



ИНСТИТУТ УПОЛНОМОЧЕННЫХ
ОБЩЕСТВЕННЫХ ЭКСПЕРТОВ
ПО МУКОВИСЦИДОЗУ



ПРИ ПОДДЕРЖКЕ
ФОНДА
ПРЕЗИДЕНТСКИХ
ГРАНТОВ

ПОСТРОЕНИЕ ЭФФЕКТИВНЫХ КОММУНИКАЦИЙ С ПАЦИЕНТАМИ С МУКОВИСЦИДОЗОМ

Методические материалы

Автор-составитель

Анпилогова М.В.

Проект «НКО за пациентов:
формирование институтов влияния и сотрудничества»
2026 г.

Аннотация

Методические материалы подготовлены в рамках Проекта «НКО за пациентов: формирование институтов влияния и сотрудничества», реализуемого Всероссийским союзом пациентов с использованием гранта Президента Российской Федерации на развитие гражданского общества, предоставленного Фондом президентских грантов.

Помощь пациентам с муковисцидозом и их семьям строится на основе постоянной информационной, эмоциональной и организационной поддержки. Доверие и готовность пациентов следовать рекомендациям во многом зависят от качества коммуникации пациента и НКО.

В данных методических материалах мы рассматриваем два основных типа коммуникаций с пациентами с муковисцидозом.

Первый — консультирование, которое может проходить в разных форматах: очные встречи (глубокий контакт, возможность увидеть невербальные реакции), телефонные звонки (оперативность, доступность для тех, кто далеко) и письменная переписка в мессенджерах или по электронной почте (удобство для фиксации информации, спокойный темп). Второй тип — коммуникации на мероприятиях (Школы пациента, родительские собрания, группы поддержки, круглые столы с врачами). Привлечение пациентов к участию в мероприятиях и групповое общение на очных встречах или на вебинарах требует использования инструментов вовлечения и мотивации.

Цель сборника — помочь руководителям и активистам НКО осознанно выбирать инструменты построения коммуникации в зависимости от формата общения, запроса пациента и собственных задач.

ОГЛАВЛЕНИЕ

РАЗДЕЛ 1. ОСОБЕННОСТИ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ	3
Отличие «общения» от «консультирования»	3
Треугольник Карпмана	4
Смена ролей в треугольнике Карпмана	5
Рекомендации для выхода из треугольника Карпмана	7
3-шаговая модель консультации	7
Вводная часть консультации	8
Установление контакта — присоединение	8
Присоединение на телесном уровне	8
Прояснение запроса и ситуации	10
Основная часть консультации	16
Перевод пациента в рациональную позицию	16
Передача информации	16
Работа с возражениями и снятие сопротивления	19
Завершающая часть консультации	20
Подведение итогов	20
Стимулирование к выполнению плана	20
 РАЗДЕЛ 2. ПРОВЕДЕНИЕ МЕРОПРИЯТИЙ	22
Горячая аудитория	22
Тёплая аудитория	23
Холодная аудитория	24
Каналы обращения к холодной аудитории	27
Форматы касаний	28
Промт для ИИ: генерация анонсов мероприятий с учётом типа аудитории	29
Как использовать особенности обучения взрослых людей при организации мероприятий для пациентов или их родителей	31
Инструменты вовлечения участников в онлайн-мероприятия	32

РАЗДЕЛ 1. ОСОБЕННОСТИ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ

Консультирование пациентов — это не просто информирование о необходимых действиях в сложных случаях. Со стороны консультанта - это и готовность отвечать по телефону, в мессенджерах, лично почти в круглосуточном режиме, и сочувствие непростым ситуациям, и желание оказать помощь. Чтобы предотвратить эмоциональное выгорание консультантов и распределить ответственность, важно уметь профессионально выстраивать диалог с применением практических инструментов. Ключевая задача: не дать готовое решение, а помочь пациенту осознать свои ресурсы, повысить готовность к действию и стимулировать его выполнить запланированные шаги.

Для руководителя или активиста НКО владение этими навыками критически важно, потому что:

1. **Повышается эффективность общения.** Вместо хаотичного монолога пациента ведётся структурированный диалог, консультант выясняет, уточняет, подводит итоги и договаривается о действиях.

2. **Снижается риск манипуляций и нарушений личных границ с обеих сторон.** Владение технологией перехода в профессиональную позицию, умение распознавать «вывод на жалость» или «желание причинить добро во что бы то ни стало» помогают сохранять эмоциональный баланс и выстраивать конструктивные отношения.

3. **Формируется ответственная позиция пациента.** Через прояснение запроса, специальные вопросы, обратную связь и поддержку пациент сам становится «ответственным пациентом», что ведёт к реальным изменениям качества его жизни.

Таким образом, консультирование — это базовая компетенция лидера НКО, позволяющая устойчиво и профессионально помогать, сохраняя собственный ресурс и уважая достоинство каждого обратившегося.

Таблица №1 «Отличие «общения» от «консультирования»

Параметры сравнения	Общение	Консультирование
Структура коммуникации	Спонтанное, структура отсутствует — разговор развивается непредсказуемо, нет чётких этапов, темы могут перескакивать, временные рамки не заданы	Есть структура - 3 этапа консультации (установление контакта и выявление запроса; основной этап с анализом и поиском решений; завершение с фиксацией договорённостей) — процесс организован и управляем
Позиция консультанта	Личностная или Статусная — человек опирается на свои эмоции, симпатии/антипатии (личностная) либо на власть, авторитет, должность (статусная)	Профессиональная — консультант сохраняет нейтралитет, ориентируется на задачу, использует специальные инструменты, не переходит в личные или властные отношения
Результаты взаимодействия	Не выделяются, не фиксируются — стороны не договариваются о конкретном итоге разговора, нет критериев успеха, результат остаётся неявным	Итоги консультации выделяются, фиксируются, оцениваются и становятся осознанной ценностью

Ответственность	Не выделяется — никто специально не оговаривает, кто за что отвечает; ответственность либо размыта, либо автоматически перекладывается на собеседника	Проясняется. Распределяется. Происходит принятие ответственности, есть готовность действовать в рамках договорённостей — консультант и пациент совместно определяют зоны ответственности каждого, фиксируют конкретные шаги, и пациент добровольно принимает на себя обязательства (даже минимальные)
Пролонгация – серия консультаций для достижения устойчивого результата	Необязательна — продолжение взаимодействия не планируется; разговор может не иметь продолжения или продолжение зависит от случайных обстоятельств	Прояснение дальнейших действий и контрольных точек взаимодействия — в конце консультации договариваются о следующих шагах (созвон, повторная встреча, выполнение нужных действий для решения задачи пациента), назначаются сроки

Треугольник Карпмана

Треугольник Карпмана (драматический треугольник) — это психологическая модель созависимых отношений, описанная Стивеном Карпманом в 1968 году. Она описывает три привычные социальные роли, которые люди часто занимают в ситуациях:

- Жертва, которая застряла в проблеме и испытывает бессилие.
- Преследователь, который оказывает давление, принуждает или преследует жертву.
- Спасатель, который вмешивается из желания помочь ситуации или слабому.

Участники неосознанно переключаются между этими ролями, манипулируя друг другом и избегая ответственности за свои чувства и действия.

Изучение данной модели очень важно для активистов НКО, оказывающих информационную поддержку пациентам. Так как сама структура ситуации часто провоцирует на неосознанное следование роли: пациент, который находится в сложной ситуации (роль «Жертва»), обращается к эксперту, владеющему полной информацией по теме (роль «Спасателя»).

Пациент в позиции «Жертвы» транслирует беспомощность: «Я ничего не могу», «Всё бесполезно». Консультант-Спасатель вместо профессиональной поддержки берёт ответственность на себя: решает проблемы за пациента, делает то, что пациент мог бы сделать сам, даёт готовые ответы без вовлечения пациента.

Последствия для консультанта: хроническое переутомление, разочарование («меня используют»), эмоциональное выгорание, снижение удовлетворения от помощи — ведь пациент не становится активнее, а требует всё новых «спасений» за счет ресурсов консультанта. И таким образом, Спасатель сам превращается в Жертву.

Последствия для пациента: теряет мотивацию и веру в свои силы, становится пассивным, перекладывает ответственность на консультанта, не выполняет

договорённости. Пассивность и потребительское отношение – проблема, о которой часто говорят руководители пациентских НКО. Проявляя потребительское отношение к ресурсам НКО и волонтеров, пациент занимает позицию «Преследователя».

Смена ролей в треугольнике Карпмана

Роли в треугольнике Карпмана не статичны — они постоянно циркулируют. Это ключевое свойство модели: человек, начавший с одной роли, неизбежно (часто неосознанно) переходит в другую. Для консультанта пациентской НКО понимание этого механизма помогает вовремя заметить ловушку и выйти из деструктивной коммуникации.

Типичные сценарии смены ролей в диаде «консультант — пациент», если не используются инструменты консультирования.

1. Спасатель → Преследователь («Я столько для тебя сделал, а ты...»)

