

Е.Б. Кулёва

Психологический тренинг *в медицине*

Методические комментарии и кейсы
в популярной и увлекательной форме

Литео

Елена Кулева

**Психологический
тренинг в медицине**

«Литео»

Кулева Е. Б.

Психологический тренинг в медицине / Е. Б. Кулева —
«Литео»,

ISBN 978-5-00-071739-4

Книга «Психологический тренинг в медицине» освещает основные коммуникативные психологические проблемы, возникающие в медицине, показывает способы их разрешения, а также предлагает методики для обучения медицинского персонала всех уровней. Мы предлагаем авторские образцы типовых тренинговых программ, подробно объясняем методику проведения обучения. Методические комментарии и кейсы в популярной и увлекательной форме описывают особенности взаимоотношений внутри медицинского коллектива, а также между врачами и пациентами.

ISBN 978-5-00-071739-4

© Кулева Е. Б.
© Литео

Содержание

Введение	5
ГЛАВА 1.	7
1.1. Общение как часть лечебного процесса	7
1.2. Здоровье как ресурсное состояние личности	9
1.3. Тревога и агрессия как источник конфликта в медицине	11
1.4. Позитивный подход к профессиональному общению как основа для создания обучающих программ для частной медицины	14
ГЛАВА 2.	18
2.1. Общая схема создания тренинговой программы для медицинского центра.	18
2.2. Основы невербальной коммуникации в тренинге продаж медицинских услуг.	19
2.3. Тренинг презентации медицинского центра, врачей, услуг центра	22
2.4. Технические приемы ведения переговоров в продаже медицинских услуг	25
Конец ознакомительного фрагмента.	27

Елена Борисовна Кулева

Психологический тренинг в медицине

Введение

Эта книга является результатом двадцатилетнего опыта работы автора с врачами. Мы плодотворно сотрудничали, помогая психосоматическим пациентам. Приходилось также проводить консультации с самими докторами. Наши консультации позволяли повышать медикам профессиональную эффективность в общении с пациентами. Развитие частной медицины позволило некоторым врачам открыть свои центры. Возникли новые проблемы, связанные с управлением относительно небольшим, специализированным медицинским коллективом в условиях постоянно ожесточающейся конкуренции. Коммерческим центрам приходилось развивать свою деятельность в достаточно агрессивной среде, так как традиции частной медицины в нашем обществе были утрачены еще в первой четверти прошлого века. Сами сотрудники центров, вышедшие из той же среды, болезненно адаптировались к новой для них деятельности. В этой ситуации были необходимы не просто консультации, но полномасштабные обучающие тренинговые программы. С этой целью нами были взяты традиционные наработки практической психологии и адаптированы с учетом специфики восприятия и деятельности различных категорий сотрудников медицинского центра.

«Психологический тренинг в медицине» написан для тех специалистов, которые занимаются обучением медицинского персонала, медицинских психологов, руководителей медицинских центров, врачей, для студентов медицинских и психологических факультетов. Мы считаем, что книга может быть интересна также и пациентам, если они хотят научиться договариваться с докторами и получать от них конструктивную для своего здоровья информацию.

Для психологов, специалистов и студентов, тренеров, возможно, будет интересен тот угол, под которым освещаются типичные проблемы и предубеждения, существующие в продажах медицинских услуг, а также рассмотрены пути их преодоления. Во второй главе представлена базовая тренинговая программа и методические комментарии, модифицируя которые, можно разрабатывать курсы для различных категорий специалистов медицинских центров. Мы рассматриваем универсальные коммуникативные приемы и навыки, которыми должны овладеть все сотрудники клиники, проходящие обучение. Третья, четвертая и пятая главы предлагают программы тренингов для медицинского персонала всех уровней. Притчи могут быть использованы в тренинге для установления эмоционального контакта с группой и ослабления группового напряжения.

Для врачей и студентов-медиков могут представлять особый интерес первая и четвертые главы. Первая глава раскрывает особенности коммуникативных процессов в медицине. Здесь рассматривается отношение к здоровью, как к важнейшей жизненной ценности, определяющее стиль и качество общения врача, как с пациентами, так и в самом медицинском коллективе. Объективная непредсказуемость результатов лечения создает эмоциональный фон базовой тревоги – у пациентов и персонала медицинского центра, может провоцировать возникновение конфликтных ситуаций. Мы показываем возможные пути нейтрализации тревоги и доказываем, что активное позитивное взаимодействие между пациентами и персоналом – основной способ снижения конфликтности. Четвертая глава рассматривает особенности обучения коммуникативной компетентности врачей. Предложенная программа тренинга, в частности, рассматривает такие темы, как: тренинг позитивной поддержки «тяжелых» пациентов, тренинг повышения мотивации пациентов на лече-

ние, тренинг ведения переговоров о стоимости лечения, особенности ведения переговоров с человеком, испытывающим острую боль, техника психологического программирования пациентов на выздоровление. Многие из предложенных упражнений доступны для самостоятельной проработки. Мы перелагаем обратить внимание на ролевые ситуации, т.к. они «списаны с натуры» и на данный момент отражают типичные сложные ситуации, возникающие в общении между врачами, пациентами и администрацией.

Работе руководителя медицинского центра непосредственно посвящена пятая глава. Там предлагается программа обучения. Она рассматривает следующие аспекты: тренинг реализации управленческого решения в центре, миссия центра, как основа для создания коммуникативных стандартов для персонала, разбор типичных конфликтных ситуаций, тренинг ведения переговоров с внешними инстанциями. Многие аспекты доступны для самостоятельной проработки. Тем не менее, мы считаем, что вся книга в целом может помочь руководителям более четко сформулировать те задачи, которые он может поставить для коллектива в процессе его обучения и развития.

Администраторам наибольший интерес может представлять третья глава, которая предлагает типовую тренинговую программу для администраторов. В ней представлены отработка таких вопросов, как: тренинг ведения переговоров с пациентами по телефону, особенности ведения переговоров с врачами, тренинг ведения переговоров в ситуации острого дефицита времени. Мы считаем, что только четкое целеполагание позволяет администраторам стать эффективными менеджерами среднего звена.

Обычным читателям, реальным или потенциальным пациентам, мы предлагаем обратить внимание на первую главу и на ролевые ситуации. Эта информация позволит им скорректировать свои ожидания от процесса взаимодействия в медицинском центре, лояльнее относиться к своему здоровью и к тем специалистам, которым приходится доверять.

В детстве, когда мы читали книги о подвигах и любви, воображение рисовало нам завораживающие картины наших будущих свершений. В том случае, если нам удавалось в реальной жизни полюбить или сделать что-то героическое, фантазии отступали. Но образы идеальной любви или абсолютного героизма часто мешали по достоинству оценить собственные реальные достижения. В последнее время очень много говорят, каким должен быть настоящий врач, как он должен грамотно общаться с пациентом. Автор надеется, что эта книга позволит читателям усмирить максимализм фантазий и приблизит их к конструктивному изменению поведения.

