



**ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ  
ПРОФИЛАКТИКИ  
КОГБУЗ «МИАЦ»**

---

**Особенности проведения  
профилактического консультирования  
по факторам риска  
с учетом психологических особенностей  
личности пациента**

(учебно-методическое пособие)

Киров, 2019

**Особенности проведения профилактического консультирования  
по факторам риска с учетом психологических особенностей  
личности пациента:  
учебно-методическое пособие для медицинских работников**

**Автор-составитель:** М.И. Кузьминых, психолог Центра медицинской профилактики КОГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр».

Учебно-методическое пособие предназначено для медицинских работников, участвующих в проведении профилактического консультирования, а также для специалистов системы здравоохранения, кто хочет повысить коммуникативную эффективность в диалоге с пациентом. В пособии рассмотрены вопросы мотивационного компонента профилактического консультирования.

## Содержание

Введение .....	4
1. Профилактическое консультирование: общие положения .....	5
2. Азбука эффективного профилактического консультирования .....	11
2.1. Особенности диалога «врач – пациент» .....	11
2.2. Мотивационное интервью .....	17
2.3 Типология пациентов .....	24
Литература .....	35

## Введение

*Во второй половине XX века произошло принципиальное изменение основных причин смерти – на первый план вышли хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ), к которым относятся болезни системы кровообращения, онкологические и хронические бронхолегочные заболевания, а также сахарный диабет. Эти заболевания обуславливают 75% всей инвалидности и смертности населения нашей страны.*

Доказано, что в основе развития неинфекционных заболеваний лежит единая группа **факторов риска**. Большая часть факторов риска связана с нездоровым образом жизни: **курение, злоупотребление алкоголем, низкая физическая активность, нерациональное питание, а также высокий уровень артериального давления, избыточный вес и/или ожирение, высокий уровень холестерина и сахара крови, хронический стресс**. Важно, что на эти факторы риска мы можем повлиять! Другие факторы риска – пол, возраст, наследственность, окружающая среда – тоже вносят свой вклад в развитие неинфекционных заболеваний, но на них мы повлиять не можем.

**Фактор риска** – признак, предшествующий заболеванию, имеющий с ним устойчивую вероятностную связь, достаточную для прогнозирования развития заболевания. Распространенность данных факторов в популяции крайне высока. Факторы риска могут накапливаться у человека и взаимодействовать друг с другом, создавая множественный эффект, многократно увеличивая риск развития заболеваний и смертельных исходов. Концепция факторов риска сегодня стала научной основой профилактики, без которой невозможно достичь увеличения продолжительности и качества жизни любого из нас. Опыт большого числа стран мира показал, что воздействия в течение 10 лет, направленные на снижение распространенности указанных факторов риска, обуславливают основной вклад в снижение смертности от ХНИЗ.

**Профилактическое консультирование** является важнейшей технологией профилактики ХНИЗ и коррекции факторов риска их развития, в связи с чем профилактическое консультирование включено в качестве обязательного компонента в программу профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения.

Профилактический медицинский осмотр и диспансеризация взрослого населения проводятся путем углубленного обследования состояния здоровья граждан в целях раннего выявления ХНИЗ, являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения РФ, факторов риска их развития. Кроме того, диспансеризация является важным механизмом повышения приверженности взрослого населения к здоровому образу жизни, в связи с чем каждый гражданин, прошедший диспансеризацию, должен получить конкретные советы по здоровому образу жизни и, при необходимости, лечебные назначения в зависимости от его показателей здоровья (данных анкетирования, клинических, лабораторно-инструментальных исследований).

# 1. ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ: ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

*Профилактическое консультирование – это процесс информирования, мотивирования и обучения пациента для повышения его приверженности\* к выполнению врачебных назначений и формированию поведенческих навыков, способствующих снижению риска заболевания (при отсутствии заболеваний) и осложнений заболеваний (при их наличии).*

Профилактическое консультирование должно носить адресный характер. Эти особенности принципиально отличают процесс профилактического консультирования от методов санитарного просвещения.

Профилактическое консультирование – это правильно построенная беседа с пациентом (разной продолжительности) с элементами *эмпатии* (сопереживания, понимания проблем пациента), основанная на фактических данных данного конкретного пациента. Цель – бесконфликтно побуждать пациента задуматься об изменении поведения, мотивировать к планированию конкретных шагов. Сотрудничество должно быть направлено не на то, чтобы бороться, а на то, чтобы мотивировать человека принять решение к важным *именно для него* изменениям.

*\*Приверженность – полнота и точность выполнения медикаментозных и немедикаментозных врачебных назначений.*

## Цель профилактического консультирования при любом факторе риска или их сочетании:

- сформировать у пациента **ответственное отношение к здоровью**;
- способствовать формированию **мотивации** к оздоровлению поведенческих привычек, негативно влияющих на здоровье, на развитие биологических факторов риска, ухудшающих течение и прогноз заболеваний (при их наличии);
- обучить пациента **контролю факторов риска** для снижения риска неинфекционных заболеваний.

**Диагностические критерии факторов риска  
и других патологических состояний и заболеваний,  
повышающих вероятность развития  
хронических неинфекционных заболеваний**

► **Повышенный уровень артериального давления** – систолическое артериальное давление равно или выше 140 мм рт.ст., диастолическое артериальное давление равно или выше 90 мм рт.ст. либо проведение гипотензивной терапии. К числу граждан, имеющих данный фактор риска, относятся граждане, имеющие гипертоническую болезнь или симптоматические артериальные гипертензии (кодируется по МКБ-10\* кодами I10-I15), а также граждане с повышенным артериальным давлением при отсутствии диагноза гипертонической болезни или симптоматической артериальной гипертензии (кодируется по МКБ-10 кодом R03.0).

► **Гиперхолестеринемия** – уровень общего холестерина 5 ммоль/л и более (кодируется по МКБ-10 кодом E78).

► **Гипергликемия** – уровень глюкозы плазмы натощак 6,1 ммоль/л и более (кодируется по МКБ-10 кодом R73.9) либо наличие сахарного диабета, в том числе в случае, если в результате эффективной терапии достигнута нормогликемия.

► **Курение табака** – ежедневное выкуривание по крайней мере одной сигареты и более (кодируется по МКБ-10 кодом Z72.0).

► **Нерациональное питание** – избыточное по калорийности потребление пищи, избыточное (без ограничений) потребление насыщенных жиров (сливочного масла, животных жиров), простых сахаров (сахар, мед, сладости, подслащенные соки и другие напитки), пищевой соли более 5 граммов в сутки (досаливание приготовленной пищи, частое употребление солений, консервов, колбасных изделий), недостаточное потребление фруктов и овощей (менее 400 граммов или менее 4-6 порций в сутки), морской рыбы и морепродуктов (менее 2-3 порций в неделю). Определяется с помощью опроса (анкетирования) (кодируется по МКБ-10 кодом Z72.4).

► **Избыточная масса тела** – индекс массы тела 25-29,9 кг/м<sup>2</sup> (кодируется по МКБ-10 кодом R63.5).

► **Ожирение** – индекс массы тела 30 кг/м<sup>2</sup> и более (кодируется по МКБ-10 кодом E66).

► **Низкая физическая активность** – ходьба в умеренном или быстром темпе менее 30 минут в день (кодируется по МКБ-10 кодом Z72.3)

► **Риск пагубного потребления алкоголя** (кодируется по МКБ-10 кодом Z72.1) и риск потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача (кодируется по МКБ-10 кодом Z72.2) определяются с помощью опроса (анкетирования).