Консультант начинает с активной помощи: решает проблемы пациента, берёт на себя его задачи, даёт готовые ответы. Но пациент не становится самостоятельным — наоборот, требует всё большего. В какой-то момент у Спасателя накапливается усталость и раздражение («Я выкладываюсь, а результата нет!»). Тогда он неожиданно переходит в роль Преследователя: обвиняет пациента в неблагодарности, лени, пассивности. Фразы-маркеры: «Вы не цените моё время», «Я же вам всё объяснил, почему не сделали?», «Сколько можно вас опекать?».

2. Спасатель → Жертва («Все меня используют»)

Если консультант долго работает в роли Спасателя и не видит изменений, он может почувствовать себя Жертвой: «Пациенты только требуют, никто не думает о моих силах», «Я стараюсь-стараюсь, а им всё мало». В этой позиции консультант перестаёт помогать эффективно, жалуется коллегам, ищет сочувствия — тем самым вовлекая их в свой треугольник.

3. Жертва (пациент) → Преследователь («Это вы виноваты!»)

Пациент в роли Жертвы транслирует беспомощность. Но если консультант не даёт немедленного готового решения (а делает это профессионально, возвращая ответственность), пациент может резко сменить роль: начать обвинять консультанта, НКО, врачей. Фразы: «Вы меня не понимаете», «Ваша организация ничего не делает», «Вы некомпетентны». Так пациент из пассивной Жертвы превращается в агрессивного Преследователя.

Понимание смены ролей помогает консультанту:

- Не попадаться в ловушку — как только вы чувствуете раздражение или обиду на пациента, спросите себя: «Не перешёл ли я из Спасателя в Преследователя или Жертву?»
- Разрывать треугольник — осознанное возвращение в профессиональную позицию (вне треугольника) через прояснение ответственности, чёткие договорённости и уважение к границам.
- Предотвращать выгорание — помня, что любое движение по треугольнику истощает ресурс.

Таблица №2 «Проявление ролей»

	Спасатель	Преследователь	Жертва
Суть роли	Успокаивает, облегчает страдания. Активно делится	Критикует, винит, превосходит	Бессильный, застрявший в

	способами решения ситуации. Спасатель демонстрирует мотив решения проблемы и прилагает большие усилия для её решения. Однако он имеет и скрытый мотив к достижению успеха таким образом, который выгоден для него. Например, он может испытывать чувство самоуважения, или ощущать статус «эксперта», видя, что от него кто-то зависит или кто-то ему доверяет.	Для Преследователя характерно стремление властвовать над другими, доминировать, демонстрировать свою значимость как эксперта. Они не берут на себя ответственность за то, что причиняют боль другим, ибо считают, что те люди заслужили подобное отношение. Проповеди, угрозы, запугивания, многочисленные нравоучения и открытые конфликты — всё это является обыденными действиями Преследователя.	проблемах, ничемный Характерная особенность Жертвы — нежелание брать на себя ответственность. Она убеждена в своей неспособности к самостоятельной жизни и всегда ищет Спасателя. Также часто привлекает к себе Преследователя, потому что подсознательно она не хочет выходить из своего пассивного положения, так как не хочет прилагать усилий. Если Жертве предлагают совет для разрешения её проблемы, она сразу же отвергает его, так как считает свои проблемы неразрешимыми.
Типичные выражения для человека в роли	Бедняжка! Давай я тебе помогу! Давай я сама всё сделаю, у тебя всё равно не получится Я знаю, что для тебя лучше, просто доверься мне Я не могу бросить тебя в беде — без меня ты пропадёшь	Это ты виноват! У тебя никогда не получается Ты сам виноват в том, что с тобой случилось Почему ты такой безответственный? Нормальные люди так не поступают Это твоя обязанность, и не надо мне ничего объяснять	Я самый несчастный Я ничего не могу изменить, от меня ничего не зависит Почему это всегда случается именно со мной? Если бы вы только знали, как мне тяжело — вы бы не требовали от меня действий
Типичные выражения для консультанта, находящегося в роли	Я сейчас всё объясню и всё исправлю за вас Не волнуйтесь, я беру это на себя	Вы сами виноваты, что не следуете моим советам Сколько можно ныть? Возьмите себя в руки, в конце концов Вы не стараетесь, поэтому у вас ничего не получается	Я уже всё перепробовал, но вам не помочь Почему вы такие сложные? Я же стараюсь, а вы не цените У меня выгорание из-за таких, как вы, а начальству всё равно

Рекомендации для выхода из треугольника Карпмана

Осознание реализации любой роли из треугольника помогает остановить цикл смены ролей. Для консультанта есть способы, которыми он может выйти в профессиональную позицию для прекращения ролевого поведения.

- Определение запроса пациента

На этапе установления контакта при прояснении сути обращения консультанту важно прояснить у пациента *«А что именно вы хотите получить от нашей встречи?»* и далее строить диалог, исходя из запроса пациента. К этой цели можно возвращаться в ходе консультации и при определении дальнейших шагов пациента.

- Сохранение профессиональной позиции

Консультант не использует «ты-сообщения» с осуждением. Вернуться к фактам и чувствам пациента без ярлыков.

Вместо *«Вы должны были...»* → *«Давайте посмотрим, что произошло. Какие шаги вы предприняли? Что было сложным?»*

- Следование структуре консультации

При опознании маркеров роли консультант возвращается мысленно к структуре консультации: *«Что сейчас происходит? На каком этапе мы застряли? Какой элемент консультации был пропущен?»*

- Взять паузу

Консультант всегда имеет право на паузу – в личном разговоре, в разговоре по телефону или при переписке для того, чтобы обдумать свои чувства и действия. *«Я сейчас возьму паузу, чтобы лучше понять, что вам сейчас нужно. Вы можете тоже подумать — какой ответ вы хотите услышать от меня?»*

3-х шаговая модель консультации

Для эффективного консультирования рекомендуем использовать 3-шаговую модель консультации. В структуру модели «защиты» инструменты передачи ответственности пациенту за реализацию действий, о которых договорились на консультации.

Таблица №3 «Этапы 3-х шаговой модели консультирования»

	Задачи этапа
Вводная часть	1. Установление контакта - присоединение 2. Прояснение запроса и ситуации
Основная часть	1. Перевод пациента в рациональную позицию 2. Передача информации 3. Работа с возражениями и снятие сопротивления
Завершение	1. Подведение итогов 2. Стимулирование к выполнению плана

Вводная часть консультации. Установление контакта — присоединение

Необходима для создания безопасной, доверительной атмосферы, в которой пациент чувствует, что его принимают и готовы слушать без осуждения. Консультант «настраивается» на собеседника, чтобы лучше понимать состояние пациента. Без качественного присоединения последующие этапы консультации будут малоэффективны: пациент может закрыться, не раскрыть истинный запрос или отказаться от взаимодействия.

Цели этапа:

- Снизить тревогу и напряжение пациента.
- Сформировать первичное доверие к консультанту.
- Перевести пациента из хаотичного или эмоционального состояния в состояние готовности к диалогу.
- Задать тон всему разговору — уважительный, безоценочный, профессиональный.

Таблица №4 «Установление контакта — присоединение»

	Что делает консультант/ Что говорит консультант
Приветствие	«Добрый день/вечер», «Здравствуйте» Если ранее знакомы – возможны менее формальные способы приветствия
Подтверждение (при необходимости)	«Да, дозвонились правильно, я занимаюсь помощью пациентам с МВ»
Знакомство (при необходимости)	Представление консультанта. Знакомство с пациентом «Как к Вам обращаться?»
Обозначение временных границ разговора	Определить время на разговор «У нас есть 30 минут для того, чтобы обсудить Ваш вопрос». «К сожалению, у меня есть только 10 минут сейчас для разговора, надеюсь, что нам хватит времени на разговор» Если вести консультацию неудобно, то сразу перенести разговор на удобное время «Мне сейчас неудобно говорить, давайте созвонимся завтра. Буду ждать вашего звонка в период с... по... Можете в это время набрать меня?»

Присоединение на телесном уровне

Консультант может проводить присоединение к консультируемому на телесном уровне. Это дает глубину контакта и более точное понимание состояния пациента, создается **состояния безопасного телесного контакта**, при котором пациент бессознательно чувствует: «меня слышат, мне не угрожают, я могу расслабиться». Техники применяются при очном, телефонном или онлайн-консультировании.

Инструменты телесного присоединения в консультировании

1. Оценка состояния пациента через направленное внимание

В начале разговора (и периодически в ходе консультации) вы целенаправленно замечаете, в каком состоянии находится пациент: возбуждён, тревожен, подавлен, устал, спокоен. При очной встрече вы смотрите на позу, мимику, дыхание, движения. При телефонном или онлайн-разговоре — слушаете темп речи, интонацию, паузы, вздохи.

Это нужно, чтобы подобрать свой тон и скорость общения под состояние пациента. Если пациент взволнован — вы говорите медленнее и спокойнее. Если заторможен — чуть активнее. Это помогает пациенту почувствовать, что его видят (слышат) и подстраиваются под него, а не давят.