ГЛАВА 1.

Психологические особенности коммуникативных процессов в медицине

1.1. Общение как часть лечебного процесса

На всем протяжении истории развития медицины огромное значение придавалось эффективному общению между врачом и пациентом. Огромное количество людей имеют смутное представление о рецептах таких великих целителей, как, Авиценна (Ибн-Сина), Парацельс, но легенды об их искусстве общения с пациентами до сих пор передаются из поколения в поколение. Позвольте мне напомнить одну из них.

Сын одного из правителей умирал от неизвестной болезни. Он таял на глазах и ни один придворный медик не мог добиться от него ни слова о том, что его беспокоит. Юноша ни пил, ни ел, и целыми днями лежал, отвернувшись к стене. Отчаявшийся правитель приказал отыскать и пригласить Авиценну. То пришел во дворец, осмотрел пациента и попросил позвать человека, который очень хорошо знает город, в котором происходила эта история. После этого он взял больного за пульс и предложил знатоку города перечислить все улицы. Когда прозвучало одно из названий, врач приказал остановиться и начать называть номера домов, которые стоят на этой улице. В какой-то момент он опять приказал прекратить перечисление, остановившись на одном из домов, и предложил перечислить имена всех женщин, живущих в этом доме. Потом он вновь предложил остановиться на одном из имен и назвал, диагноз юноши – это любовь к женщине, имя которой только что прозвучало. Когда врач слушал пульс больного, и в процессе перечисления улицы, дома и имени пациент узнавал знакомую информацию о любимой женщине, его сердце начинало биться чаще.

Эта история является подтверждением той точки зрения, что талант к общению и пониманию пациента является неотъемлемой частью дара великого врача. Мы готовы согласиться с тем, что гениальности научить невозможно. Но в то же время рискнем предположить, что эффективной коммуникации в медицине обучить можно. Это также сложно и реально, как научить читать и писать собственного ребенка, как сделать из вчерашнего выпускника хорошего хирурга или терапевта. Некоторые алгоритмы общения рассматриваются в программе курса деонтологии. При этом мы должны понимать, что продекларированный коммуникативный алгоритм, который не прошел путь практического освоения, превращается в догму. Жить без догмы невозможно, как невозможно жить без стереотипа, но, как любой стереотип, он ставит крест на креативности процесса общения, то есть на избирательном отношении к пациенту. Хотелось бы напомнить еще одну историю.

К врачу пришел больной сапожник, который жаловался на боли в животе, жар и ломоту во всем теле. Врач не знал, как это лечить и порекомендовал рецепт, который когда-то слышал. Он посоветовал купить на рынке один килограмм гвоздей, литр масла, залить гвозди маслом и настаивать их в течение суток. После этого пить настой три раза в день по одной столовой ложке. Сапожник сделал все, как сказал врач, поправился и щедро наградил эскулапа. Врач сделал запись в дневнике: «Пять дней назад приходил больной сапожник, который жаловался на боли в животе, жар и ломоту во всем теле. Я посоветовал ему купить на рынке один килограмм гвоздей, литр масла, залить гвозди маслом и настаивать их в течение суток. После этого пить настой три раза в день по одной столовой ложке. Сапожнику стало легче». Через некоторое время к врачу пришел портной с такими же симптомами. Врач посмотрел свои записи и рекомендовал портному то же средство, которым лечился сапожник. Портной

сделал все, как сказал врач и умер. Врач написал у себя в дневнике: «То, что годится для сапожника, не подходит портному».

Невозможно одинаково лечить двух даже похожих пациентов. Невозможны постановка индивидуального диагноза и разработка схемы лечения без индивидуального межличностного общения. Все вышеизложенное относится к общению врача и пациента. Но современная медицина представляет собой многоступенчатый коммуникативный процесс, в котором участвуют также и средний медицинский персонал, и организаторы процесса лечения, и страховые компании. Частные медицинские компании могут предложить пациенту индивидуальный подход, предложить не только схему лечения, но и разработать программу профилактики. В условиях развития коммерческой медицины и усиления конкуренции грамотное профессиональное общение во многом обеспечивает успех не только деятельности отдельного врача, но всего медицинского коллектива в целом. Для того, чтобы частный медицинский центр мог реализовать свои задачи полностью, каждое звено центра должно грамотно отработать свои коммуникативные задачи. Администратору необходимо уметь сориентировать потенциального пациента в специфике работы клиники. Врач должен не только завоевать доверие пациента, доступно объяснить состояние его здоровья, но и подобрать адекватную схему лечения. Администрация создает условия для гибкого взаимодействия всех сотрудников клиники, по возможности разрабатывает алгоритмы сложных коммуникативных процессов, например, организует взаимодействие со страховыми компаниями, помогает успешно разбирать сложные переговорные ситуации. Под успешностью понимается гармоничное сочетание лечебной и коммерческой составляющих. Таким образом, конструктивное общение с пациентом становится необходимостью. Мы считаем, что развитие частной медицины дает возможность для развития и внедрения профессиональных коммуникативных программ при подготовке молодых специалистов. Следовательно, в целом, коммерческая медицина должна повлиять на развитие качества лечения в нашем обществе.

1.2. Здоровье как ресурсное состояние личности

Любая специальная область человеческой деятельности имеет свою специфику и в коммуникации. Основная особенность построения общения в медицине связана с тем, что все обсуждающиеся вопросы, касаются понятия «ЗДОРОВЬЕ». Это-то и задает основной тон ведения переговоров. В практической психологии существует понятие «ресурсное состояние личности». Ресурсные состояния соответствуют ценностям, которые являются личностно значимыми для любого человека, вне зависимости от его возраста или образования. Эти ценности выражаются в совершенно определенных словах: «ЗДОРОВЬЕ», «СЕМЬЯ», «БУДУЩЕЕ», «ДЕНЬГИ», «СЕКС», «НАЦИОНАЛЬНЫЙ ХАРАКТЕР». Как правило, все рекламные пассажи крутятся вокруг этих волшебных слов. Как только человек их слышит или произносит, у него автоматически возникает подсознательная психофизическая активизация. Он как бы «включается»: активируются все системы организма. Примерно такой же эффект возникает тогда, когда мы произносим слово «лимон» и начинается слюноотделение. На эту тему вспоминается еще одна история.

В лабораторию по изучению условных рефлексов привезли новенькую собаку. Старая опытная собака инструктирует молодую: «Сейчас я тебе объясню, что такое условный рефлекс. Как только я нажимаю лапой на красную кнопку – сразу же загорается лампочка, и тот тип в белом халате приносит мне косточку». Попробуйте сами, вслух или про себя, но обязательно словами, произнести подряд пять раз слово «деньги». Вы сразу почувствуете себя бодрее. Если вы будете вести группу, перед тренингом ведения переговоров о стоимости лечения, предложите каждому участнику тренинга по очереди вслух сказать это слово. Группа тоже сразу оживится.

