельности врача-стоматолога // Клиническая психология в здравоохранении и образовании. Сборник материалов всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – М., 2011. – С. 287–291.
4. Гиппенрейтер Ю.Б. Чудеса активного слушания. – М.: АСТ, 2017. – 192 с.
5. Евтихов О.В. Практика психологического тренинга. – СПб.: Речь, 2004. – 256 с.
6. Колягин В.В. Коммуникации в медицине. Основы транзактного анализа: пособие для врачей. – Иркутск: Иркут. гос. мед. академ. последип. образ. – 2012. – 60 с.
7. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования / пер. с лит. – М.: Акад. проект, 1999. – 240 с.
8. Менделевич В.Д. Психология лечебного взаимодействия // Клиническая и медицинская психология. Глава 6. – М.: Медпресс-информ, 2008. – С. 213–229.
9. Петровская Л.А. Компетентность в общении: социально-психологический тренинг. – М.: Моск. гос. университет, 1989. – 216 с.
10. Сидоренко Е.В. Тренинг коммуникативной компетентности в деловом взаимодействии. – СПб.: Речь, 2008. – 208 с.
11. Сидорова Н.В., Шеметова Г.Н., Губанова Г.В. Значение коммуникативных компетенций при подготовке врача общей практики // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2017. – Т. 13, № 3. – С. 560–563.
12. Солохина Т.А. Качество психиатрической помощи (организационные и экономические аспекты): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2003.
13. Тобиас Л. Психологическое консультирование и менеджмент: Взгляд клинициста / пер. с англ. – М.: Класс, 2003. – 160 с.
14. Chunk and check // The Health Literacy Place [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.healthliteracyplace.org.uk/tools-and-techniques/techniques/> (дата обращения: 23.05.2018).
15. The Center for Healthcare Communication [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.communicatingwithpatients.com> (дата обращения: 23.05.2018).

Communicative techniques to improve patient compliance in doctor practice

Trushkina S.V.¹

E-mail: trushkinasv@gmail.com

¹ Scientific Center of Mental Health

34 Kashirskoye shosse, Moscow, 115522, Russia

Phone: 8 (495) 109-03-93

Abstract

Communicative competence of a doctor is an important factor influencing the formation of a partnership style of relations with the patient and, as a result, increases the involvement of the patient in the treatment process and responsibility if he follows medical recommendations. The lecture examined some communication techniques that are quite well developed in the psychology of professional communication: the technique of active listening, techniques for providing emotional support to the patient or his family, the skills of constructively overcoming the resistance of the interlocutor, the ability to restrict the use of professional vocabulary in conversation and effectively provide the necessary information.

The technique of active listening is a basic, universal skill of conducting professional conversation. It includes verbal and non-verbal skills and is aimed at creating the interlocutor's confidence that they listen to him attentively, seek to understand, are interested in his opinion, have a feeling of respect and interest in solving his problems. The techniques developed to achieve these goals are described: "yep-reaction", repetition, generalization, paraphrasing. As a way of providing emotional support to the patient, the techniques of complimenting, encouraging and legitimizing negative feelings are considered. Attention is paid to the description of the patient's resistance behavior and recommendations are given for recognizing him and avoiding confrontation with the patient by receiving a response, observing the physician's position of neutrality and the ability to discuss disagreements. A self-teaching technique for freeing the doctor's speech in a conversation with the patient from professional terms and expressions that are not clear to him is described. The ways of giving the doctor information about the disease and treatment are considered. It was emphasized that the patient's understanding and memorization of the patient's explanations and recommendations play a huge role in shaping the patient's adherence to treatment and, in general, the effectiveness of medical care. A method of presenting the information "chunk and check" ("grind and check"), widely reported and recommended in foreign manuals on professional communication in medicine, as well as techniques for limiting a single amount of information, repeating what was said and writing information, is described.

Possession of practical skills in the field of professional communication can play a significant positive role in the formation of therapeutic compliance, improving the effectiveness of medical care in general, as well as preventing the development of the effects of emotional burnout and professional deformation among medical workers.

Key words: professional communication; communication techniques; active listening; chunk and check; doctor's neutrality; ways of presenting information.

For citation

Trushkina S.V. Communicative techniques to improve patient compliance in doctor practice. *Med. psihol. Ross.*, 2018, vol. 10, no. 5, p. 6. doi: 10.24411/2219-8245-2018-15060 [in Russian, abstract in English].