Как применять на практике.

- Очно: задайте себе вопрос «Что я вижу? Напряжённые плечи, сжатые кулаки, частые моргания?».
- По телефону: «Что я слышу? Голос дрожит, говорит отрывисто или тянет слова?».
- В переписке: обратите внимание на длинные эмоциональные сообщения, капслок, много восклицательных знаков.

2. Комфортное и открытое положение тела

Вы садитесь удобно и устойчиво: вся стопа на полу, сидите на всей поверхности стула (не на краю), спину держите прямо, но без жёсткости. Корпус слегка наклоняете в сторону пациента (при очной встрече). Руки не скрещиваете на груди, ладони держите открытыми — на коленях или на столе. При телефонной консультации — та же поза (это влияет на ваш голос — звучит он уверенно и спокойно или же звучит зажато и неуверенно). При онлайн — сядьте так, чтобы в кадре были плечи и часть груди, не горбитесь.

Ваше тело передаёт сигналы: «Я спокоен, открыт к диалогу, никуда не спешу и не собираюсь нападать». Пациент бессознательно считывает эти сигналы и расслабляется. Кроме того, ваша устойчивая поза помогает вам самим сохранять профессиональную позицию и не «проваливаться» в эмоции.

Как применять на практике.

- Перед звонком сделайте быструю проверку: «Мои ступни на полу? Спина прямая? Руки не скрещены? Я сижу на стуле полностью или на краешке?».
- Если чувствуете усталость или напряжение — намеренно расправьте плечи и сделайте выдох.

3. Правильный взгляд

Вы смотрите пациенту в зону «треугольника»: область глаз, переносица, рот. Взгляд мягкий, без прищура и гипнотического вглядывания. Периодически на секунду переводите взгляд вниз-вбок, как бы обдумывая сказанное. При онлайн-консультации смотрите не в свои глаза на экране, а в объектив камеры или чуть ниже — в область лица на экране.

Прямой долгий взгляд воспринимается как давление или угроза. Мягкий взгляд в «треугольник» даёт пациенту ощущение внимания, но не вторжения. Отведение взгляда в сторону даёт пациенту «передышку» и снижает напряжение — особенно если пациент застенчив или говорит о болезненном.

Как применять на практике.

- Потренируйтесь перед зеркалом: посмотрите на свой «треугольник» на лице, затем мягко отведите взгляд вниз-вбок.

- При онлайн-встрече разместите окно с пациентом прямо под объективом камеры — так будет легче смотреть «в лицо».

- Если пациент отводит глаза или смотрит в сторону — не пытайтесь «поймать» его взгляд, просто продолжайте говорить в спокойном темпе.

4. Отражение действий и мимики пациента (синхронизация)

Вы ненавязчиво повторяете некоторые позы, жесты или движения пациента, а также отражаете его мимику. Например, пациент откинулся на спинку стула — вы тоже мягко откидываетесь. Пациент нахмурился — вы слегка сводите брови. Пациент вздохнул — вы тоже делаете выдох. Важно делать это естественно, с задержкой в несколько секунд, не копируя как зеркало.

Это древний механизм доверия: когда мы видим человека, который похож на нас в движениях, мозг бессознательно маркирует его как «своего». Пациент начинает чувствовать большее понимание и безопасность. Кроме того, через отражение вы лучше начинаете чувствовать состояние пациента — это эмпатия через тело.

Как применять на практике.

- Не пытайтесь отражать всё подряд. Начните с одного: темпа дыхания (при очном разговоре) или позы рук.

- При телефонном разговоре вы можете отражать темп речи и интонации пациента: если он говорит медленно — слегка замедляйтесь.

- Если пациент явно возбуждён (жестиккулирует, мечется) — не копируйте это. Вместо этого используйте спокойную, устойчивую позу (инструмент 2) и плавную речь — это будет «успокаивающим якорем».

Важное замечание для всех инструментов. Телесное присоединение работает на бессознательном уровне. Не надо делать это механически или демонстративно. Если вы чувствуете дискомфорт или неестественность — значит, вы слишком стараетесь. Просто будьте внимательны к себе и пациенту. Даже одна из этих техник (например, открытая поза) уже улучшит контакт.

Прояснение запроса и ситуации

Сбор информации о том, с чем именно пришёл пациент, какую проблему хочет решить, что для него важно. Консультант выслушивает пациента и отделяет жалобу от истинного запроса, применяя различные техники. Чем точнее прояснён запрос, тем выше шанс, что консультация приведёт к реальному, а не мнимому результату, а пациент не уйдёт с чувством «меня не поняли».

Цели этапа:

- Перевести размытую жалобу («Всё плохо», «Ничего не получается») в конкретный, решаемый запрос.

- Понять, в чём именно пациент ждёт помощи: информация, маршрутизация, алгоритм действий или эмоциональная поддержка.

- Оценить, насколько ситуация в компетенции консультанта (и направить к другому специалисту при необходимости).

- Создать основу для дальнейшего этапа — выработки договорённостей и распределения ответственности.

В консультировании пациентов (особенно в рамках работы НКО) важно различать жалобу и запрос — это разные уровни коммуникации, и смешивать их нельзя.

Жалоба — это выражение недовольства, боли, страха, разочарования или бессилия по поводу сложившейся ситуации. Жалоба фиксирует проблему, но не содержит готового направления к действию. Она чаще связана с эмоциональным состоянием, чем с конкретной целью. Если консультант берет в работу жалобу без прояснения, то отвечает на своё понимание потребности пациента.

Примеры жалоб:

- «Врачи меня не слышат, ничего не объясняют».
- «Лекарства такие дорогие, я не справляюсь».
- «У моего ребенка тяжелое хроническое заболевание, и дальше будет только хуже»
- «Меня никто не поддерживает, я одна со своей болезнью».

Что делать с жалобой? Консультант не должен сразу предлагать решение. Сначала важно признать и легитимизировать чувства пациента («Я слышу, как вам тяжело», «Это действительно больно»). Затем — перевести жалобу в запрос.

Запрос отличается от жалобы тем, что это чётко сформулированное желание пациента получить конкретный результат от консультации. Запрос отвечает на вопрос: «Чем именно я могу вам помочь прямо сейчас?». Он предполагает распределение ответственности: пациент готов что-то делать, а консультант — предоставить ресурс (информацию, алгоритм, маршрутизацию, поддержку).

Примеры запросов:

- «Подскажите, как правильно оформить льготу на лекарства».
- «Дайте контакты психолога, который работает с пациентами с хроническими заболеваниями».
- «Помогите мне составить план разговора с лечащим врачом».
- «Я хочу понять, как объяснить ребёнку его диагноз».
- «Мне нужна пошаговая инструкция, что делать после выписки».

Что делать с запросом? Если запрос в зоне компетенции консультанта — работать по этапам: прояснить ситуацию, дать инструменты, договориться о действиях. Если нет — перенаправить к другому специалисту.

Если консультант начинает работать с жалобой, то высок риск перехода на роли из треугольника Карпмана со всеми вытекающими последствиями.

Таблица №5 «Действия консультанта»

	Что делает консультант/ Что говорит консультант
Открывающая фраза для прояснения жалобы	«Чем я могу вам помочь/ быть полезен?», «Я вас слушаю...», «Какой у вас вопрос?»
Присоединиться к эмоциям	«Я слышу ваше отчаяние, это очень трудно» «Я слышу, как вам тяжело», «Это действительно больно»

Задать уточняющий вопрос	«Что бы вы хотели изменить в этой ситуации в первую очередь?» «Какая помощь вам сейчас нужна больше всего?» «Что мы можем сделать прямо в рамках этого разговора?»
Совместно сформулировать запрос	«Получается, вы хотите, чтобы я...» «Я правильно понял, что ваш запрос звучит так:...?»
Определить, что может консультант в работе над запросом	«Из того, что мы сейчас определили, я могу сделать это.... И это... А по этой теме я рекомендую обратиться к такому-то специалисту»

Таблица №6 «Примеры жалоб и запросов»

Жалоба	Каким может быть запрос
Пациент говорит: «У меня есть право на бесплатное специализированное питание (или льготные лекарства), но в аптеке сказали “нет”, и в соцзащите тоже ничего не знают. Что делать?» Консультант начинает спрашивать про документы, рецепты, ИПРА, а пациент отвечает: «Какие-то бумаги у меня есть, но я не понимаю, подходят они или нет». Запрос выглядит как «помогите получить», но пациент не может чётко сказать, есть ли у него юридическое основание.	«Я боюсь признаться, что у меня нет правильно оформленных документов» «Я надеюсь, что консультант сделает всё за меня» «Я хочу, чтобы кто-то подтвердил мою правоту, даже если я не прав» «Мне нужен перевод с бюрократического на человеческий язык»
Пациент эмоционально рассказывает: «Я читал законы, я знаю, что мне положено (квоту, льготу, санаторий, питание). Но в реальности никто ничего не даёт, везде очереди, отписки. Я устал бороться. Помогите, я не знаю, что ещё сделать». Консультант может предложить новые действия, но пациент отвечает: «Это всё бесполезно, я уже пробовал».	«Я хочу, чтобы кто-то признал мою правоту и сказал, что система несправедлива» «Я на грани выгорания и не могу больше ничего делать, но боюсь в этом признаться» «Мне нужна пауза и разрешение не бороться какое-то время»
Пациент эмоционально рассказывает: «Я хожу от врача к врачу, один назначает одно, другое — другое, третий говорит вообще не нужно лечиться. Я не знаю, кому верить. Помогите разобраться».	«Я боюсь принимать решения, потому что не доверяю ни себе, ни врачам» «Мне нужно, чтобы меня кто-то поддержал в выборе одного из вариантов» «Я хочу, чтобы консультант сказал, кто из врачей более авторитетен» «Я устал от неопределённости и хочу, чтобы кто-то взял ответственность за мой выбор»

Техники для прояснения запроса пациента

«Каталог тем и возможностей». Консультант заранее определяет, по каким темам предоставляет информацию

Фразы:

«Я могу предоставить информацию по порядку получения лекарств, по записи на консультацию к пульмонологу или по правам пациента. Что из этого Вам актуально?»