Стоит обратить внимание на ресурс «национальный характер» – активация возникает не тогда, когда мы произносим это словосочетание, а когда мы начинаем обсуждать особенности поведения представителей той или иной национальной культуры. Не случайно, так популярны анекдоты про русских, немцев, французов и т.д. В контексте продажи медицинских услуг активация ресурса «национальный характер» происходит в том случае, когда администратор или врач уточняет, как правильно произносится трудновыговариваемое имя. В том случае, если речь идет о семейном консультировании, интересуется национальными семейными традициями пациентов, пациентам с Востока предлагается семейная скидка и т.п. Хотелось бы привести пример, когда использование этого ресурса оказывало сильное влияние на процесс лечения.

К главному наркологу г. Кисловодска обратилось трое ингушей. Они были родными братьями, и один из них страдал от алкоголизма. Врач, практиковавший кодирование, поинтересовался, какой по старшинству брат является алкоголиком. После того, как выяснилось, что в помощи нуждается средний брат, врач предложил остаться на кодировании среднему и старшему братьям, а младшего попросил подождать в коридоре. Он сказал, что если бы надо было кодировать младшего брата, старший и средний могли бы присутствовать на процессе лечения, а если бы в кодировании нуждался старший брат, то и младший, и средний остались бы в коридоре.

В зависимости от специфики деятельности центра, от роли и места каждого сотрудника в процессе продажи медицинских услуг, могут по-разному затрагиваться ресурсы «будущее», «семья», «секс», «деньги». В дальнейшем мы рассмотрим с вами возможности использования этих ресурсных состояний. Но, тот факт, что ресурс «ЗДОРОВЬЕ» является ключевым во всех коммуникативных процессах лечения и профилактики, вокруг него вращаются основные личностные смыслы и врачей, и пациентов, определяет стилистику ведения переговоров и построения отношений в медицине.

Готовность пациента воспринимать предложения врача зависит от его отношения к своему здоровью. В том случае, если для больного ценность «здоровье» обусловлена только потребностями в безопасности или физическом комфорте, то он не будет готов к продолжению лечения после субъективного улучшения самочувствия. Такого человека будет крайне сложно уговорить заниматься профилактическими процедурами. Врач сталкивается с проблемой переубеждения пациента, изменения его точки зрения на роль здоровья в жизни человека. Он выступает в роли проповедника. Отношение к здоровью как капиталу еще только начинает формироваться в нашем сознании. Шопенгауэр, известный философ второй половины 19 века, писал: «90 % счастья человека зависит от его состояния здоровья». Мы считаем, что врач может быть успешен в процессе переубеждения пациентов в том случае, когда у него самого ценность «здоровье» обусловлена не только биологическими, но и социальными потребностями.

1.3. Тревога и агрессия как источник конфликта в медицине

Способность к убеждению пациента связана с готовностью доктора взять на себя психологическую ответственность за процесс общения с больным. В процессе сбора анамнеза, постановки диагноза, проведения лечебных и диагностических процедур доктор видит перед собой, как правило, только носителя больного органа, личностной идентификации не происходит. Это естественная для таких случаев фаза общения носит название «субъект-объектного взаимодействия». Такая коммуникация между людьми возникает в ситуациях, когда для одного из них или для обоих существуют реальные угрозы для жизни или здоровья. Например, когда спасатели снимают рыбаков с дрейфующей льдины, их не интересуют личностные особенности спасаемых ими людей. В нашем случае доктор, находящийся в позиции Спасателя, пользуется полным доверием пациента. Другой уровень общения с больным у доктора начинается тогда, когда непосредственное лечебное воздействие закончилось. Возникает необходимость объяснения пациенту его состояния здоровья, предложения плана лечебных, профилактических мероприятий, обсуждения стоимости лечения. В этой ситуации для доктора очень важно установить контакт с личностью пациента и сохранить психологическое лидерство.

Пациент отличается от всех остальных людей тем, что у него в душе появляется чувство тревоги за состояние собственного здоровья. Тревога – это эмоциональное состояние, возникающее тогда, когда человек ощущает, что ситуация в которой он находится, выходит из под его контроля. Типичный пример – тревога перед экзаменами. Мы можем блестяще выучить предмет, но, в то же время прекрасно понимать, что все равно наша оценка во многом зависит от отношения преподавателя. Чувство тревоги усиливается тогда, когда пациент физически ощущает, что, тело не подчиняется его сознательному контролю: он не может уговорить свою голову перестать болеть, не может заставить свою спину быть прямой и упругой. Более того, страдающее тело сужает мировосприятие до уровня болевых ощущений. Когда пациент приходит к врачу, чувство тревоги возрастает, т.к. он вынужден «передать» свое здоровье в чужие, пусть даже и высокопрофессиональные (как говорят) руки.

Врачи, в силу профессиональной подготовки, видимо, в большей степени, чем пациенты, осознают, что организм человека – это космос, в котором можно многое изучать, кое-что лечить и ничего невозможно гарантировать. Огромное количество факторов, учесть которые физически невозможно, могут повлиять на процесс лечения.

Несмотря на современные методы исследований, использование новейших технологий, процесс исцеления пациента часто напоминает путешествие средневекового мореплавателя. Ориентируясь по звездам и несовершенным картам, на утлых суденышках, отважные моряки достигали своих целей, предпочитая не задумываться об опасностях, которые подстерегали их на каждом шагу. Точно также и врачи часто стараются дистанцироваться от этого чувства тревоги. В том случае, когда они это делают, им кажется, что они вообще не испытывают никаких эмоций, но вытесненная, загнанная в подсознание, тревога повышает уровень внутреннего напряжения, снижает стрессоустойчивость и креативность. Врачи по-разному адаптируются к этой профессиональной базовой тревоге. Как правило, её сублимируют в знаменитом циничном медицинском юморе, кто-то реализовывает её в своем, зачастую грубоватом и жестком стиле общения с пациентами, кто-то начинает болеть или, не выдержав этого напряжения, уходит из профессии.

Широко известно, что многие пациенты подсознательно провоцируют врача на конфликт. Поэтому все, что связано с медициной относится к зоне повышенной тревожности, а значит, и к зоне повышенной конфликтности т.к. тревога может быть ослаблена двумя спо-

собами: путем получения конкретной информации и через агрессивное поведение. Рассмотрим оба этих пути.

Мы говорили о том, что тревога – это психофизическое переживание состояния неизвестности. Конкретная информация, которую мы получаем относительно беспокоящей нас ситуации, подобна спасательному кругу: за нее можно ухватиться. Если у пациента потянуло ощущение твердой почвы под ногами, он, по крайней мере, может за что-то держаться. Нам бы хотелось обратить внимание на то, что понятия точная информация и конкретная информация различаются между собой, но оба способны снижать тревогу у пациента. Этим можно воспользоваться для построения эффективного общения с пациентами.