► **Отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям** определяется при наличии инфаркта миокарда (кодируется по МКБ-10

кодом Z82.4) и (или) мозгового инсульта (кодируется по МКБ-10 кодом Z82.3) у близких родственников (матери или родных сестер в возрасте до 65 лет или у отца, родных братьев в возрасте до 55 лет).

► **Отягощенная наследственность по злокачественным новообразованиям** (кодируется по МКБ-10 кодом Z80): колоректальной области – наличие злокачественных новообразований колоректальной области и/или семейного аденоматоза у близких родственников в молодом или среднем возрасте или в нескольких поколениях; других локализаций – наличие злокачественных новообразований у близких родственников в молодом или среднем возрасте, или в нескольких поколениях.

► **Отягощенная наследственность по хроническим болезням нижних дыхательных путей** – наличие у близких родственников в молодом или среднем возрасте (кодируется по МКБ-10 кодом Z 82.5).

► **Отягощенная наследственность по сахарному диабету** – наличие у близких родственников в молодом или среднем возрасте (кодируется по МКБ-10 кодом Z83.3).

► **Абсолютный сердечно-сосудистый риск** устанавливается у граждан в возрасте от 40 до 64 лет при отсутствии у гражданина выявленных заболеваний, связанных с атеросклерозом, при этом высокому сердечно-сосудистому риску соответствуют значения от 5% до 10%, установленные по шкале SCORE, очень высокому – 10% и более. У граждан в возрасте 65 лет и/или у граждан, имеющих сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет второго типа и/или хроническое заболевание почек, уровень абсолютного сердечно-сосудистого риска является очень высоким и по шкале SCORE не рассчитывается.

► **Относительный сердечно-сосудистый риск** устанавливается по дополнительной шкале SCORE у граждан в возрасте от 18 до 39 лет включительно, при этом высокому относительному сердечно-сосудистому риску соответствует значение более 1.

► **Старческая астения** (кодируется по МКБ-10 кодом R54) – ассоциированный с возрастом синдром, основными клиническими проявлениями которого являются медлительность и/или непреднамеренная потеря веса, общая слабость. Включает более 85 различных гериатрических синдромов, основными из которых являются синдром падений, мальнутриции (недостаточности питания), саркопении (уменьшение массы мышечной ткани и мышечной силы), недержания мочи, сенсорные дефициты, когнитивные нарушения, депрессия. Определяется в рамках профилактического медицинского осмотра с помощью анкетирования у граждан 65 лет и старше, включающего вопросник «Возраст не помеха».

**Достижению цели профилактического консультирования способствует принцип единства трех составляющих:**

- **информирование пациента об имеющихся у него факторах риска ХНИЗ**, методах их самоконтроля, необходимости выполнения рекомендаций по оздоровлению поведенческих привычек, влияющих на риск заболевания и других врачебных назначений (предоставление информации о неотложных мерах само- и взаимопомощи, вызове неотложной медицинской помощи при возникновении жизнеугрожающих состояний);
- **мотивирование пациента к принятию с его стороны активных действий по отказу от вредных привычек**, оздоровлению образа жизни и соблюдению врачебных рекомендаций;
- **обучение пациента практическим навыкам оздоровления поведенческих привычек и стереотипов** (здорового питания, физической активности, отказа от вредных поведенческих привычек и т.п.).

Исходя из сказанного, эффективное профилактическое консультирование следует рассматривать как *правильно построенную беседу с пациентом* разной продолжительности, основанную на показателях его личного здоровья – выявленных при обследовании заболеваниях, патологических состояниях и факторах риска.

Эффективное консультирование основано на эмпатии, позитивных партнерских отношениях с пациентом, что способствует бесконфликтности и конструктивности принятия совместных – врача и пациента – планов и решений. Партнерские отношения формируются в ходе диалога с пациентом без элементов назиданий и попыток заставить или сломить его установки и сделать что-то, чего он не готов делать. Приветствуется беседа с использованием недирективных советов и активных форм их обсуждения с пациентом, что важно при обучении взрослых. По результатам профилактического консультирования желательно, чтобы каждый пациент получил памятку по здоровому образу жизни или по коррекции выявленного у него фактора риска.

**Основные формы профилактического консультирования:**

- ▶ **РАЗЪЯСНЕНИЕ** пациентам с факторами риска ХНИЗ мер по их снижению;
- ▶ **КРАТКОЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЕ** профилактическое консультирование;
- ▶ **ИНДИВИДУАЛЬНОЕ УГЛУБЛЕННОЕ** профилактическое консультирование;
- ▶ **ГРУППОВОЕ УГЛУБЛЕННОЕ** профилактическое консультирование.

**Таблица 1. Характеристика ключевых составляющих методологии отдельных видов профилактического консультирования**

<b>Вид профилактического консультирования</b>	<b>Ключевые составляющие методологии</b>
<b>РАЗЪЯСНЕНИЕ</b> (3-5 минут)	Адресное информирование, совет.
<b>КРАТКОЕ индивидуальное</b> (5-7 минут)	Адресное информирование, совет.
<b>ИНДИВИДУАЛЬНОЕ УГЛУБЛЕННОЕ</b> (25-30 минут)	Адресное информирование, мотивирование, обучение.
<b>ГРУППОВОЕ УГЛУБЛЕННОЕ</b> (25-30 минут)	Информирование (адресное – при формировании однородных групп пациентов), мотивирование, эффективное обучение.

Таким образом, в полной мере реализовать все ключевые принципы эффективного профилактического консультирования возможно при проведении углубленного профилактического консультирования (индивидуального или группового), которые содержат как элементы информирования, так и мотивирования, и обучения пациента. Краткое консультирование носит преимущественно информационный характер.

Однако все виды консультирования должны быть адресными и максимально использовать показатели здоровья при даче советов, что важно для мотивирования пациентов и повышения их приверженности.

В основу любого вида профилактического консультирования *при отсутствии медицинских противопоказаний или особых ситуаций* положены рекомендации профессиональных сообществ и рекомендации ВОЗ по здоровому образу жизни и профилактике основных ХНИЗ, а при наличии ХНИЗ приводятся уточнения рекомендаций в зависимости от индивидуальных медицинских показаний и уровней факторов риска пациента.

Для проведения профилактического консультирования в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения рекомендуется использовать **методические рекомендации Министерства здравоохранения РФ, ФГБУ «НМИЦ профилактической медицины» Минздрава России «Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (Москва, от 22 октября 2019 года)**, рекомендации «Профилактика хронических неинфекционных заболеваний» под ред. Бойцова С.А., Чучалина А.Г. (Москва, 2013 год). Для повышения результативности профилактического консультирования рекомендуется устные советы и рекомендации дополнить письменными, для чего могут быть использованы памятки,

разработанные специалистами Министерства здравоохранения РФ, ФГБУ «НМИЦ профилактической медицины» Минздрава России, Центра медицинской профилактики Кировской области.

**Эффективная передача информации, способствующая формированию осознанного восприятия рекомендаций, определяется такими факторами, как:**

- **четкое разъяснение пациенту цели рекомендации/совета;**
- **умение задавать вопросы и выслушать пациента с повторным объяснением сути совета (при необходимости);**
- **исключение двусмысленности и употребления сложных медицинских терминов или сложных объяснений;**
- **проявление внимания к чувствам других людей и понимания их проблем;**
- **проявление открытости в диалоге;**
- **исключение стереотипов, осуждения и скорых суждений;**
- **конкретные адресные советы.**

Поскольку процесс снижения риска заболеваний затрагивает многие стороны образа жизни пациента в целом, это требует продолжительного времени и не может произойти в один момент, также может потребовать повторных визитов пациента. Об этом важно помнить и медицинскому работнику, и самому пациенту.