«Какую именно помощь вы ждёте от меня как консультанта: пошаговую инструкцию, готовый текст жалобы, разбор ваших документов, или вы хотите, чтобы я помог вам подготовиться к разговору с главврачом?»

Таблица №6 «Примеры прояснения жалоб в технике «Каталог тем и возможностей»

Жалоба	Каким может быть запрос	Варианты вопросов для прояснения запроса
Пациент говорит: «У меня есть право на бесплатное специализированное питание (или льготные лекарства), но в аптеке сказали “нет”, и в соцзащите тоже ничего не знают. Что делать?» Консультант начинает спрашивать про документы, рецепты, ИПРА, а пациент отвечает: «Какие-то бумаги у меня есть, но я не понимаю, подходят они или нет». Запрос выглядит как «помогите получить», но пациент не может чётко сказать, есть ли у него юридическое основание	«Я боюсь признаться, что у меня нет правильно оформленных документов» «Я надеюсь, что консультант сделает всё за меня» «Я хочу, чтобы кто-то подтвердил мою правоту, даже если я не прав» «Мне нужен перевод с бюрократического на человеческий язык»	«Вы хотите, чтобы я помог вам разобрать ваши документы и понять, есть ли у вас законное право, или вы хотите получить образцы жалоб и инструкцию, даже если права нет?» «Если бы вы могли попросить у меня что-то одно — разбор документов, готовую жалобу или просто список куда позвонить — что бы вы выбрали?»
Пациент эмоционально рассказывает: «Я читал законы, я знаю, что мне положено (квоту, льготу, санаторий, питание). Но в реальности никто ничего не даёт, везде очереди, отписки. Я устал бороться. Помогите, я не знаю, что ещё сделать». Консультант может предложить новые действия, но пациент отвечает: «Это всё бесполезно, я уже пробовал».	«Я хочу, чтобы кто-то признал мою правоту и сказал, что система несправедлива» «Я на грани выгорания и не могу больше ничего делать, но боюсь в этом признаться» «Мне нужна пауза и разрешение не бороться какое-то время»	«Вы описываете длительную борьбу. Давайте честно: если бы вы могли сейчас выбрать между двумя вариантами — получить чёткий новый план действий на неделю или просто услышать, что вы всё делали правильно и имеете право отдохнуть от борьбы, — что вам сейчас важнее?»

Пациент эмоционально рассказывает: «Я хожу от врача к врачу, один назначает одно, другое — другое, третий говорит вообще не нужно лечиться. Я не знаю, кому верить. Помогите разобраться».	«Я боюсь принимать решения, потому что не доверяю ни себе, ни врачам» «Мне нужно, чтобы меня кто-то поддержал в выборе одного из вариантов» «Я хочу, чтобы консультант сказал, кто из врачей более авторитетен» «Я устал от неопределённости и хочу, чтобы кто-то взял ответственность за мой выбор»	«Если бы мы прямо сейчас могли сделать только одно действие, чтобы вам стало легче — выбрать одного врача, перестать ходить ко всем, попросить третье мнение или просто отдохнуть от визитов — что бы вы выбрали?» «Что для вас страшнее: ошибиться с лечением или продолжать жить с этой неопределённостью?» «Вы хотите, чтобы я помог вам структурировать противоречия и составить список вопросов для повторного визита к врачу, или вы хотите получить контакт сервиса для второго мнения (независимого разбора назначений)?»
---	--	---

Техника «Ситуация – Барьер – Цель» (СБЦ)

Разделить историю пациента на три части: **что есть сейчас** (ситуация), **на чём споткнулись** (барьер), **куда хотим прийти** (цель). Это помогает разложить ситуацию пациента «по полочкам» и даёт ясность о потребности пациента в определенном типе помощи.

Фразы-якоря:

Что есть сейчас (ситуация) *«Давайте по порядку: какую конкретно медицинскую помощь / питание / лекарство вы сейчас пытаетесь получить?»*

На чём споткнулись (барьер) *«На каком этапе возникло затруднение? Вам отказали, не объяснили, или вы не знаете, куда обратиться?»*

Куда хотим прийти (цель) *«Какой именно результат вы хотите получить от нашей консультации?» (например: чёткий алгоритм действий, образец жалобы, подтверждение законности ваших требований)*

Таблица №6 «Примеры коммуникации в технике «Ситуация – Барьер – Цель»

Жалоба	Каким может быть запрос	Варианты вопросов для прояснения запроса
Пациент говорит: «У меня есть право на бесплатное специализированное питание (или льготные лекарства), но в аптеке сказали «нет», и в	«Я боюсь признаться, что у меня нет правильно оформленных документов» «Я надеюсь, что консультант сделает всё за меня»	Ситуация: <i>«Давайте по порядку: какое именно питание/лекарство вы пытаетесь получить и на основании какого документа (ИПРА, рецепт, заключение врача)?»</i> Барьер: <i>«На каком этапе</i>

соцзащите тоже ничего не знают. Что делать?» Консультант начинает спрашивать про документы, рецепты, ИПРА, а пациент отвечает: «Какие-то бумаги у меня есть, но я не понимаю, подходят они или нет». Запрос выглядит как «помогите получить», но пациент не может чётко сказать, есть ли у него юридическое основание	«Я хочу, чтобы кто-то подтвердил мою правоту, даже если я не прав» «Мне нужен перевод с бюрократического на человеческий язык»	возникло затруднение? Вам отказали в аптеке устно, не выписали рецепт, или не знаете, куда обращаться с уже имеющимися бумагами?» Цель: «Какой результат от нашей консультации вам нужен прямо сейчас: чёткий алгоритм проверки ваших документов, образец жалобы в страховую, или просто список организаций, где можно уточнить своё право?»
Пациент эмоционально рассказывает: «Я читал законы, я знаю, что мне положено (квоту, льготу, санаторий, питание). Но в реальности никто ничего не даёт, везде очереди, отписки. Я устал бороться. Помогите, я не знаю, что ещё сделать». Консультант может предложить новые действия, но пациент отвечает: «Это всё бесполезно, я уже пробовал».	«Я хочу, чтобы кто-то признал мою правоту и сказал, что система несправедлива» «Я на грани выгорания и не могу больше ничего делать, но боюсь в этом признаться» «Мне нужна пауза и разрешение не бороться какое-то время»	Ситуация: «Какую именно льготу или услугу вы сейчас пытаетесь получить и какие шаги вы уже предприняли?» Барьер: «Что стало последней каплей, после которой вы почувствовали, что бороться бесполезно: конкретный отказ, длительное ожидание или отсутствие понятного ответа?» Цель: «Представьте, что наша консультация уже помогла. Что конкретно изменилось? Вы получили готовый план действий (даже если он сложный), или вы услышали, что имеете право сделать паузу и восстановить силы, не теряя право на льготу?»
Пациент эмоционально рассказывает: «Я хожу от врача к врачу, один назначает одно, другое — другое, третий вообще не нужно лечиться. Я не знаю,	«Я боюсь принимать решения, потому что не доверяю ни себе, ни врачам» «Мне нужно, чтобы меня кто-то поддержал в выборе одного из вариантов» «Я хочу, чтобы	Ситуация: «Давайте по порядку: какое у вас основное заболевание и каких именно врачей (специалистов) вы посетили за последнее время?» Барьер: «На каком этапе вы «застряли»? Вам трудно сравнить назначения, вы не можете получить третье

кому верить. Помогите разобраться»	консультант сказал, кто из врачей более авторитетен» «Я устал от неопределённости и хочу, чтобы кто-то взял ответственность за мой выбор»	<i>мнение, или вы просто не знаете, кому из врачей доверять больше?»</i> Цель: «Какой именно результат вы хотите получить от нашей консультации: структурированный список вопросов для каждого врача, контакты сервиса независимого разбора назначений, или конкретный алгоритм выбора лечащего врача при противоречиях?»
---------------------------------------	--	---

В технике «Ситуация – Барьер – Цель» важно не смешивать этапы. Сначала спросить только о ситуации (факты, без оценки). Затем — только о барьере (где именно споткнулись, а не «почему система плохая»). И только после этого — о цели (конкретный измеримый итог консультации). Это превращает общую жалобу в управляемый запрос.