Точная информация это даты, цифры, названия процессов. Грубо говоря, это такая информация, которую можно каким-нибудь образом измерить или проверить. Например, количество лейкоцитов или эритроцитов в крови, название диагноза или диагностической процедуры.

Конкретная информация – это информация, которую невозможно оспорить, к ней относятся описание процессов, последовательность действий. Например, описание диеты, медицинские назначения, правила приема тех или иных препаратов, правила подготовки к сдаче определенных анализов. Часто мы переоцениваем значимость точной и недооцениваем значимость конкретной информации. Например, врач не может дать точный ответ на вопросы пациента «Сколько времени я буду болеть?», «Когда Вы меня вылечите?», «Доктор, Вы меня вылечите?». Очень часто доктора дают размытые расплывчатые ответы. Например: «Это зависит от индивидуальных особенностей Вашего организма», «Посмотрим на результаты анализов, а уж потом...», «Будем наблюдать за Вашим сердцем, сейчас сложно что-либо обещать». Такие фразы могут не только ослабить доверие пациента к врачу, но и негативно сказаться на результатах процесса лечения. На неоднозначный тревожный вопрос не обязательно отвечать точно, но очень важно – конкретно.

– Сколько времени я буду болеть?

– Если Вы в течение 5 дней три раза в день будете принимать по половине таблетки цитрамона после еды, вы почувствуете себя лучше.

– Когда Вы меня вылечите?

– Вы поправитесь тогда, когда Ваше давление придет в норму. Для этого Вам надо будет сделать следующее... (и далее максимально детализированное, изобилующее точными деталями и подробностями медицинское назначение).

– Доктор, Вы меня вылечите? (Вопрос пациента после инфаркта миокарда).

– Если Вы каждый день будете совершать прогулку на свежем воздухе продолжительностью 30 минут в приятном, но не слишком быстром темпе (далее еще несколько четких, точных, детализированных режимных медицинских назначений) Ваше состояние значительно улучшится.

Другим способом снижения уровня тревожности является умение демонстрировать агрессивное поведение. Уникальная древнекитайская медицинская концепция У-СИН постулирует ряд алгоритмов о взаимосвязи и взаимозависимости различных эмоциональных состояний человека. В частности, одно из правил гласит, что ГНЕВ подавляет ТРЕВОГУ. Очень часто понятия «агрессивный» и «конфликтный» воспринимаются, как тождественные. На самом деле это не совсем так. Если конфликт подразумевает изменение существующей ситуации, то агрессивность всего лишь её развитие. Любое активное поведение по сути своей является агрессивным. В одной молдавской сказке царь отправил героя за живой и мертвой водой. После долгих странствий добрый молодец нашел два источника, но не мог понять, в каком из них живая вода, а в каком – мертвая. Вдруг он увидел, как к источникам муравей принес своего разорванного напополам товарища. Полил его из источника с мерт-

вой водой любви – и части тела муравья срослись. Полил из источника живой водой агрессии – и муравей побежал.

Любое активное поведение агрессивно. Если один из собеседников отстаивает свою точку зрения, побуждает другого к действию, к осознанному изменению ситуации – в этом случае агрессия конструктивна. Если же один собеседник обвиняет другого, угрожает ему, пытаясь таким образом оказать давление – агрессия является деструктивной.

Очень важен эмоциональный заряд, который несет подобная активность. Если он отрицательный, то тогда, действительно, мы находимся в двух шагах от конфликта. Если – положительный, то возникает позитивное конструктивное общение между пациентами и врачом.

Помимо агрессии, направленной вовне, существует также и аутоагрессия. Аутоагрессия – это агрессия, направленная на себя, которая проявляется в негативной самооценке, негативной оценке своей жизненной ситуации или перспектив. Аутоагрессия проявляется также в способности притягивать к себе негативные эмоции и состояния. Всем известна поговорка: «Пусть лучше плохая, правда, чем неизвестность». При этом под правдой всегда понимается нечто негативное и нелицеприятное. Тревожный человек всегда ориентирован на наихудший вариант развития событий. Из всех возможных прогнозов он всегда ориентируется на наихудший для себя. Когда пациент слышит фразу от врача: «Я сделал все, что мог, а остальное зависит от индивидуальных особенностей Вашего организма», он чувствует, что с его индивидуальными особенностями все обстоит очень плохо. Для нас эта фраза является свидетельством того, что врач отказывается брать на себя психологическую ответственность за процесс лечения и перекладывает ее на плечи пациента.

Активная психологическая позиция доктора в процессе общения с пациентом предполагает то, что ему придется тратить больше нервной энергии во время коммуникации. Но, в том случае, когда врач занимает пассивную позицию, он начинает «вестись» на деструктивное поведение пациента. В этом случае энергетические затраты доктора возрастают, так как ощущения собственного бессилия и недовольство собой, сопутствующие этому процессу, оказывают разрушающее воздействие личность. Все вышеизложенное относится и к взаимодействию администратора на своем рабочем месте.

1.4. Позитивный подход к профессиональному общению как основа для создания обучающих программ для частной медицины

Положительная агрессия, активное позитивное поведение предполагает, что врач берет на себя психологическую ответственность за процесс лечения пациента. Показателем коммуникативной компетентности в данном случае являются умения конструктивно дать прогноз, дозировать пугающую пациента информацию, его в правильности выбранного пути лечения. Активная, позитивная манера врача держаться формирует в сознании пациента образ Мастера, что может в значительной степени повлиять на успех взаимодействия «врач-пациент-клиника». Рассматривая специфику коммуникативных процессов в медицине, мы остановились на особенностях построения отношений между пациентами и врачами. Во всех остальных контактах: пациент-администратор, пациент – медицинская сестра (ассистент врача), пациент – администрация клиники, основные закономерности, описанные нами выше, сохраняются.

Хотелось бы отметить, что именно эта идея встречает в тренинговой группе наибольшее сопротивление. Возможно, это связано с общим негативизмом общества, возможно – с тем, что медики в работе ориентируются на болезнь, а не на больного. Эта тенденция особенно обостряется в том случае, когда обсуждаются ситуации общения с тяжелыми и безнадежными пациентами. Часто участники тренинга оценивают активный позитивный стиль поведения как демонстрацию цинизма, забывая о том, что психика является ресурсом человека. Даже если он неизлечимо болен и речь идет только о паллиативной медицине, надежда всегда умирает последней. Когда мы активно поддерживаем пациента, находим для этого соответствующие, продуманные идеи и слова, мы эмоционально помогаем ему пройти оставшуюся часть дороги жизни.