## 2. АЗБУКА ЭФФЕКТИВНОГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

### 2.1. Особенности диалога «врач – пациент» (фельдшер – пациент, медсестра – пациент)

Общение – сложный процесс установления и развития контактов между людьми и группами, порождаемый потребностями совместной деятельности и включающий в себя как минимум три различных процесса:

- ▶ **коммуникацию** – обмен информацией,
- ▶ **интеракцию** – обмен действиями
- ▶ **и перцепцию** – восприятие и понимание партнера.

Для повышения эффективности консультирования важно учитывать, что пациент воспринимает *не только то, ЧТО мы говорим*, но и *то, КАК мы говорим*. Специальные исследования показывают, что, *слушая собеседника, мы осознанно или неосознанно реагируем*:

- *вначале – на то, КТО говорит,*
- *потом – КАК говорит,*
- *а затем – ЧТО говорит!*

В процессе профилактического консультирования следует избегать наиболее частой ошибки – **информационной перегруженности, использования специальных медицинских терминов**, что, как правило, сопровождается непониманием и негативным отношением пациента.

Советы следует давать в четкой форме и обязательно интересоваться, как пациент понял тот или иной совет, особенно при обучении конкретным действиям – *принцип обратной связи*.

#### **Помните о том, что:**

- Даже если врач сказал что-то пациенту, *то это не значит, что пациент все услышал!*
- Если пациент все услышал, *то это не значит, что он все правильно понял!*
- Если пациент все правильно понял, *то это не значит, что он будет это выполнять!*

В профилактическом консультировании особенно важное значение имеют взаимоотношения, складывающиеся между консультантом (врач, фельдшер, медицинская сестра) и пациентом. *Роль пациента в профилактике заболеваний не*

может ограничиваться только подчинением врачебным предписаниям, он должен стать активным, ответственным участником профилактического процесса. Пациент должен понимать и принимать меру ответственности за собственное здоровье, понимать, что его здоровье во многом находится в его руках.

Врачу-консультанту следует помнить, что факторы риска поведенческого характера (курение, чрезмерное употребление алкоголя, нерациональное питание, гиподинамия) обычный человек, как правило, воспринимает как жизненные удовольствия: хорошо и вкусно поесть (избыточная масса тела/ожирение), возможность непринужденного общения (курение, алкоголь), отдохнуть (многочасовое сидение у телевизора), снятие стресса (алкоголь, обильная еда, курение) и т.д. Именно по этой причине традиционно даваемые советы по отказу от вредных привычек чаще всего не приводят к их выполнению, т.к. направлены на лишение удовольствия. Формирование партнерства между врачом и пациентом во время проведения консультирования требует со стороны врача определенных знаний и навыков.

**АЗБУКА** – это факторы эффективного профилактического консультирования, основанные на рекомендациях медицинских психологов, которые надо знать и уметь врачу, фельдшеру, медицинской сестре, участвующим в проведении профилактического консультирования, для достижения его результативности.

*Важно помнить, что желание пациента сотрудничать с консультантом, т.е. слушать и впоследствии выполнять назначения, советы и рекомендации, во многом зависит от первого впечатления пациента при встрече.*

**Из чего складывается первое впечатление:**

1. Организовано ли место для консультации, приятен ли внешний вид и поза консультанта?
2. Доброжелательно ли состоялось начало беседы?

**Вербальный путь передачи информации** – первые и последующие слова консультанта, т.е. информационное содержание диалога.

**Невербальный (внесловесный) путь передачи информации:**

- расстояние между консультантом и пациентом определяется самим пациентом (оно может варьироваться от полуметра до полутора метров и зависит от типа личности и личностного пространства (самоощущения) пациента);
- необходимо избегать длительного пристального взгляда в глаза пациента, при беседе время от времени стоит переводить взгляд в сторону;
- проявление эмпатии (сочувствие, принятие, понимание проблемы, сопереживание), что способствует доверительному диалогу;

- *жесты и поза консультанта должны следовать за жестами и позой пациента, как бы подстраиваясь к нему (отзеркаливание)*, что способствует чувству комфорта и безопасности пациента. Консультанту важно помнить, что слепое копирование – абсолютно точное повторение движений пациента или его позы – может быть воспринято пациентом, как передразнивание. Повторение жестов, позы и движений должно быть незначительным, как намек.

***Роль консультанта  
при установлении контакта:***

- внимательно слушать первые слова пациента, чтобы отвечать ему в том же темпе, с похожей интонацией и громкостью голоса;
- научиться управлять беседой;
- стремиться в начале беседы задавать вопросы открытого типа – требующие развернутого ответа;
- слушать внимательно, не перебивая, но при необходимости консультанту необходимо взять инициативу на себя, подводя пациента к главной цели консультации.

***Открытые и закрытые вопросы***

Грамотно сформулированные вопросы:

- помогают устанавливать и поддерживать контакт с пациентом;
- помогают вести разговор в заданном направлении;
- помогают определить мотивы и потребности собеседника;
- помогают преодолевать возражения.

***Открытые вопросы***

*Открытый вопрос предполагает развернутый ответ и позволяет получить довольно большой объем информации*, подобные вопросы нуждаются в объяснении, развитии. Открытые вопросы позволяют установить контакт, разговаривать с пациентом, получить много информации.

*Но! Большое количество открытых вопросов подряд может ощущаться, как допрос, поэтому лучше чередовать открытые и закрытые вопросы.*

Консультанту помогут такие слова, как: «почему», «кто», «как», «что», «где», «когда», «как Вы думаете», «давайте рассмотрим», «что может произойти, если...» и др.

*Закрытый вопрос предполагает односложный ответ: согласие, несогласие или даст небольшой объем информации.*

### Открытые вопросы:

- Почему Вы думаете, что настало время для изменений ...?
- Задумывались ли Вы когда-либо об отказе от...?
- Что происходит, как Вы себя чувствуете, когда Вы...?
- Чем это является для Вас? Как Вы к этому относитесь?
- Что изменится, если Вы...?
- Что Вам мешает именно сейчас начать изменения?

### ВЕРБАЛЬНЫЕ ПРИЕМЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА

Для установления вербального контакта консультанту важно **понять доминирующую систему восприятия информации, которая может быть:**

 <b>ВИЗУАЛЬНАЯ</b> (глаза – ведущий орган восприятия);	 <b>АУДИАЛЬНАЯ</b> (уши – ведущий орган восприятия информации)
 <b>КИНЕСТЕТИЧЕСКАЯ</b> (тело – ведущий орган восприятия информации)	 <b>ДИСКРЕТНАЯ</b> (аналитическая функция мозга – ведущий орган восприятия информации)

**В определении доминирующей системы восприятия информации помогут слова-маркеры, часто встречающиеся в речи.**

**ВИЗУАЛ** часто использует слова: посмотреть, видеть, ясно, перспектива, фокусировать, иллюстрировать, показывает, очевидно, явно, далеко, близко, четко, глядеть, ярко, туманно и т.п.

Пример диалога с пациентом, имеющим ведущую визуальную систему восприятия:

**Пациент:** «**Видите ли**, доктор, у меня нет очевидных проблем, которые бы меня беспокоили».

**Консультант:** «Хорошо, и все же давайте **рассмотрим** сложившуюся ситуацию. Результаты диспансеризации **ясно показывают** тревожную картину состояния Вашего здоровья».

**АУДИАЛ:** слышать, слушать, высказывать, говорить, акцент, гармонично, звучит, тишина, глухо, звонко, громко, монотонно, резонанс, сказать, молча и т.п.