Основная часть консультации

После того как контакт установлен и пациент готов к диалогу, начинается основная часть консультации. Её задача — перевести эмоциональное или хаотичное восприятие проблемы в конструктивное русло, предоставить необходимую информацию и снять препятствия, мешающие пациенту действовать. Основная часть строится как последовательное движение: от эмоций → к фактам → к действиям.

Перевод пациента в рациональную позицию

На этом этапе консультант помогает пациенту временно «отключить» тревогу, обиду или беспомощность и подключить логику и способность анализировать. Пациент перестаёт быть «жертвой обстоятельств» и начинает видеть проблему как задачу, которую можно решить по шагам. Без этого этапа любая информация будет отвергнута или искажена эмоциями.

Цели этапа:

- Снизить интенсивность эмоциональных реакций (гнев, страх, отчаяние) до уровня, при котором возможен рациональный диалог.
- Перевести фокус с «почему это случилось со мной» на «что я могу сделать сейчас».
- Помочь пациенту структурировать свою ситуацию: отделить факты от интерпретаций и предположений.
- Сформировать у пациента готовность воспринимать новую информацию и следовать алгоритмам.

Передача информации

Консультант предоставляет пациенту именно ту информацию, которая нужна для решения его запроса: алгоритм маршрутизации, перечень документов, образцы жалоб, ссылки на законы или контакты организаций.

ВАЖНО не перегружать пациента, давать информацию дозированно и проверять, как он её понял. На этом этапе консультант выступает как навигатор и эксперт, но не как «ходячая энциклопедия».

Цели этапа:

- Предоставить пациенту точную, проверенную и актуальную информацию, соответствующую его запросу.
- Адаптировать информацию под уровень понимания пациента (без жаргона, с примерами).
- Разделить информацию на «что сделать прямо сейчас» и «что может пригодиться потом».
- Проверить, как пациент усвоил информацию (через короткие вопросы или просьбу пересказать следующий шаг).

Техники дозирования информации

Правило «три факта + проверка»

За один блок передаётся не более трёх ключевых фактов или шагов. После этого консультант обязательно проверяет, что пациент запомнил и понял.

Как применять:

- Выделить самое важное для решения вопроса пациента: например, «куда позвонить», «какие документы взять», «какую фразу сказать». Три пункта — максимум.

- После этого задать короткий вопрос на понимание:

«Когда мы завершим разговор, что вы сделаете первым делом для решения ситуации?»

«Назовите, пожалуйста, три документа, которые нужны для этого обращения».

«Расскажите, как поняли, что нужно делать»

Пример:

«Для получения спецпитания вам нужно (1) взять рецепт у лечащего врача, (2) проверить аптеку в списке льготного отпуска, (3) взять паспорт и полис. Повторите, с чего начнёте?»

Техника «одна проблема — один шаг»

Если у пациента несколько вопросов (например, спецпитание, маршрутизация и жалоба на врача), не надо решать всё сразу. Консультант помогает выбрать одну проблему и даёт алгоритм только по ней. Остальное — в следующую консультацию или в конец сегодняшней, если останется время.

Пример:

«Давайте сейчас разберёмся с питанием — это ваш приоритет, я правильно понял? С записью к врачу и жалобой мы разберёмся после, если успеем, или это будет темой следующего звонка».

«Я хочу дать четкий алгоритм действий. Давайте мы сейчас завершим эту тему, а потом займемся другим вопросом».

Таблица №7 «Типичные ошибки новичков при дозировании информации»

№	Ошибка	Как она выглядит	Почему плохо	Что сделать вместо
1	«Шрапнель» — за один раз вываливают 10–15 пунктов, ссылок, законов.	<i>«Вам нужно написать жалобу в Росздравнадзор по форме, приложить копию ИПРА, рецепта, паспорта, полиса, выписки, СНИЛС, заявления, потом ждать 30 дней, потом обжаловать в прокуратуре, а ещё можно...»</i>	Пациент пугается, ничего не запоминает, чувствует себя глупым и беспомощным.	Правило «трёх фактов». Даже если нужно 15 шагов — разбить на 5 блоков или на письменную памятку.
2	«Жаргонная перегрузка» — использование профессиональных терминов без перевода.	<i>«Вам нужна ИПРА с отметкой о питании, затем льготный рецепт на специализированный продукт лечебного питания, потом вы обращаетесь в региональную ЛО по месту прикрепления».</i>	Пациент кивает, но не понимает. Потом звонит снова и говорит «мне ничего не объяснили».	Говорить на языке пациента: «Индивидуальная программа реабилитации — это такой бланк, спросите у врача».
3	Отсутствие проверки понимания — консультант дал информацию и пошёл дальше.	<i>«Всё поняли?» — «Да» (ответ, чтобы не показаться глупым). А на самом деле пациент ничего не понял, но стесняется признаться.</i>	Пациент сделает ошибку, потратит время или вернётся к вам ещё более раздражённым.	Задать открытый вопрос или попросить пересказать действие: <i>«Что вы завтра утром сделаете первым делом?»</i>
4	«Слишком много вариантов» — вместо одного чёткого пути предлагают	<i>«Вы можете пожаловаться в страховую, в минздрав, в прокуратуру или к уполномоченному</i>	Пациент впадает в ступор выбора и ничего не делает.	Предложить один оптимальный путь: <i>«Сначала подайте жалобу главному врачу, это самый</i>

№	Ошибка	Как она выглядит	Почему плохо	Что сделать вместо
	выбор из 3–4 ведомств.	<i>по правам пациентов».</i>		<i>быстрый способ. Если не поможет — вот тогда напишу вам во вторую инстанцию».</i>
5	Игнорирование эмоционального состояния — дают информацию, когда пациент ещё в отчаянии или гнев.	Пациент рыдает или кричит, а консультант: спрашивает «Вам нужно получить направление по форме 057/у».	Информация отскакивает, пациент не слышит.	Сначала перевести в рациональную позицию (этап 1 основной части), потом дозировать.

Перед тем как что-то сказать, спросите себя:

1. Это сейчас самое важное из трёх пунктов?
2. Я перевожу термины на человеческий язык?
3. Как я проверю, что пациент запомнил?
4. Я даю только один путь или сразу несколько?
5. А пациент вообще сейчас в состоянии слышать?

Работа с возражениями и снятие сопротивления

Даже получив ясную информацию, пациент может сопротивляться действию: «это не сработает», «у меня не получится», «я уже пробовал», «у них всё равно отпишут». Возражения — это не агрессия против консультанта, а проявление страха, усталости или предыдущего негативного опыта. Консультант не спорит, а признаёт чувства пациента и мягко возвращает к фокусу на решение.

Цели этапа:

- Признать право пациента на сомнения и усталость, не обесценивая его опыт.
- Отделить реальные препятствия от мнимых («я боюсь» или «мне реально отказали»).
- Предложить пациенту самый маленький, почти лёгкий первый шаг, чтобы снизить сопротивление.
- Закрепить мотивацию: показать, что результат возможен, но ответственность за действие остаётся за пациентом (консультант — помощник, а не «волшебник»).

Таблица №7 «Итоговая схема основной части»

Этап	Ключевой переход	Главный вопрос консультанта самому себе
Перевод в рациональную позицию	От «мне плохо» → к «что я могу сделать»	<i>«Успокоился ли пациент настолько, чтобы слышать факты?»</i>
Передача информации	От «не знаю» → к «понимаю, куда идти»	<i>«Понял ли пациент следующий шаг?»</i>
Работа с возражениями	От «но это не поможет» → к «ладно, попробую»	<i>«Согласен ли пациент на минимальное действие?»</i>

Завершающая часть консультации

После того как основная информация передана, возражения отработаны, а пациент находится в рациональной позиции, необходимо зафиксировать достигнутое и перевести договорённости в конкретные действия. Завершающая часть не должна быть скомканной или внезапной — это полноценный этап, обеспечивающий закрепление результата и мотивацию пациента. Без чёткого завершения пациент уходит с ощущением «вроде поговорили, а что делать — непонятно».

Подведение итогов

Консультант вместе с пациентом коротко резюмирует ключевые моменты разговора: что было выяснено о ситуации, какие решения приняты, какие шаги предстоят. Это помогает убедиться, что обе стороны одинаково понимают договорённости, и даёт пациенту чувство завершённости. Желательно дать возможность резюмировать разговор пациенту, а консультант дополняет.