Мы стали обращать внимание на стилистику общения в медицине не только в связи с тем, что появилось много частных центров, и значительно возросла конкуренция между ними. В результате развития рынка страховых услуг в нашей стране стало меняться отношение к здоровью. Можно говорить о том, что восприятие здоровья как капитала становится одной из норм общества. При приеме на работу помимо объема заработной платы с работодателем обсуждаются также размеры медицинской страховки. Когда банк рассматривает кредитную заявку, он учитывает не только возраст (что является косвенным показателем здоровья), но также запрашивает информацию, относительно того, какими серьезными заболеваниями страдал или страдает потенциальный заемщик. Престижность здоровья стала возрастать также стремительно, как и престижность богатства. Возросла роль соответствующей рекламной продукции и периодических изданий. Возникла мода на здоровье и здоровый образ жизни. Следовательно, коммуникативные процессы в медицине также становятся более значимыми.

Существуют еще ряд причин, повышающих роль общения в медицине. Это: технологическое усложнение процессов лечения и диагностики, широкое развитие интегративной и комплексной медицины, возрастающая роль профилактики. Объем коммуникации в медицине возрос до такой степени, что его можно структурировать, выделять стандартизированные и креативные процессы. Мы можем выделить следующие составляющие: процесс презентации и продажи медицинской услуги, коммуникативная составляющая организации процесса лечения или обследования, обсуждение с пациентом степени удовлетворенности результатом проведенного лечения и обследования. Это далеко не полный перечень, т.к. он не учитывает специфику процессов общения внутри медицинского коллектива. Таким обра-

зом, может идти речь о создании и внедрении обучающих коммуникативных программ для медицинских работников.

Известный немецкий психотерапевт Хамид Пессешкиан в своей докторской диссертации, посвященной кросскультурным различиям процесса психотерапии в различных странах, указывал отличительные особенности российских пациентов. В частности, он выделил следующие: отсутствие традиции оплаты лечения, ожидание мгновенного положительного результата и тенденция обращения к врачу только в острых случаях. На вопрос о кросскультурных отличиях отечественных докторов, он ответил, что только у нас в стране он услышал от врача-психотерапевта, что тот консультировал больного бесплатно в течение четырех часов только потому, что этот клинический случай показался ему исключительно интересным. Мы считаем, что этот пример можно экстраполировать и на другие области медицины.

Как известно, продажа услуги отличается от продажи товара тем, что в отличие от товара, услугу невозможно потрогать или примерить. Когда человек покупает услугу – он покупает положительные эмоции, которые человек испытает после того, как он воспользуется приобретенной услугой. В медицине, во время презентации услуги, как правило, указывается на негатив, от которого человек может избавиться, обратившись к врачу. Например: «Вы избавитесь от аллергии», «Мы вылечим Ваш гастрит» и т.п. При этом не учитывается то, что в сознании пациента фиксируется не факт потенциального избавления от болезни, а факт её наличия. Когда пациент слышит название своего заболевания, настроение у него подсознательно падает, мотивация на дальнейшее взаимодействие с центром снижается. Получается, что центр продает пациенту его аллергию, гастрит и т.п. Приведем пример из другой области: предположим, что вы звоните в ателье по пошиву одежды, и вам предлагают сшить костюм, который вам не будет жать, не будет плохо сидеть, и не будет подчеркивать недостатки вашей фигуры. Или вы обращаетесь в парикмахерскую, где вам пообещают, что после стрижки ваши волосы не будут плохо лежать и вам не придется перестригаться. В процессе переговоров о медицинских услугах, лечение еще началось. Для того, чтобы взаимодействие продолжилось, важно уметь создать положительную мотивацию на обращение в центр. Положительная мотивация возникает тогда, когда мы указываем, как может почувствовать себя пациент после лечения с учетом специфики деятельности клиники.

В данной таблице приведены некоторые примеры позитивных интерпретаций.

Название специалиста.	Типичное предложение.	Рекомендуемое предложение.
Стоматолог	Лечение не будет болезненным	Лечение будет комфортным
Пульмонолог	Вы перестанете задыхаться.	Вам станет легче дышать.
Психотерапевт	Вы не будете нервничать.	Вы будете чувствовать себя увереннее и спокойнее.
Нарколог	Вы избавитесь от зависимости.	Вы сможете жить свободно.
Гастроэнтеролог	Мы вылечим Ваш гастрит.	Вы сможете получать удовольствие от еды.
Кардиолог	Ваше сердце не будет Вас беспокоить.	Ваше сердце будет чувствовать себя здоровым.
Гинеколог, уролог	Вы избавитесь от сексуальных проблем.	Вы вернете себе способность радоваться всем сторонам жизни.
Терапевт	Вы перестанете болеть.	Вы будете чувствовать себя лучше.

Отдельно хотелось бы отметить специфику продаж услуг клинико-диагностических лабораторий. В том случае, когда речь идет о проведении исследований – продуктом является информация. Пациент приобретает точную информацию о состоянии своего здоровья, которая позволит ему определиться с лечением, а также точно спланировать свою жизнь.

Несмотря на то, что общение с пациентами является процессом творческим и не всегда прогнозируемым, существует способы структурирования профессиональной коммуникации. Так или иначе, но в рамках выполнения своих профессиональных обязанностей, сотрудники постоянно выполняют одни и те же переговорные ходы: информируют о специ-

фике работы клиники или кого-нибудь из докторов, сообщают о правилах сотрудничества с клиникой, ориентируют в ценовой политике компании. Кроме того, в процессе профессионального общения они должны соблюдать правила делового и телефонного этикета. Все эти стандартные фразы могут быть заложены в так называемый коммуникативный стандарт. Владение стандартом позволяет сотрудникам минимизировать нервные усилия в типичных переговорных ситуациях, а освобожденную энергию направлять на решение более сложных коммуникативных задач. Четкое соблюдение определенных правил, в частности делового этикета, автоматически повышает уровень презентабельности клиники. Кроме того, наличие стандарта дает возможность руководству не только контролировать степень грамотности общения своих подчиненных, но проводить конкретное и эффективное обучение. Ниже, в главах, посвященных особенностям обучения различным категориям сотрудников, будут приведены образцы разработанных нами коммуникативных стандартов.

ГЛАВА 2.

Методика создания базовой тренинговой программы для медицинских центров

2.1. Общая схема создания тренинговой программы для медицинского центра.

Стандартная базовая программа тренинга предполагает изучение отдельных коммуникативных аспектов с учетом процессов групповой динамики. Групповая динамика – взаимоотношения между членами группы и ведущим, которые возникают, меняются и развиваются в процессе прохождения группой обучающей программы. Как известно, малая группа в процессе работы проходит через четыре этапа: этап признания безоговорочного лидерства ведущего, этап сплочения участников группы против ведущего (этап группового сопротивления), этап внутригрупповой агрессии, этап совместного сотрудничества.

Предлагаемый стандарт программы также состоит из четырех блоков: основы невербальной коммуникации, тренинг презентации и выступления в режиме монолога, технические приемы ведения беседы в процессе продажи медицинских услуг, разбор сложных коммуникативных ситуаций.