Пример диалога с пациентом, имеющим ведущую аудиальную систему восприятия:

**Пациент:** «**Послушайте** доктор, у меня нет проблем, о которых стоило бы **говорить**».

**Консультант:** «Хорошо, и все же позвольте мне **высказать** свое мнение о сложившейся ситуации. Результаты диспансеризации **говорят** сами за себя. Состояние Вашего здоровья не совсем гармонично, и я хочу сделать на этом акцент».

**КИНЕСТЕТ:** ощутить, почувствовать, теплота, затронуть, коснуться, жарко, холодно, удобно, комфортно, неуютно гладко, мягко, жестко, колюче, зацепило и т.п.

Пример диалога с пациентом, имеющим ведущую кинестетическую систему восприятия:

**Пациент:** «Доктор, я **не чувствую** каких-то проблем, о которых стоило бы переживать».

**Консультант:** «Хорошо, располагайтесь поудобнее и давайте поговорим о сложившейся ситуации. Результаты диспансеризации **касаются** нарушений вашего здоровья. Состояние Вашего здоровья может сделать Вашу жизнь некомфортной».

**ДИСКРЕТНЫЙ:** понимать, вычислять, считать, знать, анализировать, доверять, в результате, в конце концов, в итоге, как следствие, по причине и т. п.

Пример диалога с пациентом, имеющим ведущую дискретную систему восприятия:

**Пациент:** «Понимаете, доктор, я **не считаю**, что у меня есть какие-то проблемы, которые стоило бы обсуждать».

**Консультант:** «Хорошо, давайте **проанализируем** сложившуюся ситуацию. Результаты обследования сигнализируют о другом, тревожном состоянии Вашего здоровья. **По этой причине** мы с Вами встретились здесь сегодня».

### ***Невербальные приемы ведения пациента (взаимодействие без использования слов):***

- ✓ **изменение тона голоса** на более убеждающий, уверенный, но доверительный;
- ✓ **изменение позы на открытую** (не скрещивать руки и ноги), тело чуть наклонено вперед, показывая заинтересованность в пациенте;
- ✓ **жесты руками должны быть плавные, сдержанные;**
- ✓ **следует избегать суетливости.**

Консультанту необходимо выстраивать беседу, ориентируясь на ведущую систему восприятия информации пациента и используя слова-маркеры.

**ДЛЯ ВИЗУАЛА:** показать много иллюстративного материала, цветного, с картинками, описать перспективу будущего «в красках».

**Пример:** «Давайте **рассмотрим** перспективы Вашего будущего. Если Вы ничего не будете менять в своей жизни, я **вижу** мрачную картину грядущих проблем со здоровьем. **Посмотрите** на этот плакат, где показаны здоровый и пораженный сосуды».

**ДЛЯ АУДИАЛА:** говорить четко, внятно, понятно. Использовать короткие предложения, при это быть подробным. Можно использовать музыку как фон.

**Пример:** «**Послушайте** мое мнение как специалиста. Возможно, Ваше решение **войдет в резонанс** с моими советами, и Вы **скажете** себе, что и как нужно будет сделать».

**ДЛЯ КИНЕСТЕТА:** предложить пациенту максимально комфортно расположиться, выбрать правильное освещение, следить за отсутствием неприятных запахов, учитывать температуру воздуха в кабинете. Предложить воды в ходе беседы или перед ее началом, спросить о настроении и самочувствии.

**Пример:** «Я **ощущаю** Ваше сопротивление разговору на эту тему, Вам **тяжело** мне довериться, но я надеюсь, вместе мы преодолеем сложности и сможем вернуть здоровье».

**ДЛЯ ДИСКРЕТНОГО:** оперировать фактами, цифрами, диаграммами, таблицами, ссылаться на авторитетные источники, опираться на логику изложения. В конце беседы дать с собой подборку информационных материалов.

**Пример:** «Давайте **порассуждаем** о причинах и следствиях недостаточно серьезного отношения к своему здоровью. **Проанализируйте этот график** Вашего артериального давления за прошедший период. **Его значения показывают** наличие проблемы и необходимость ее решения».

## **ВЫВОД**

<b>Рекомендуется</b>	<b>Не рекомендуется</b>
эмпатия, безусловное принятие, поддержка	осуждение
открытые вопросы	закрытые вопросы
отражение в диалоге эмоционального состояния пациента (отзеркаливание)	ярлыки
развитие сомнений и внутренних противоречий	конфронтация, морализирование
не ломать сопротивление пациента, а двигаться вместе с ним	угрожающие вопросы
побуждать пациента говорить о своей мотивации	навязывать мотивацию

## 2.2. Мотивационное интервью

При соблюдении трех составляющих профилактического консультирования на практике наибольшие сложности бывают с реализацией мотивационного компонента.

**Зачем определять стадию мотивации у пациента?** Только установив стадию мотивации, которую имеет человек, перед ним можно поставить реальную цель и достичь этой цели!

**Мотивация к изменениям – это побуждение и стремление, конкретные действия на пути к цели, а не просто желание.** Желание удовлетворить потребность, т.е. то, что Я ХОЧУ – это лишь половина, вторая часть – возможность удовлетворить потребность (ресурсы, навыки), т.е. то, что Я МОГУ. Именно потребность быть здоровым, активным, успешным, привлекательным при ее неудовлетворении и становится базой для формирования мотивации к изменениям образа жизни.

**Объект мотивации в рамках профилактического консультирования – изменение поведения (например, коррекция рациона), связанного с факторами риска, и контроль над ним, иногда полное прекращение, если речь идет о психоактивных веществах.**

*Принципы и навыки мотивационного консультирования позволяют побудить пациента задуматься об изменении его нездорового поведения, а далее – осознанно планировать и совершать эти изменения.*

Важно помнить, что мотивация может быть **внешней** и **внутренней**.

Человек проявляет **внутреннюю мотивацию** к выполнению задачи, если полагает, что у него есть выбор, и он самостоятельно принимает решение о выполнении данной задачи. Пациент с внутренней мотивацией считает, что будет компетентен и справится с задачей, если ценны ожидаемые результаты, т.е. удовлетворение его потребностей. Если содержание консультации способствует удовлетворению этих потребностей, то пациент находит консультацию полезной. В контексте консультирования это проявляется в виде желания участвовать в выполнении советов и рекомендаций консультанта. Внутренняя мотивация относится к эффективной мотивации и характерна для людей более образованных, настойчивых, творческих, с высокой самооценкой и чувством благополучия, а также с более активным вовлечением в окружающую обстановку.

**Внешней мотивацией** обладает пациент, который говорит, что кто-то или что-то принуждает действовать его соответствующим образом. Внешняя мотивация относится к менее эффективной мотивации.

*Важно во время беседы определить основные ожидания пациента относительно своего здоровья и жизни в целом, что является ведущей мотивацией к изменениям в области сохранения своего здоровья.*

## **Как определить, какая мотивация у пациента – внутренняя или внешняя?**

Задумайтесь. Считает ли пациент поставленную перед ним задачу ценной именно для себя? Ожидает ли пациент успеха в достижении целей улучшения своего здоровья?

1. Почему он хочет выполнить задачу (Я ХОЧУ)?
2. Находит ли он ресурсы для изменения: время, получение новых навыков (Я МОГУ)?
3. Почему именно сейчас он решил действовать (целеполагание)?
4. Во имя чего (смыслообразование)?

Именно в ходе мотивационного интервью создается благоприятная и дружественная атмосфера для откровенного разговора, в результате которой пациент чувствует себя комфортно, чтобы проанализировать и обсудить свое отношение к поведенческим факторам риска и негативным привычкам. Крайне важно, чтобы консультант не пытался подтолкнуть пациента в определенном направлении, т.к. это, скорее всего, встретит сопротивление, ведь пациент всегда имеет выбор.