Цели этапа:

- Проверить, правильно ли пациент понял итоги (задать вопрос: *«Давайте резюмируем наш разговор – о чем мы сегодня говорили?»*, *«Как вы можете сформулируете итог нашего разговора?»*).
- Зафиксировать главный результат консультации (например: *«мы поняли, что ваш документ не оформлен»*, *«вы решили начать с жалобы главврачу»*).
- Дать возможность пациенту задать последние уточняющие вопросы, не открывая при этом новую большую тему.

Стимулирование к выполнению плана

Даже имея чёткий план, пациент может отложить действия из-за страха, усталости или привычки к беспомощности. Консультант мягко, без давления, укрепляет уверенность пациента в том, что он способен справиться, и подчёркивает ценность даже самого маленького первого шага. Это снижает внутреннее сопротивление и повышает вероятность реальных действий.

Цели этапа:

- Перечислить 2–3 конкретных действия, которые пациент выполнит после консультации (что, когда, в каком порядке) (*«Что будете делать после завершения консультации»*)
- Снизить страх перед первым шагом: предложить начать с самого лёгкого действия (позвонить, задать один вопрос, перечитать документ).
- Закрепить ответственность пациента за выполнение плана (без перекладывания на консультанта), но оставить дверь открытой для дальнейшей поддержки: *«Если что-то пойдёт не так, вы знаете, как ко мне обратиться»*.
- Завершить на позитивной или нейтрально-ресурсной ноте: избегая ложного оптимизма, но давая надежду на то, что проблема решается.

РАЗДЕЛ 2. ПРОВЕДЕНИЕ МЕРОПРИЯТИЙ

Эффективность мероприятий пациентской НКО (школы пациента, группы взаимопомощи, мастер-классы, онлайн-форматы) напрямую зависит от уровня вовлечённости целевой аудитории. Однако практика показывает, что предложение единого формата коммуникации и одинаковых каналов привлечения для всей базы контактов приводит к маленькому отклику и низкому уровню «доходимости» на мероприятие.

Аудитория подопечных НКО не является монолитной: она включает в себя пациентов с разной степенью принятия диагноза, уровнем доверия к организации, психоэмоциональным состоянием. Выделяют три ключевых сегмента аудитории («горячий», «тёплый», «холодный»), для каждого из которых характерны специфические мотивы, барьеры и предпочтительные форматы участия.

Использование только одного канала коммуникации и только одного формата сообщений приводит к потере потенциальных участников из «холодного» сегмента, которым требуется больше информации для принятия решения.

Настоящий методический материал предлагает выбирать различные инструменты привлечения для каждого сегмента пациентской аудитории. Цель — помочь руководителям и активистам НКО перейти от интуитивного планирования мероприятий к технологичному процессу вовлечения пациентов.

«Горячая» аудитория

Это пациенты-лидеры, активисты и те, кто находится в фазе активного поиска решений. Эти участники понимают ценность мероприятий сообщества для себя. Им важно участвовать в жизни сообщества — они откликаются на все инициативы или всегда приходят на мероприятия определенного формата или темы. Их мотивы участия — ощущение принадлежности к сообществу и радость встречи с другими пациентами, острый интерес к теме мероприятия или желание проявить свою экспертность в теме.

Поведенческие маркеры:

- Быстро реагируют на сообщения от НКО и регистрируются на мероприятия
- Если не могут — то сообщают в личные сообщения о своих причинах отсутствовать
- Рассказывают другим пациентам про мероприятие, приводят с собой друзей в чаты и на мероприятия
- Приходят с готовыми вопросами и собственными кейсами.
- На онлайн-встречах включают камеру, задают вопросы, активно взаимодействуют в чате.

Задачи при работе с «горячей» аудиторией:

- В информационном плане - давать эксклюзивную информацию, приглашать интересных спикеров.
- В эмоциональном плане — внедрять ритуалы или поддерживать сложившиеся традиции, давать возможность взаимодействия на мероприятиях. Отмечать их участие публично (посты благодарности, грамоты «Самый активный участник»).
- В организационном плане - приглашать как со-организаторов, а не как пассивных участников. Регулярно (раз в полгода) проводить короткие опросы: «Что для

вас сейчас важнее всего?» и строить работу сообщества на основе этих ответов. Давать право вето или выбора спикеров («Кого бы вы хотели пригласить в следующий раз?»)

«Тёплая» аудитория

Это пациенты, которые признают ценность мероприятий сообщества, но приходят на мероприятия нерегулярно.

У них есть две разные внутренние причины:

Тип А. «Новички или сомневающиеся»

- Испытывают интерес к теме и одновременно страх перед незнакомой аудиторией (стесняются, боятся осуждения, не знают «правил» общения в сообществе, не могут попросить о помощи).

- Не понимают, что конкретно они могут получить от мероприятия («опять будут говорить страшные вещи» или «это не для меня»).

- Не верят, что формат им действительно доступен (онлайн — страшно включить камеру, офлайн — далеко, непонятно, как туда вписаться).

Тип Б. «Давние подопечные»

- Уже получили всю необходимую информацию о болезни и лечении.

- Имеют эмоциональную связь с лидером НКО или с другими пациентами.

- Приходят на мероприятия не за новыми знаниями, а чтобы пообщаться или чтобы поддержать (лидера, новичков, других пациентов).

- Участвуют только при условии, что у них есть свободное время и нет усталости / обострения.

Поведенческие маркеры:

- Читают чат, иногда задают вопросы, но не находятся в чате регулярно.

- Могут поставить лайк под анонсом, но регистрируются в последний момент.

- Изредка приходят на мероприятие, если их лично позвал знакомый лидер или другой пациент.

- Приходят на онлайн-встречи, но сидят с выключенной камерой и микрофоном, не задают вопросов.

- Говорят: «Я всё знаю, но я приду, потому что мне нравится наша [имя координатора]».

Задачи при работе с «тёплой» аудиторией:

- В информационном плане – чётко и конкретно расписывать выгоды от мероприятия, используя разные типы мотивации. Для Типа Б – не давать повтор старой информации, а предлагать новые форматы мероприятий.

- В эмоциональном плане – снижать страх незнакомой аудитории: публиковать правила чата и мероприятий («у нас никто не осуждает, можно задать любой глупый вопрос»), сделать видимыми «своих» (фотографии с прошлых встреч, где люди улыбаются). Для Типа Б – легитимизировать их «социальную» роль: «Вы — наша опора, приходите просто так, без обязательств».

- В организационном плане – повторять приглашения на мероприятие несколько раз (за 2 недели, за неделю, за 3 дня, за 1 день), чтобы увидели и пришли. Использовать

личные приглашения от горячих участников (равный → равному). Для Типа А – создавать «первый шаг»: «Придите на 15 минут, посмотрите, можно уйти в любой момент». Для Типа Б – делать мероприятия-посиделки с гибким временем (приходи и уходи, когда хочешь). Для всех типов – за день до мероприятия в мессенджере напомнить о встрече и попросить подтвердить участие.

«Холодная» аудитория

Это подопечные, которые состоят в чате НКО, но ведут себя пассивно. Они не участвуют в мероприятиях, редко задают вопросы, не реагируют на анонсы. Их главная характеристика – потребление готового без лишних телодвижений. Они наблюдают молча, потому что либо не видят в мероприятиях пользы для себя, либо не хотят тратить энергию. Единственный случай, когда они проявляют активность – если у них возникает острая нужда (лекарство отменили, документы не оформить, нужна конкретная справка). Тогда они могут написать в чат или лично координатору вопрос. Как только нужда закрыта – они снова «исчезают».

Холодная аудитория — это не «ленивые», а энергосберегающие. Они очень долго живут в борьбе с диагнозом и поэтому эмоционально отстранены. Они не будут делать ничего, что требует больше усилий, чем текущий комфорт. Задача организаторов — не ждать, пока они «созреют», а постоянно предлагать шаги, которые легче, чем не делать ничего.

НКО не может быть «бездонным источником бесплатной энергии» для холодной аудитории, потому что активисты — такие же пациенты с ограниченным ресурсом. Важно определить принципы работы с такой аудиторией, чтобы соблюсти баланс усилий активистов и не поощрять потребительское отношение.

Возможно, следует перейти от модели «мы даём вам (потому что вы слабы)» к модели «мы делаем вместе, но каждый в меру своих сил, и маленький вклад ценен».

Принцип узнавания аудитории: важно собирать различную статистику, чтобы понять соотношение холодной и теплой аудитории, проводить опросы и индивидуальные разговоры для прояснения актуальных потребностей пациентов, выявления разных типов пациентов для построения адекватного взаимодействия.

Принцип взаимного малого вклада: «холодный» пациент не обязан приходить на мероприятие, но может выполнить микро-действие (например, нажать одну кнопку опроса), которое даст активистам данные для улучшения. Это не ресурсозатратно для пациента, но даёт обратную связь.

Переход от «бесплатных полезностей» к «обмену на малые действия»: получил ответ на вопрос — поставь реакцию под постом. «Мы понимаем вашу усталость, но чтобы мы могли продолжать делать для вас полезное, нам нужны 5 секунд вашего времени — нажать на смайлик в ответ на этот пост».