2.2. Основы невербальной коммуникации в тренинге продаж медицинских услуг.

Первым блоком выступает тема «Основы невербальной коммуникации». Другими названиями для этой темы могут быть «Язык тела, как информация об общем состоянии собеседника во время переговоров», «Язык тела, как информация об изменении отношения собеседника к процессу переговоров». Эта тема всегда вызывает повышенный интерес у участников тренинга и позволяет тренеру «набрать очки» популярности, которые впоследствии помогут ему успешнее работать с групповым сопротивлением.

Методические задачи.

Создание позитивного настроения на работу в группе. Привыкание к специфике работы на тренинге.

Обучение участников тренинга навыкам эффективного самоконтроля.

Обучение участников тренинга навыкам наблюдения за общей ситуацией на рабочем месте.

Первое ознакомление участников тренинга с основами целеполагания и личного сознательного, активного поведения в процессе взаимодействия.

Теоретическая часть.

На тренингах продаж услуг для медицинских работников основное внимание уделяется значению позы, положения тела в пространстве, а также будут рассматриваться особенности положения рук и ног относительно корпуса тела. Мы намеренно отказываемся от обсуждения проблем мимики, глазных паттернов и т.п. Мы считаем, что, несмотря на несомненный интерес и даже иногда ажиотаж, которые вызывают данные темы, их практическое использование вызывает затруднение у участников тренинга, не имеющих специального, дополнительного образования. Детальная проработка этих тем необходима для подготовки журналистов, юристов, социальных работников, педагогов.

Все, что связано с языком тела отражает психофизические законы восприятия человеком информации. Мы говорим о том, что любой человек телесно настраивается на контакт с внешней средой в целом и с отдельными раздражителями. При этом корпус тела, руки, ноги играют роль антенн, а мозг перерабатывает полученные сигналы. Создавая условия для общения, очень важно учитывать эти законы психофизического восприятия. Язык тела – это та информация, которая передается в процессе общения без слов, при помощи жестов, позы или мимики говорящего. Считается, что во время переговоров 60 % информации передается имен без слов. Эта информация, в первую очередь касается эмоционального состояния собеседников и их оценки происходящего. Эмоции человека выполняют функцию оценки полезности-вредности происходящего с ним. Когда мы задаем в группе вопрос :»Где находится душа человека?», то мы слышим самые разные ответы: «В глазах», «В груди», «В животе», «В пятках», «В сердце» и т.п. Каждый из отвечающих прав, т.к. душа человека есть везде, где есть нервные окончания. Именно эта информация постоянно поступает в центральную нервную систему, создавая общий фон напряжения-расслабления. Те раздражители, которые мы воспринимаем, как полезные – вызывают мышечное, а значит и психологическое расслабление. Те раздражители, которые мы воспринимаем как вредные – провоцируют повышение мышечного и, соответственно, психологического напряжения. Чем выше уровень напряжения – тем уже круг восприятия – и наоборот. Используя этот феномен, мы можем научить участников тренинга приемам экстренной регуляции своего эмоционального состояния на рабочем месте. Мы можем предложить группе закрыть глаза, принять открытую позу и открыть глаза сразу после того, как будет почувствовано изменение состояния. В зависимости от степени доверия процессу и группе, кто-то из участников тре-

нинга почувствует себя комфортно, кто-то – нет, но изменение своего состояния обычно отмечают все. Более того, на вопрос ведущего, можно ли в таком состоянии сознания вести переговоры, группа единодушно отвечает, что это невозможно. Благодаря этому нехитрому эксперименту мы предлагаем участникам тренинга проститься с иллюзией того, что можно расслабленно общаться с другими людьми, в особенности на работе. Коммуникативные процессы всегда сопряжены с внутренним напряжением. Одним из показателей коммуникативной компетентности является умение выбрать адекватный уровень напряжения на рабочем месте.

Для быстрого изменения своего эмоционального состояния достаточно изменить позу. Состояние изменится через 1-2 минуты. Для снятия нервно-психического возбуждения рекомендуется использовать некоторые жесты ухаживания: поглаживание гладких или продолговатых поверхностей (поверхность стола, подлокотника, авторучки и т.п.)

Язык жестов является архаическим, символическим. Он появился раньше всех других способов передачи информации, он существовал ещё тогда, когда не было слов, и человек не был человеком. Степень открытости (расслабления) или закрытости (напряжения) определяется по тому, в каком положении руки и ноги человека находятся относительно корпуса тела. Смысл и значения отдельных жестов достаточно широко освещены в литературе по практической психологии. Единственным недостатком этих книг является недостаточно структурированная подача материала. Читатель, увлеченно изучавший книгу по основам невербальной коммуникации, как правило, забывает большую часть полученной информации из-за того, что эти книги зачастую бессистемно перегружены увлекательными примерами и дельными советами. Мы предлагаем свою классификацию жестов, позволяющую быстро определить ведущее эмоциональное состояние собеседника. Мы выделяем 3 группы жестов:

- жесты доверительности, открытости и жесты ухаживания;
- жесты агрессивности и жесты готовности;
- жесты защиты и жесты лживости.

Для того, чтобы избежать детальной трактовки отдельных жестов, мы, во-первых, можем переадресовать читателя к многочисленной литературе на эту тему, во-вторых, вернуться к символичности языка тела. Для того чтобы понять, что означает тот или иной жест, достаточно ответить себе на вопрос: на что похож этот жест. Что нам напоминает движение рук, ног, головы или корпуса? Отвечая на эти вопросы, мы практически безошибочно угадываем значения любой позы. На тренинге мы также стараемся не вдаваться в излишние подробности. При этом мы показываем, как та или иная поза влияет на эмоциональное состояние собеседника, предлагая группе «примерить на себя» и жесты агрессивности и готовности, и жесты защиты. В начале работы мы показывали, как изменяют состояние сознания жесты открытости. Отдельно останавливаемся на жестах ухаживания, учитывая их роль в процессе саморегуляции.

Когда мы обсуждаем в группе возможности практического применения полученной информации, то оговаривается тот факт, что в начале переговоров внутренне состояние человека не всегда детерминировано общением с данным человеком: собеседник мог не выспаться, у него может болеть живот и т.п. Но с очень большой долей вероятности мы можем предположить, что изменение позы или определенные жесты, которые собеседник делает в процессе переговоров, отражают изменение внутреннего состояния, связанного с процессом переговоров. Мы предлагаем следующий алгоритм интерпретации: при анализе языка жестов принципиален момент изменения жеста или позы:

- если собеседник меняет позу во время своих слов, значит, он сказал нечто важное, что вызвало у него изменение состояния;
- если собеседник меняет позу во время слов другого участника беседы, значит, он услышал нечто важное для себя, что вызвало у него изменение состояния.