*Более эффективно, когда консультант, задавая вопросы, создает противоречие между истинными потребностями пациента (здоровье, активность, независимость, здоровые дети, достаток, ресурсы для развития) и нездоровым образом жизни, который он ведет.*

Если у пациента уже имеются заболевания, также эффективно не давать готовые советы по изменению образа жизни, а связать имеющиеся факторы риска и неинфекционную патологию, тем самым подталкивая к формированию мотивации.

### **✓ ВЫВОД**

#### **Внутренняя мотивация:**

1. пациент заинтересован в теме беседы, считает себя способным изменить образ жизни согласно советам консультанта и верит в положительный результат;
2. отмечает для себя важность здорового образа жизни и здоровья в целом;
3. декларирует собственное осознанное желание изменить жизнь к лучшему, обращая внимание на улучшение качества жизни в процессе профилактических мероприятий;
4. внутренне мотивированный человек ориентирован на *качество выполнения*, имея собственные представления о критериях (критерии могут быть представлены и врачом, и обществом, и собственным опытом, и знаниями).

### **Внешняя мотивация:**

1. пациент скучает или раздражен разговором, не считая нужным что-либо менять в своей жизни, но соглашается под давлением на обсуждение темы;
2. не заостряет внимание на своем здоровье или пытается игнорировать уже существующие факты его проблем, но попадает под влияние общественного мнения, мнение значимых для него людей;
3. пациент объясняет свое желание внешними влияниями (жизнь заставляет, работа требует, родственники настаивают и др.);
4. пациент ориентирован на *конечный результат* с позиции «выполнено – не выполнено», то есть он ждет внешней положительной или отрицательной оценки своих действий. Для сохранения такой мотивации нужно использовать активное внешнее воздействие – как поощрение, так и критику.

**Большую роль играет умение учитывать персональные особенности пациента:** возраст, пол, образование, социальную принадлежность и статус, семейное положение, а также активную или пассивную роль пациента в жизни, открытость или замкнутость, эмоциональное состояние. Эта информация помогает персонально подойти к личности каждого пациента и сформировать его мотивацию в нужном направлении.

Итак, установив стадию мотивации, на которой находится человек, перед ним можно поставить реальную цель и достичь этой цели! Важно двигаться от одной стадии к другой, что постепенно приведет к успеху.

### **СТАДИИ ФОРМИРОВАНИЯ МОТИВАЦИИ:**

#### **1. Предразмышление (предобдумывание).**

*Пациент* игнорирует/отрицает проблему, не собирается ничего менять, не осознает последствия, с неохотой обсуждает проблему.

*Вмешательство* – помочь осознать негативные последствия воздействия фактора риска, обсудить преимущества изменения, обеспечить информационными материалами.

#### **Пример:**

«Что Вам нравится в курении/употреблении спиртных напитков?»

«Как Вы думаете, сколько Вы будете курить/употреблять спиртные напитки?»

«Вы пытались когда-нибудь прекратить?»,  
«Что случилось?»

Дать памятку о вреде курения.



## 2. Размышление (обдумывание).

*Пациент* задумывается, осознает проблему, но не готов к «лишениям» в ближайшие 6 месяцев, остро ощущает минусы.

*Вмешательство* – вдохновить, подтолкнуть сделать первый шаг, рассказать о положительных результатах.

### **Пример:**

«Что бы Вас заставило подумать о том, что может быть уже пора бросить?»

«Какие Вы видите преимущества в изменении?»

«Какие Вы видите недостатки в изменении?»

## 3. Подготовка (составление плана действий).

*Пациент* намеревается предпринять попытку (обычно в ближайший месяц).

*Вмешательство* – поддержать, подготовить к встрече с искушениями, помочь в разработке плана действий, продумать здоровые альтернативы, обсудить конкретную дату начала изменений.

### **Пример:**

«В какой день Вы планируете начать, почему?»

«Вы предвидите какие-либо ситуации, когда Вы можете испытать искушение переест, закурить, выпить?»

## 4. Действие.

*Пациент* предпринимает усилия на протяжении не менее 6 месяцев.

*Вмешательство* – похвалить и поддержать, обсудить «ловушки» и пути противостоять соблазнам.

### **Пример:**

«Как удастся план?»

«Возникло ли что-нибудь, что Вы не ожидали?»

«Были ли срывы?»

«Чему Вас это научило, что Вы узнали из этого опыта?»

«Как Вам удалось вернуться в прежнее русло?»

Дать памятку об отказе от курения.



## 5. Поддержание.

Пациент поддерживает изменение более 6 месяцев.

*Вмешательство* – цементировать результат, продолжать хвалить и поддерживать, предупреждать о возможных рецидивах, в случае отклонений от заданного курса – вдохновлять, анализировать провоцирующие ситуации и быть готовыми к ним.

### Пример:

«Были ли какие-либо ситуации, которые Вы не предвидели или не ожидали?»

«Что это была за ситуация, которая явилась толчком к срыву?»

«Как не допустить эту ситуацию в дальнейшем?».

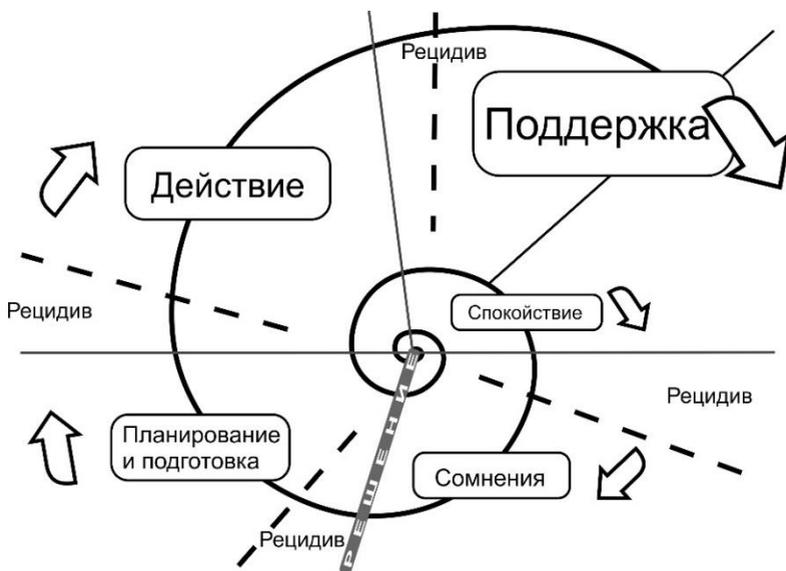
## 6. Срыв действий.

Пациенту не удалось придерживаться нового здорового поведения и/или сохранить регулярность лечения длительное время (вновь начал курить и др.).

*Вмешательство* – при консультировании требуются понимание и принятие, повторное неосуждающее и недирективное объяснение, поддержка.

Срыв возможен, но не обязателен при любых установках и любом отношении к проблеме.

Модель развития мотивации – не линейная, а спиральная, т.е. люди не проходят раз и навсегда через определенные стадии формирования мотивации и не заканчивают их (как переходят из класса в класс). Они могут оказываться на определенной стадии и уходить с нее назад и даже начинать снова целый цикл изменений.



### **Вопросы для определения стадии готовности к изменениям:**

- 1) Хотите ли Вы попробовать бросить ...?
- 2) Планируете ли Вы в ближайшем будущем бросить ...?
- 3) Готовы ли Вы составить план того, как нужно бросить ...?
- 4) Пытаетесь ли Вы в настоящее время бросить ...?
- 5) Стараетесь ли Вы воздерживаться от ... после отказа?