Поведенческие маркеры:

- Состоят в чате месяцами, но не открывают ссылки на мероприятия (или открывают, но не кликают).
- Не реагируют на опросы, не ставят реакции.
- При обращении за помощью формулируют запрос максимально конкретно и ждут готового ответа («где взять?», «как оформить?»).
- Не берут на себя никакой инициативы: не предлагают темы, не делятся опытом.

Задачи при работе с «холодной» аудиторией:

- В информационном плане – использовать стратегию «7 касаний» - разработать программу информационного сопровождения мероприятия, которая будет сочетать разные форматы постов (анонс, представление спикера, голосование по горячим вопросам, «кружочек» - личное приглашение от лидера мнений сообщества и т.п. Важно начать цепочку за 2-2,5 недели до мероприятия (в зависимости от масштаба мероприятия). Каждый пост посвящён конкретной выгоде и обращён к определённому мотивационному типу холодной аудитории. Каждый пост заканчивается одним простым призывом (не регистрацией на мероприятие, а микро-действием): «нажмите на лайк», «проголосуйте», «поставьте смайлик».

- В эмоциональном плане – поддерживать нейтральную, заботливую интонацию без давления. Написать такому участнику личное сообщение о мероприятии с выводом на диалог и дальнейшей возможностью созвониться и обсудить. Привлекать к общению

- В организационном плане – выстроить «доступ через нужду». Когда пациент обращается с запросом (лекарства, документы) – в момент решения его проблемы мягко добавлять информацию о мероприятии: «У нас в сообществе есть возможность получить консультацию юриста», «По четвергам проходят группы поддержки с психологом». На мероприятии выделить активиста, который будет ненавязчиво сопровождать холодных пациентов (приветствие в начале, предложение удобного места, легкий разговор «А как у вас?», благодарность за участие). По итогам участия в мероприятии брать отзыв – что было важно на мероприятии, что может порекомендовать другим пациентам.

Для пациентов с хроническим диагнозом (своим или ребёнка), в состоянии истощения (неврастения, ПТСР, выгорание) очень трудно участвовать в очных мероприятиях. Для них такие мероприятия имеют самый высокий порог входа, потому что требуют: собраться, доехать, быть среди людей, держать лицо, тратить энергию на взаимодействие. Поэтому стандартные форматы (школы пациента, круглые столы, тренинги) не работают. Нужны форматы с низкой социальной нагрузкой, предсказуемостью, правом на уход и возможностью ничего не делать.

Ниже — форматы, которые могут быть интересны именно этой аудитории, с обоснованием «почему это не добивает, а даёт ресурс».

«Тихая комната» — пространство для ничегонеделания в безопасной обстановке

Отдельное помещение (или зона) во время общего мероприятия НКО, куда можно прийти и просто сидеть/лежать молча. Нет ведущего, нет программы, нет требования общаться. Мягкий свет, удобные кресла или маты на полу. Можно закрыть глаза, можно смотреть в стену, можно уйти через 5 минут. Тихо (или очень спокойная музыка без слов).

Почему подходит выгоревшим:

- Нет обязательств — можно просто быть.
- Легитимизируется состояние отдыха, а не активности.
- Человек «пришёл на мероприятие», но не обязан взаимодействовать.
- Снимает страх незнакомой аудитории (можно наблюдать со стороны).

«Мастерская рук без головы» — легальное отключение мыслей через монотонные действия

Очные встречи, где все занимается простым повторяющимся ручным делом без сложных инструкций. Не творчество на результат, а процесс. Примеры: раскрашивание мандал, лепка из глины/кинетического песка, складывание оригами по одному шаблону,

нанизывание крупных бусин на шнурок, нейрографика. Можно делать молча, можно говорить о погоде, можно уйти.

Почему подходит выгоревшим:

- Монотонное движение руками снижает тревожность и дает мозгу ресурс на восстановление.
- Не нужно включать мозг, запоминать, отвечать.
- Результат не важен — нет давления «сделать красиво».
- Есть ощущение контроля над маленькой зоной реальности (руки заняты).

Прогулка с фиксированным маршрутом

Группа идёт по заранее известному короткому маршруту (парк, набережная, тихий двор) в течение 20–30 минут. Правило: можно не разговаривать. Можно идти одному, можно парами. Есть один ведущий, который идёт впереди и просто показывает дорогу. Для желающих — в конце 5 минут «круга», где можно сказать одно слово о своём состоянии.

Почему подходит выгоревшим:

- Движение на свежем воздухе даёт микро-ресурс без интенсивности спортзала.
- Молчание снимает социальное давление.
- Короткая длительность не пугает («я смогу потерпеть 20 минут»).
- Чувство «мы вместе, но каждый сам по себе».

Как организовать: Выбрать маршрут, снять видео (показать заранее), назначить время. Ведущий несёт аптечку и воду. Ограничение 6-8 человек, чтобы не было толпы. Предупредить, что можно уйти в любой точке.

«Киновечер без обсуждения» с затемнением и пледами

Просмотр короткого (от 15 до 40 минут) доброго, нейтрального или терапевтического фильма/мультфильма без эмоциональных качелей. Важное правило: никакого обсуждения после. Люди могут сразу уйти или посидеть в тишине. Свет приглушён, звук негромкий.

Почему подходит выгоревшим:

- Кино — занятие пассивное, не требует участия.
- Отсутствие обсуждения снимает страх «меня спросят мнение».
- Затемнённое помещение снижает сенсорную нагрузку.
- Легитимизация «просто посмотреть и уйти» — это другое восприятие офлайн-активности.

Ключевые принципы коммуникации для выгоревших (в анонсах)

Даже лучший формат не сработает, если анонс пугает. Для каждой очной активности в тексте приглашения должны быть:

1. Точная длительность (а не «с 14 до 17» — это бесконечность, надо «ровно 30 минут, потом можно уйти»).

2. Список «можно»: можно молчать, можно выключить свет, можно уйти в середине, можно лежать.

3. Список «не нужно»: не нужно знакомиться, не нужно ничего приносить, не нужно говорить о своей болезни.

4. Фото помещения - чтобы человек заранее знал, куда идёт, снижение тревоги новизны.

5. Кнопка «Я только посмотрю» - регистрация без обязательства участия.

Таблица №8 «Каналы обращения к «холодной» аудитории»

№	Канал	Почему работает для «энергосберегающих»	Особенности использования
1	Общий чат НКО	Пациент уже там, не нужно делать лишних действий	Публичные посты с микро-призывами (реакция, опрос)
2	Email-рассылка (если есть согласие)	Менее навязчиво, чем мессенджер. Можно прочитать в своём темпе	Только для важного: итоги опросов, одна выжимка мероприятия в месяц
3	СМС-рассылка	Высокая открываемость	
4	Личные сообщения	Персональное обращение от человека, с которым имеется эмоциональная связь. Авторитет «своего». Мягкое приглашение без требований	Дозированное приглашение на мероприятия – не чаще, чем 1 раз в 3 месяца
5	Публичные посты в соцсетях НКО (VK, Одноклассники)	Для тех, кто не активен в чате, но подписан	Дублировать ключевые материалы из чата, но в более спокойном тоне
6	Офлайн-точки (стойка, листовка, плакат в поликлинике, отделении реабилитации)	Содержит как конкретную информацию, так и ссылку/ QR-код на информационный ресурс	Важно договориться с администрацией о возможности размещения информации
7	Телефонный звонок (от равного консультанта или координатора)	Самый энергозатратный канал. Используется только для самых «холодных», которые при этом имеют острую нужду или давно не	

№	Канал	Почему работает для «энергосберегающих»	Особенности использования
		давали о себе знать.	
8	Сайт НКО (раздел «Новости» или «Ближайшие мероприятия»)	Пассивный канал. Подходит для закрепления: пациент может зайти сам, если что-то ищет.	

Принцип: использовать те каналы, где пациент уже находится (не заставлять его переходить куда-то ещё). Приоритет — каналы с нулевым или односекундным порогом входа.