Данный алгоритм очень удобно отрабатывать на так называемых «жестах лживости». Жесты лживости на самом деле таковыми почти не являются. Скорее они отражают недостаточную коммуникативную подготовку говорящего. Данные жесты, как правило, показывают, что человек не уверен в достоверности или качестве той информации, которую он произносит, либо слышит. Мы показываем, как выглядят «жесты лживости». И задаем группе вопрос: «Как вы отреагируете, если в то время, когда вы что-то объясняете собеседнику, он начнет делать, так называемые, «жесты лживости», то есть неосознанно показывать вам, что нечто в ваших словах вызывает у него неуверенность?»

В результате обсуждения в группе должен появиться ответ, удобный для дальнейшей работы: «Собеседнику можно задать уточняющий вопрос, все ли ему понятно, возможно что-то в моих словах показалось ему не совсем ясным?».

Далее предлагается следующее задание: «Как вы отреагируете, если в время своих слов, когда он что-то вам говорит, он начнет делать, так называемые, «жесты лживости», то есть неосознанно показывать вам, что нечто в своих словах вызывает у него самого неуверенность?»

В результате обсуждения в группе должен появиться еще один ответ, удобный для дальнейшей работы: «Собеседнику можно задать уточняющие вопросы, относительно той части текста, в которой он делал жесты лживости».

При обсуждении необходимости трактовки языка жестов мы обращаем внимание участников тренинга на то, что невозможно заниматься этим постоянно. Наблюдение и анализ невербального поведения собеседника становятся актуальными в сложных переговорных ситуациях.

Отдельно рассматриваются темы «Зоны общения» и «Контакт глазами». Зоны общения – это очень актуальная тема именно для медицинских работников, т.к. процесс лечебного взаимодействия связан с проникновением в личное пространство пациента. Процесс нарушения личных границ распространяется не только на процесс лечения, но и на взаимодействие персонала центра между собой.

Тема контакта глазами так же как и зоны общения по-разному рассматриваются и отрабатываются для администраторов, врачей, руководителей и медицинских сестер.

Так выглядит стандартный набор информации для обычного тренинга. В дальнейшем, мы остановимся на том, как может видоизменяться или дополняться эта информация в зависимости от специфики той или иной тренинговой программы для отдельных категорий медицинских работников.

2.3. Тренинг презентации медицинского центра, врачей, услуг центра

Тренинг презентации услуг центра, врачей совпадает со вторым этапом групповой динамики. Групповое сопротивление может носить иррациональный характер: проявляющийся в том, что участники тренинга стремятся вовлечь ведущего в диспуты, не имеющие прямого отношения к теме занятия, выдавать эмоционально-завышенные реакции по любому поводу и без него и т.п. На тренинге презентации каждому из участников тренинга предоставляется возможность хотя бы один раз выступить в режиме монолога. Отрабатывая монологи, мы работаем и с групповым сопротивлением, которое носит объективный и рациональный характер, что облегчает деятельность тренера. Как правило, члены группы считают, что им предлагается делать неинтересные, «тупые» презентации, с которыми они и так прекрасно справляются. Утверждается также, что специфика их переговорной деятельности не предполагает подобных выступлений, что это оторванные от жизни задания им ничего не дают т.п. В том случае, когда мы можем прогнозировать групповое сопротивление, мы можем заранее подготовиться к нему, разработав систему аргументации убеждения. Сопротивление группы может носить и пассивный характер: у участников тренинга ничего не получается, они «тупят», демонстрируя при этом лояльность к процессу. В этом случае предложение действовать по четкому алгоритму: «Вступление, аргументы доказательства, вывод», может значительно ослабить внутреннее напряжение обучающихся. Ниже, в теоретической части, мы приведем основную аргументацию в пользу подготовки презентаций.

Методические задачи

Ориентация группы на конструктивную работу.

Овладение коммуникативными шаблонами, отражающими специфику деятельности медицинского центра и специалистов центра.

Формирование навыка отстраненного отношения к структуре коммуникативного процесса (важно не что говорится, а как говорится).

Начало ознакомления с алгоритмами практической психологии.

Формирование навыков уверенного поведения.

Формирование постановки и достижения цели коммуникативного процесса.

Теоретическая часть.

Любой переговорный процесс довольно сложно прогнозировать. Тренинг презентации дает возможность усвоить некоторые ключевые фразы и элементы аргументации, которые постоянно используются в процессе переговоров. Как известно, труднее всего излагать простые вещи. Объяснить пациенту специфику процедур, услуг центра простым доступным языком представляется архисложной задачей. Мы считаем, что доведение до автоматизма отдельных штампов презентации, возможность варьировать ими, вставлять их в нужный момент речи, позволит сэкономить нервные усилия во время переговоров. Если участники тренинга хотя бы один раз в группе сделают презентацию, стресс, сопряженный с этим упражнением, позволяет наработать тот самый автоматизм, о котором мы писали выше. Кроме того, стандартизированные образцы презентации компании, услуг и специалистов предоставляют руководству медицинских центров большие возможности для обучения новых сотрудников и контроля деятельности старых. Как правило, у большинства медицинских центров разработаны рекламные буклеты, где представлен основной презентационный материал. У руководства и сотрудников существует опасное, на наш взгляд, заблуждение, что, если они читали и понимают содержание рекламного буклета, то могут его спокойно изложить. При этом упускается тот факт, что речь письменная и речь устная – это разные виды деятельности. То, что создано для прочтения, на слух, как правило, воспринимается

хуже. Когда мы предлагаем участникам тренинга хотя бы изложить содержание рекламного буклета, очень часто слышим возмущенные возражения: «Неужели Вы считаете, что я, человек с высшим образованием (двумя, тремя и т.п. – примечание автора) не смогу это повторить вслух?!!». Приходится объяснять, что выступать перед аудиторией у нас, как правило, нигде не учат.

Цель презентации – убедить слушателя обратиться в данный центр, к данному доктору или воспользоваться данной услугой. Все выступление должно быть подчинено достижению данной цели.

Перед подготовкой презентации мы с разной степенью подробности останавливаемся на структуре выступления в режиме монолога. Подробнее всего теоретическая часть излагается на тренингах руководителей. Для администраторов и докторов мы ограничиваемся на изложении правила «эффекта края». Презентация должна состоять из трех частей: вступления, основной части и заключения. Во вступлении должно быть дано четкое определение объекта презентации. Примеры формулировок вступления и вывода нами будут приведены в главах, посвященных узким тренингам. Основная часть служит доказательством того, что данный центр, врач или услуга достойны внимания аудитории.