### **✓ ВЫВОД**

- Мотивация – это обоснование действий, необходимость действий.
- Мотивация не навязывается, а формируется во внутреннем мире клиента!
- Прямое убеждение не является эффективным методом!
- Готовность к изменениям является не чертой пациента, а результатом взаимодействия личности и социальной среды!
- Отношения в мотивационном интервьюировании скорее партнерские и товарищеские, чем отношения эксперта и обследуемого.

Существует немало мотивационных стратегий, вот некоторые из них (У.Р. Миллер, С. Роллник):

- Предоставление совета.
- Устранение барьеров.
- Обеспечение выбора.
- Уменьшение желательности.
- Применение эмпатии.
- Обеспечение обратной связи.
- Разъяснение целей.
- Активная помощь.

### **✓ ВЫВОД**

*Мотивационное интервью – не техника и не набор техник. Это межличностный стиль. Это тонкий баланс между директивным и недирективным (ориентированным на личность) компонентами.*

### **Пять принципов**

#### **мотивационного интервьюирования:**

1. выражать эмпатию через рефлексивное слушание;
2. развивать противоречие между целями/ценностями клиента и результатами его реального поведения;
3. избегать аргументации и директивной конфронтации;
4. стараться понимать и отражать (рефлексия) сопротивление клиента;
5. повышать самооффективность и оптимизм.

## Что такое OARS?

Термин OARS (в переводе с английского языка на русский – **вёсла**) был предложен У.Р. Миллером и С. Роллником и описывает совокупность приемов мотивационных вмешательств.

Используя технику «Вёсла», пациент и консультант вместе «гребут» к намеренной цели.

- **Open questions** – открытые вопросы.
- **Affirmation** – поощрение и поддержка.
- **Reflective listening** – отражающее слушание (обратная связь).
- **Summarizing** – подытоживание.

### **Примеры:**

- **Open questions** (открытые вопросы):

- ✓ Почему Вы думаете, что настало время для изменений ...?
- ✓ Задумывались ли Вы когда-либо об отказе от...?
- ✓ Что происходит, как Вы себя чувствуете, когда Вы...?
- ✓ Чем это является для Вас? Как Вы к этому относитесь?
- ✓ Что изменится, если Вы...?
- ✓ Что Вам мешает именно сейчас начать изменения?

- **Affirmation** (поощрение и поддержка):

- ✓ Вы продемонстрировали...силу, решительность, разумность, делая это...
- ✓ Понятно, что Вы действительно пытаетесь изменить ...

- **Reflective listening** (отражающее слушание):

- ✓ Другими словами, Вы считаете, что ...
- ✓ Правильно ли я Вас поняла...
- ✓ Вы сказали, что хотите измениться, но есть опасения по поводу Вашего ...
- ✓ Представляю, как Вам тяжело...

- **Summarizing** (подытоживание):

Итак, с одной стороны, Вы чувствуете, что Вам нужно бросить курить, с другой стороны, это, вероятно, означает, что Вы будете меньше общаться с Вашими друзьями...

### **!!! Ошибки при проведении мотивационного вмешательства:**

- ✓ приказы, директивные советы, команды;
- ✓ предупреждения, угрозы;
- ✓ прямые советы, готовые решения;
- ✓ убеждение с использованием логических доводов, аргументов или чтение лекций;
- ✓ морализаторство, проповедничество, долженствование;
- ✓ выражение несогласия, осуждение, критика;
- ✓ согласие, одобрение в покровительственном тоне;
- ✓ попытки пристыдить, высмеять или «наклеить ярлык»;
- ✓ допрашивание, сомнение, расследование;
- ✓ избегание, отвлечение, подшучивание или изменение темы разговора.

Таким образом, при проведении углубленного профилактического консультирования возможно в полной мере реализовать все ключевые принципы эффективного профилактического консультирования (индивидуального или группового), которые содержат как элементы информирования и обучения, так и *мотивирования пациента*.

Однако все виды профилактического консультирования должны быть адресными и максимально использовать конкретные показатели здоровья пациента.

### **2.3. Типология пациентов**

Данный материал дополняет информацию предыдущих разделов.

#### **Зачем медицинским работникам нужно разбираться в психологической типологии пациентов?**

- Мы будем лучше управлять своими отношениями с людьми;
- мы будем знать, как вступить в контакт с каждым из наших пациентов;
- мы можем оценить свое воздействие на других и отрегулировать свой стиль общения в соответствии с потребностями собеседника;
- работа по повышению приверженности пациентов к здоровому образу жизни будет приносить нам больше удовлетворения.

Описанная ниже типология основана на направленности личности. **Направленность личности** – это система характеризующих человека побуждений: что человек хочет, к чему стремится, так или иначе понимая мир, общество; чего избегает, против чего готов бороться. При этом она достаточно динамична, то есть составляющие ее побуждения (мотивы) не остаются постоянными, они взаимосвязаны, влияют друг на друга, изменяются и развиваются. Одни из компонентов являются доминирующими, в то время как другие выполняют второстепенную роль.

*Доминирующие побуждения определяют основную линию поведения личности. Направленность личности определяет избирательность отношений и активности человека, включая в себя различные побуждения (интересы, желания, склонности). Все эти побуждения взаимосвязаны в мотивационной сфере, поэтому и образуют систему.*

**В основе представленной типологии рассматриваются два направления:**

- ▶ **активность человека на дело или на общение,**
- ▶ **направленность психической деятельности наружу (экстраверсия) или внутрь (интроверсия).**

Итак, всех людей можно разделить на *направленных на дело* и *направленных на общение*. Нужно понимать, что чистые психологические типы не так часто встречаются, большинству людей присущи и те, и другие черты: мы ведем себя по-разному в зависимости от ситуации. Но в ситуации выбора каждый человек ставит задачи по степени значимости в зависимости от имеющихся у него приоритетов.

- Люди, направленные на ДЕЛО:**
- для них *дело* (учеба, работа) – источник вдохновения, смысла, собственной значимости;
  - у таких людей выражена способность убеждать, вести за собой, брать на себя ответственность, отстаивать собственное мнение;
  - для них важен результат, что определяет их целеустремленность;
  - в большей степени ориентированы на деловое сотрудничество, а не на личную беседу.

- Люди, направленные на ОБЩЕНИЕ:**
- для них *общение* – источник интереса к жизни, смысла, самореализации;
  - выражена способность проявлять заботу, оказывать внимание, сочувствовать;
  - способность убеждать, брать на себя ответственность не выражена;
  - взаимопонимание важнее, чем достижение цели;
  - ориентация на совместную деятельность и работу в команде.

В зависимости от того, куда человек чаще направляет свою энергию – к объектам внешнего мира или сосредотачивается на своем внутреннем мире, – всех людей делят на *экстравертов* и *интровертов*.

**ИНТРОВЕРСИЯ** характеризуется направленностью деятельности на субъективное психическое содержание (фокус на внутреннюю психическую активность).

**Характеристики интроверта:**

- ориентирован на внутренний мир,
- думает, чтобы говорить,
- нуждается в небольшом количестве занятий,
- нуждается в сосредоточении,
- фокусируется на мыслях и образах,
- предпочитает общаться с глазу на глаз,
- заряжается в одиночестве,
- ценит одиночество.

**ЭКСТРАВЕРСИЯ** *Экстраверсию* как поведенческий тип характеризует концентрация интересов на внешних объектах (внешний мир). Экстраверсия проявляется в дружелюбном, разговорчивом, энергичном поведении, в то время как интроверсия проявляется в более замкнутом и уединенном поведении.

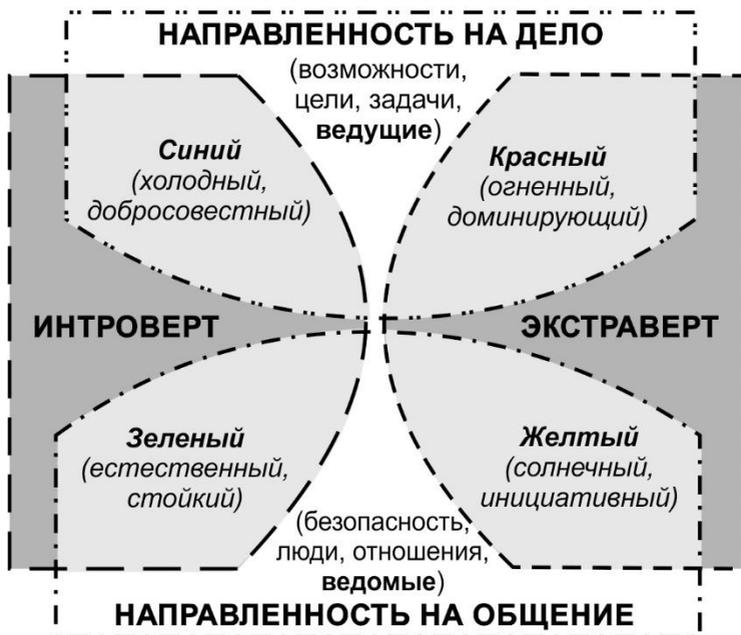
**Характеристики экстраверта:**

- ориентирован на внешний мир,
- говорит, чтобы думать,
- нуждается во множестве занятий,
- нуждается в разнообразии,
- фокусируется на людях и событиях,
- предпочитает групповую дискуссию,
- заряжается в коллективе,
- ценит общество.

Экстраверсия и интроверсия обычно рассматриваются как единое пространство измерений, поэтому высокие показатели одной характеристики подразумевают низкие показатели другой.

**Амбиверсия** соответствует средним показателям по шкале интро-экстраверсии. Амбиверсия является независимой личностной характеристикой и представляет собой категорию, находящуюся между интроверсией и экстраверсией. Амбиверт может вести себя как интроверт или экстраверт в зависимости от ситуации. Большинство людей являются именно амбивертами.

В зависимости от двух описанных выше видов направленности личности можно условно разделить всех людей на 4 типа (цветовая ориентация условна, предназначена для упрощения классификации):



#### Характеристики типов:

<b>СИНИЙ (холодный, добросовестный).</b> Интроверт, направленный на дело	
<p><b>Сильные стороны:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• компетентный,</li> <li>• задает проясняющие вопросы,</li> <li>• тщательно продумывает следующие шаги.</li> </ul>	<p><b>Слабые стороны:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• с трудом вступает в контакт,</li> <li>• его вопросы могут восприниматься как критика,</li> <li>• не замечает чувства других людей,</li> <li>• застревает на несущественных деталях.</li> </ul>

### **Красный (огненный, доминирующий).**

Экстраверт, направленный на дело

#### **Сильные стороны:**

- уверенный, настойчивый,
- целеустремленный,
- оказывает влияние.

#### **Слабые стороны:**

- плохой слушатель,
- кажется высокомерным,
- может оказывать давление, подавлять.

### **Желтый (солнечный, инициативный).**

Экстраверт, направленный на общение

#### **Сильные стороны:**

- быстро строит отношения,
- дружелюбный, общительный,
- легко адаптируется,
- умелый оратор.

#### **Слабые стороны:**

- низкая концентрация,
- иногда ведет себя слишком неформально,
- трудности в планировании,
- быстро теряет интерес.

### **Зеленый (естественный, стойкий).**

Интроверт, направленный на общение

#### **Сильные стороны:**

- строит глубокие отношения,
- прекрасный слушатель,
- искренний и душевный,
- надежный.

#### **Слабые стороны:**

- медленно адаптируется,
- с трудом настаивает на принятии решений,
- избегает отказов,
- принимает трудности близко к сердцу.

#### **Проще можно охарактеризовать цветотипы так:**

- ▶ **СИНИЙ** – аналитик (добросовестный, точный, склонный к анализу, критичный, наблюдательный, замкнутый);
- ▶ **КРАСНЫЙ** – директор (доминирующий, авторитарный, предприимчивый, деловитый, целенаправленный);
- ▶ **ЖЕЛТЫЙ** – вдохновитель (инициативный, общительный, открытый, креативный, способный очаровывать);
- ▶ **ЗЕЛЕНЫЙ** – помощник (стойкий, твердый, убежденный, уверенный, восприимчивый, надежный).

## Как отнести пациента к тому или иному цветотипу?

### «СИНИЙ» ПАЦИЕНТ

Интроверт, направленный на дело

- ✓ рукопожатие спокойное, короткое, «Давайте сразу к делу»,
- ✓ любит таблицы, графики и изображения,
- ✓ серьезен и сдержан,
- ✓ открыт, но только в деловых вопросах,
- ✓ мало говорит о личном,
- ✓ жестикуляция сдержанная,
- ✓ просит предоставить ему письменный материал, делает много записей в процессе разговора,
- ✓ избегает длительного визуального контакта,
- ✓ принимает во внимание Ваше мнение,
- ✓ кажется безучастным, отстраненным.

#### Типичные вопросы

- Это проверенное лекарство?
- Что произойдет, если... ?
- Вы гарантируете... ?
- Вы уверены... ?
- Это в самом деле лучший вариант?
- То, о чем Вы рассказали...я хочу, чтобы все было сделано именно так.
- Я не уверен, что правильно Вас понял, не могли бы Вы объяснить еще раз?

#### Что он от Вас ожидает

- качественного оказания услуг,
- что Вы его будете детально информировать,
- что Вы дадите ему время для размышления,
- много письменных материалов,
- что Вы не будете затрагивать темы его личной жизни.

#### Ваши действия

- ✓ Четко и подробно излагать свои мысли.
- ✓ Говорить медленно.
- ✓ Предоставлять точные данные и уметь их доказать.
- ✓ Нарисовать пациенту полную картину.
- ✓ Быть логичным.
- ✓ Не подталкивать пациента к быстрому решению.
- ✓ Не пытаться доминировать.
- ✓ Одеваться консервативно, носить одежду темных тонов.

### Как общаться

- *Используйте детализирующие слова, ссылки, планы.*
- *Говорите законченными предложениями или параграфами.*
- *Сам тон голоса должен отражать значительность факта.*
- *Давайте четкие и конкретные ответы.*
- *Всегда оставайтесь в одной теме разговора.*
- *Акценты на качество, безопасность и надежность.*

### «КРАСНЫЙ» ПАЦИЕНТ

Экстраверт, направленный на дело

- ✓ рукопожатие деловое, твердое,
- ✓ любит предъявлять знаки престижа и планировщики,
- ✓ начинает диалог сам и стремится им управлять,
- ✓ говорит уверенно и властно,
- ✓ резкие, «рубящие» движения,
- ✓ не отвлекается от разговора,
- ✓ высказывает много возражений,
- ✓ свое мнение высказывает прямо, не интересуясь вашими потребностями,
- ✓ смотрит прямо в глаза.

### Типичные вопросы

- Сколько стоит каждый препарат?
- Смогу ли я менять дозировки и сроки приема препаратов?
- Когда будут готовы анализы?
- Мелкие детали: принимать во время еды или после?
- Это точно самый современный препарат?
- Почему вы назначаете именно его? Я предпочел бы...
- Препарат надежен?

### Что он от Вас ожидает

- компетентности, компетентности и еще раз компетентности,
- признания его заслуг,
- что Вы не будете занимать его время без нужды.