Факторы, формирующие в сознании потребителя услуг представление об успешной клинике:

- время существования клиники на рынке;
- информация о патронах клиники;
- наличие филиалов;
- статусная информация о других докторях;
- информация спектре услуг, оказываемых клиникой;
- статистика результатов работы клиники;
- конкретная и в меру обобщенная информация об оборудовании клиники;
- конкретная и в меру обобщенная информация о материалах, которые применяются в клинике;
- информация о страховых компаниях, с которыми сотрудничает клиника;
- информация об известных пациентах, которые обращались в клинику (если эта информация не противоречит врачебной тайне);

Факторы, формирующие в сознании потребителя услуг представление об успешном враче:

- стаж работы;
- статусная информация;
- информация об известных клиниках, в которых врач работал ранее;
- информация об учебных заведениях, в которых врач обучался или проходил повышение квалификации;
- наличие различных специализаций;
- информация о популярных пациентах (если эта информация не противоречит врачебной тайне);
- умение рассказывать профессиональных предпочтениях того или иного врача.

Факторы, формирующие в сознании потребителя услуг представление об эффективной услуге:

- данные об эффективности услуги;
- данные о надежности услуги;
- данные о комфортности услуги;
- конкурентные преимущества услуги;
- информация о разработчиках услуги;

– информация о популярных пациентах, воспользовавшихся этой услугой (если эта информация не противоречит врачебной тайне).

Особое внимание обращается на то, чтобы участники презентаций избегали аббревиатур, сокращений и бытовизмов в названиях (например, «Первый мед.», академия МАПО», «кандидат наук», «доктор наук» и т.п.). Все имена собственные являются рекомендациями и полное, правильное их произнесение делает презентацию более весомой.

Вывод является своеобразной квинтэссенцией всего вышеизложенного и должен прямо или косвенно побуждать слушателя к действию. Мы рекомендуем участникам тренинга избегать формулировок, содержащих отрицания, в особенности в начале и окончании выступления, т.к. при их восприятии велика роль бессознательного.

Практическое задание.

Участникам тренинга предлагается подготовить презентацию. Тема презентации зависит от профессионального состава группы. При подготовке презентации рекомендуется отказаться от полной записи текста выступления, а зафиксировать на бумаге полностью фразы вступления, заключения, а также аргументы доказательства. Мы настоятельно советуем во время подготовки вслух проговорить будущее выступление. Как правило, на подготовку дается не более 15 минут.

Читать текст выступления по бумажке категорически запрещается. Во время презентации мы предлагаем выступающим поддерживать с группой контакт глазами. Этот навык в дальнейшем будет тренироваться постоянно на всех групповых обсуждениях, т.к. он необходим для решения профессиональных задач всем специалистам медицинского центра.

Во время презентации участникам предлагается оценить выступление друг друга по трехбалльной шкале, обращая внимание на структуру выступления. Максимальная оценка, которую выступающий может получить за свою речь – 3 балла: 1 балл за безупречное вступление, 1 балл – за убедительную основную часть, 1 балл – за безупречный вывод. Если слушателю что-то не понравится во вступлении, он может, например, оценить его на 0,5 балла или на 0,8 балла. То же самое относится к оценке основной части и вывода. Окончательная оценка суммируется. После каждого выступления мы просим участников тренинга не только выставить баллы, но и записать спонтанные комментарии к выступлению, которые очень важны для дальнейшего обсуждения. Обсуждение выступлений проводится после того, как все презентации будут сделаны. Полученные баллы суммируются, самый красноречивый чем-нибудь награждается. Если участникам тяжело дается этот эксперимент или нам необходимо закрепить навыки двух презентаций (например, клиники и врача), то подготовка второй презентации дается в качестве домашнего задания и используется во второй день для разогрева группы. Вторая презентация обычно не оценивается, во-первых, в целях экономии дорогого тренингового времени, во-вторых, вторая презентация, как правило, делается намного успешнее первой. Участники видят свой успех, и это их радует.

2.4. Технические приемы ведения переговоров в продаже медицинских услуг

Технические приемы ведения беседы – это алгоритмы, использующиеся в практической психологии с целью оптимизации ведения переговоров. Работа по этой теме занимает относительно немного тренингового времени и, как правило, доброжелательно воспринимается группой. Когда мы обсуждаем, как надо говорить и отвечать в тех или иных ситуациях, участникам тренинга часто кажется, что коммуникативная панацея у них в кармане. Прозрение наступает позже, на тренингах ролевых ситуаций. Ориентация на сотрудничество позволяет создать хорошую рабочую атмосферу в группе. При выполнении практических заданий участники тренинга часто меняют партнеров. Подобная быстрая смена ролей позволяет нивелировать личностный негативизм отдельных участников тренинга по отношению к друг к другу, что является довольно распространенным явлением в корпоративных тренингах.

Методические задачи.

Создание конструктивных коммуникативных отношений в группе.

Закрепление навыков в постановке цели в переговорных ситуациях.

Формирование навыков ранжирования целей в переговорных ситуациях.

Формирование личной активной жизненной позиции в переговорах.

Закрепление навыков уверенного поведения.

Теоретическая часть.

Спектр переговорных приемов достаточно широк. Выбрать из этого спектра то, что является актуальным для данной группы – как правило, задача довольно непростая, решение которой во многом зависит от того, какие приемы больше нравятся самому ведущему. При определении объема данного материала мы предпочитаем учитывать две составляющие: специфику переговорных ситуаций в медицине и реальную возможность овладения конкретными практическими навыками в течение одного тренинга. Все переговорные приемы даются в привязке к конкретным ситуациям. Мы обращаем внимание группы на тот факт, что можно типологизировать коммуникативные процессы, с которыми они сталкиваются на рабочем месте. Большинство из них, как правило, могут быть успешно и быстро завершены. В том случае, если этого не происходит, обычный рабочий момент превращается в длительный переговорный процесс.

Мы выделяем простые и сложные коммуникативные приемы. В качестве простых коммуникативных приемов мы рассматриваем элементы техник активного слушания, технику постановки вопросов, барьеры коммуникации. Отдельно в этой теме рассматривается тренинг ведения переговоров о стоимости лечения. В качестве сложных переговорных процессов мы рассматриваем технику уверенного поведения, как способ корректного оказания давления на поведение собеседника, технику работы с возражением и технику перехвата инициативы в переговорах.

Техники активного слушания могут быть эффективно использованы в переговорах только в том случае, если переговорщик четко осознает цель, которую он хочет достичь

Вербализация А.

Предполагает дословный пересказ слов собеседника.

Цель. Наиболее точное усвоение фактологической информации.

Словесные клише: «Вы говорите, что...»

Комментарий: этот прием можно рассматривать как психогигиенический. Человек, находящийся в состоянии пациента, плохо усваивает фактологическую информацию. Он может не понять, забыть или исказить такие важные факты, как дату и время посещения врача, необходимую последовательность действий в процессе лечения или сдачи анализов,

назначения врача. В процессе отработки этого приема мы не только дословно пересказываем, но и тренируем эту технику «наоборот». Участники тренинга, проговаривая определенный объем точной информации, задают друг другу вопрос: «Повторите, пожалуйста, как Вы меня поняли».

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.