### Ваши действия

- ✓ Вдохновлять к действию.
- ✓ Давать новые идеи.
- ✓ Мотивировать свое предложение.
- ✓ Ссылаться на мнение авторитетных людей.
- ✓ Давать возможность собеседнику выговориться.
- ✓ Держаться уверенно.
- ✓ Прямо переходить к делу.
- ✓ Излагать детали без мелких подробностей, говорить ясно и однозначно.

## Как общаться

- *Используйте технический язык.*
- *Говорите точно, ясно и логично.*
- *Говоря о фактах, иллюстрируйте их только цифрами.*
- *Только научные и технические термины.*
- *Статистика, цифры, финансы.*
- *Аргументы должны быть рациональны.*
- *Коротко, четко и информативно.*
- *Четко сформулированные идеи.*
- *Концентрация на целях и задачах.*

## «ЖЕЛТЫЙ» ПАЦИЕНТ

Экстраверт, направленный на общение

- ✓ рукопожатие активное, долгое,
- ✓ в личных вещах и документах – беспорядок,
- ✓ большую часть времени говорит сам, часто меняет темы разговора,
- ✓ больше всего любит говорить о самом себе,
- ✓ говорит дружелюбно и любезно, жесты выразительные, мимика дружелюбная,
- ✓ уверенно доброжелателен – «Посмотрите, какой я милый!»,
- ✓ отвлекается на все интересное, даже во время важных моментов,
- ✓ высказывает энтузиазм,
- ✓ стремится защитить Ваши чувства,
- ✓ смотрит на Вас с восхищением..., но это ни о чем не говорит.

## Типичные вопросы

- Что подумают мои друзья/соседи?
- Вы уже назначали это препарат, как отзывались о нем те, кто принимал?
- А какие льготы будут?
- Кто, по-Вашему, станет министром здравоохранения?
- Расскажите немного о себе...
- Чем я могу Вам помочь?
- Мне бы точно такие же анализы сдать, как Марья Ивановна сдавала..., но что в понедельник, а не в пятницу. Можно?

## Что он от Вас ожидает:

- что Вы его удивите,
- внимания к своей персоне,
- открытости и словоохотливости, как у него,
- что Вы найдете время поговорить с ним о личном.

## Ваши действия

- ✓ Тщательно готовиться к встрече.
- ✓ Быть лаконичным.
- ✓ Быть энергичным и быстро переходить к делу.

- ✓ Держаться деловито и профессионально.
- ✓ Предложить возможность выбора.
- ✓ Быть настойчивым.
- ✓ Подчеркнуть актуальность предложения, престижность и инновационность нового метода лечения.

### Как общаться

- *Используйте долгие описания с метафорами.*
- *Используйте язык жестов.*
- *Не говорите сухо, короткими фразами.*
- *Высказывайте запросто новые идеи.*
- *Используйте минимум деталей.*
- *«Рисуйте крупными мазками».*
- *Фокусируйтесь на зарубежных концепциях, инновационных аспектах.*

### «ЗЕЛЕНЫЙ» ПАЦИЕНТ

Интроверт, направленный на общение

- ✓ рукопожатие спокойное, чуть отстраненное,
- ✓ любит демонстрировать фотографии семьи, личные вещи,
- ✓ дружелюбен, но без навязчивости,
- ✓ кажется задумчивым и даже чуть настороженным,
- ✓ жесты мягкие, спокойные,
- ✓ стремится «не терять головы», «Если я киваю – это не значит, что я с Вами соглашаюсь»,
- ✓ избегает Вашего взгляда, предпочитает соблюдать дистанцию,
- ✓ задает много вопросов, требует дополнительной информации,
- ✓ принимает во внимание Ваше мнение,
- ✓ открыто демонстрирует свои чувства.

### Типичные вопросы

- Я воспользуюсь вашими рекомендациями. Сколько стоит этот курс лечения?
- Я бы хотел получить качественные, проверенные временем лекарства.
- А какие варианты обследования еще есть?
- Почему Вы изменили свою точку зрения?
- Такая схема лечения безопасна для меня?
- Так действуют все врачи?
- У нас ведь нет причин торопиться? Можно я подумаю, соглашаться ли на операцию?

### Чего он от Вас ожидает

- что Вы будете с ним честны, хотя он в этом все равно не уверен,
- что Вы прислушаетесь к его мнению,
- установления глубоких деловых и личных отношений,
- что Вы уделите ему достаточно времени.

### **Ваши действия**

- ✓ Говорить медленно. Держаться дружелюбно.
- ✓ Задавать личные вопросы.
- ✓ Протягивать руку для приветствия.
- ✓ Быть радушным в общении.
- ✓ Вести себя деловито и профессионально.
- ✓ Вызывать доверие.
- ✓ Предлагать свою помощь.
- ✓ Быть последовательным.
- ✓ Подчеркивать свое желание помочь.
- ✓ Проявлять заинтересованность.
- ✓ Не быть чрезмерно настойчивым.
- ✓ Не давить и не торопить.

### **Чего он от Вас ожидает**

- ✓ *Рассказывайте человеческие истории.*
- ✓ *Разговор должен быть доверительным.*
- ✓ *Говорите с теплотой в голосе.*
- ✓ *Впечатляйтесь историями пациентов.*
- ✓ *Вступайте в неформальную дискуссию.*
- ✓ *Говорите эмоционально, используя дополнительно язык жестов.*
- ✓ *Демонстрируйте интерес к чувствам других.*
- ✓ *Фокусируйтесь на преимуществах препарата для конкретного пациента.*

---

Мы – очень разные. «Чистые» психологические типы встречаются редко: часто можно узнать в собеседнике черты «сине-зеленого» или «желто-красного» типа, помните об этом.

### **Как «подстроиться» к собеседнику?**

## **ВЫВОДЫ**

**Если Вы хотите построить эффективный диалог с человеком, направленным на дело (синий и красный типы по цветовой типологии):**

- держитесь более официально,
- говорите об исследованиях и о результатах,
- не отступайте от существа дела,
- действуйте методично,
- будьте пунктуальны,
- не вторгайтесь в личное пространство собеседника.

**Если Вы хотите построить эффективный диалог с человеком, направленным на общение (зеленый и желтый типы):**

- держитесь менее официально,
- говорите о реальных положительных примерах людей,
- старайтесь индивидуализировать свои высказывания,
- не жалеете времени на общение,
- используйте в диалоге имя собеседника,
- расспрашивайте об опыте и о взглядах.

**Если Вы хотите построить эффективный диалог с экстравертом (красный и желтый типы):**

- больше говорите, меньше спрашивайте,
- увеличьте темп речи,
- станьте инициатором разговора,
- смотрите в глаза собеседнику,
- будьте более прямолинейны и старайтесь высказывать меньше предположений,
- следите за своими позами и жестами.

**Если Вы хотите построить эффективный диалог с интровертом (синий и зеленый типы):**

- больше спрашивайте, меньше говорите,
- замедлите темп речи,
- спокойно ждите ответа собеседника,
- реже смотрите в глаза собеседнику,
- будьте менее прямолинейны и больше высказывайте предположений,
- смягчите свои позы и жесты.

### Литература:

1. Кардиоваскулярная профилактика: национальные рекомендации, разработаны Комитетом экспертов Всероссийского научного общества кардиологов. – М., 2011.
2. Миллер, У.Р. Мотивационное консультирование: как помочь людям измениться / У.Р. Миллер, С. Роллник. – М., 2013.
3. Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения: методические рекомендации Министерства здравоохранения РФ, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины». – М., 2019.
4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13.03.2019 №124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения».
5. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний: рекомендации под ред. Бойцова С.А., Чучалина А.Г. – М., 2013.