Таблица 9 «Форматы касаний»

№	Формат	Что это такое
1	«Пост-выгода» с реакцией	3–4 предложения о том, что пациент получит на мероприятии (без слова «мероприятие»). Пример: «Узнаете, как спать, даже когда болит». В конце: «Нажмите ❤️, если это про вас»
2	Опрос-голосование одной кнопкой	Закрытый вопрос с 2–3 вариантами. Пример: «Что мешает вам прийти в субботу? 🟢 Усталость 🔵 Далеко 🟡 Неинтересно». Результаты видны всем
3	«Кружочек» (запись короткого видео)	Лидер НКО говорит 30 секунд в камеру. Текст не содержит ярких эмоциональных призывов, спокойная речь. В конце «Кто хочет попробовать — поставьте смайлик под видео»
4	Готовая выжимка (5 пунктов)	Текст из 5 маркированных тезисов из прошлого мероприятия. Заголовок: «То, что можно прочитать за 60 секунд»
6	Скриншот отзыва (с согласия пациента)	«Вот что написала нам подопечная после прошлого раза. Может, и вам пригодится?»
7	Приглашение-«без дверей»	Личное сообщение от координатора или равного консультанта с обращением по имени

№	Формат	Что это такое
9	Пост благодарности за реакцию	«Вчера 12 человек нажали на смайлик под нашим постом. Спасибо! Вы помогли нам понять, что тема важна»
10	Фотографии/ видеоролики с прошлых мероприятий	Показывают, как было интересно
11	Фотографии/ видеоролики о подготовке к мероприятию	Снижение тревоги от непонятного формата или нового места. Ощущение «меня ждут и мне будут рады»
12	Голосовые сообщения в чат (от лидера НКО)	Человеческий голос снижает страх. Можно слушать фоном, не вглядываясь в текст

Промт для ИИ: генерация анонсов мероприятий с учётом типа аудитории

Для создания анонсов мероприятий для разных типов пациентов рекомендуем использовать искусственный интеллект. Для этого представляем вариант промта

Как использовать промт

6. Скопируйте текст промта от *** до ***
7. Замените выделенные данные в квадратных скобках на свои (тема, формат, спикер, выгода, дата).
8. Вставьте промт в чат с ИИ (например, ChatGPT, YandexGPT, GigaChat).
9. Получите три варианта анонса — по одному для горячей, тёплой и холодной аудитории.
10. При необходимости доработайте или попросите ИИ усилить конкретный аспект (например: «сделай версию для холодной ещё более расслабляющей»).

ПРОМТ

Ты — опытный копирайтер и маркетолог, работающий в пациентской некоммерческой организации (НКО).

Твоя задача — написать анонсы мероприятия, адаптированные для трёх разных сегментов аудитории, которые уже находятся в чате/базе НКО.

Ниже дано описание трёх типов аудитории. Для каждого типа напиши один вариант анонса [укажите канал, например – для мессенджера], [укажите количество предложений в анонсе, например, 5-6 предложений]

Анонс должен побуждать к [указать, например, к регистрации на мероприятие, проголосовать и т.п.].

Учитывая эмоциональное состояние и барьеры каждой группы.

1. Горячая аудитория

- Пациенты-лидеры, активисты, те, кто уже понимает ценность мероприятий.
- Им важно участвовать в жизни сообщества, проявлять экспертность, чувствовать принадлежность.
- Мотивы: радость встречи, острый интерес к теме, желание поделиться опытом.
- Поведение: быстро реагируют, приводят других, задают вопросы.
- Задача анонса: дать эксклюзив, подчеркнуть их роль как экспертов, пригласить помогать.

2. Тёплая аудитория

- Знают НКО, состоят в чате. Делятся на два подтипа:

а) Новички/сомневающиеся: боятся незнакомой аудитории, не понимают, что получают, не верят, что им это доступно.

б) Давние подопечные: уже получили информацию, но приходят ради общения и поддержки лидера/других пациентов, если есть свободное время.

- Мотивы: узнать новое в безопасном формате, получить чек-лист, увидеть других, пообщаться.
- Барьеры: страх, стеснение, непонимание выгоды.
- Задача анонса: снизить порог входа, объяснить конкретную выгоду («вы уйдёте с памяткой»), разрешить выключить камеру, пообещать запись.

3. «Холодная» аудитория

- Пассивные потребители, энергосберегающие (живут с диагнозом долго, эмоционально истощены).
- Не приходят на мероприятия, не реагируют на опросы. Единственная активность - при острой нужде.
- Не сделают ничего, что требует больше усилий, чем текущий комфорт.
- Задача анонса: не звать на мероприятие напрямую. Попросить о микро-действии (нажать реакцию, проголосовать, посмотреть видео).. Использовать мягкие формулировки.

Формат вывода:

Для каждой аудитории напиши анонс в виде сообщения в мессенджер.

Отделяй аудитории заголовками: ****Горячая****, ****Тёплая****, ****Холодная****.

Входные данные о мероприятии (замени на свои):

Тема мероприятия: [например, «Как справляться с хронической усталостью»]

Формат: [например, онлайн-лекция врача + чат 40 минут]

Спикер: [например, психолог НКО]

Ключевая выгода: [например, «получите три техники восстановления, которые можно делать лёжа»]

Дата и время: [например, 25 мая, 19:00]

Сгенерируй анонсы, следуя описанию.

После генерации можно попросить ИИ:

- *«Сократи до 3 предложений для каждого типа»*
- *«Напиши более формальным тоном»*
- *«Добавь эмодзи для холодной аудитории, но без давления»*

Промт легко адаптируется под любой формат мероприятия — вебинар, группу поддержки, офлайн-встречу.

Как использовать особенности обучения взрослых людей при организации мероприятий для пациентов или их родителей

Взрослые люди учатся иначе, чем дети или студенты. У них уже есть жизненный и профессиональный опыт, который становится фундаментом для восприятия нового. Они не терпят «воды» и абстрактных теорий без связи с реальностью. Их главный вопрос: «Зачем мне это? Где я применю это?». Если ответа нет — мотивация падает. Это первая и ключевая особенность андрагогики (науки об обучении взрослых).

Практическая направленность. Взрослый учится только тому, что решает его конкретную проблему. Для пациента с МВ это означает, что обучение по коммуникации должно включать не лекции о психологии, а разбор реальных ситуаций из разных сфер жизни, отработку аргументации. Теория всегда опирается на практику.

Опора на имеющийся опыт. Взрослые хотят, чтобы их опыт признавали и уважали, и не хотят чувствовать себя «новичками». Поэтому групповые методы обсуждения: мозговой штурм, групповые дискуссии, разбор кейсов из практики участников работают на вовлечение в процесс обучения и передачи информации. Ведущий вебинара или школы пациента должен встраивать новый материал в уже существующие знания участников.

Ограниченность времени и усталость. У взрослого человека десятки задач: работа, семья, волонтерство, здоровье. Длительные лекции или перегруженные слайды вызывают сопротивление. Нужны чёткие тайминги, перерывы, смена деятельности каждые 15–20 минут. Онлайн-встречи должны длиться не более 1,5–2 часов, а материалы после обучения — оставаться в доступе (запись, памятка, чек-лист).

Рефлексивная позиция. Взрослый лучше усваивает то, что «пропустил через себя». Поэтому после каждого блока информации полезно задавать вопросы пациентами: «Что было самым важным?», «С чем не согласны?», «Как примените это в своей жизни?». Это превращает пассивное слушание в осмысленное присвоение знаний.

Учитывая эти особенности, обучение для пациентов должно быть максимально живым, интерактивным, уважающим опыт каждого и нацеленным на немедленное применение. Только тогда знания превратятся в реальные изменения.

Инструменты вовлечения участников в онлайн-мероприятия

Направление 1. Смена каналов подачи информации

1. Чередование форматов подачи

Суть: ведущий последовательно использует живую речь, слайды с визуалом и тематические видеоролики.

Особенности: предотвращает монотонность, задействованы разных каналы восприятия (аудиальный, визуальный).

2. Использование образных картинок

Суть: в презентацию включаются узнаваемые фото (люди сообщества, процессы), мемы, смешные картинки или изображения животных.

Особенности: выбор картинки зависит от цели встречи: для снятия напряжения — юмор, для идентификации — знакомые лица.

3. Демонстрация экрана с живым действием

Суть: ведущий показывает не слайд, а реальное рабочее окно (например, заполнение шаблона документа или формы на сайте, поиск информации на сайте и т.п.).

Особенности: создаёт эффект присутствия и практической пользы, снижает абстрактность.

Направление 2. Быстрые опросы и шкалирование (в чат)

4. Вопрос с выбором ответа

Суть: на слайде даётся вопрос и пронумерованные варианты ответов; участники пишут в чат номер своего ответа.

Особенности: даёт мгновенную обратную связь, подходит для проверки понимания или выбора решения.

5. Оценка по шкале «от 1 до 5»

Суть: ведущий зачитывает утверждение (согласие/несогласие или степень выраженности качества), участники в чате ставят цифру от 1 до 5.

Особенности: позволяет быстро измерить мнение или состояние группы, не требует сложной подготовки.

6. «Выбери эмодзи»

Суть: ведущий задаёт вопрос с вариантами-эмодзи (👍, ❤️, 😬, 🔥 и т.д.), участники ставят нужную реакцию в чате или через кнопки платформы.

Особенности: даёт мгновенную обратную связь, эмоционально окрашено.

Направление 3. Интерактивные мыслительные задачи

7. Мозговой штурм

Суть: ведущий задаёт открытый вопрос, участники пишут ответы в чат (с паузой на формулировку). Ведущий комментирует и поддерживает. При негативе или уходе в сторону — ведущий применяет техники работы с возражениями.

Особенности: развивает коллективную генерацию, важно давать время на набор текста и не критиковать на первом этапе.

8. «Найти ошибку»

Суть: участникам предъявляется документ или картинка с заведомой ошибкой; они высказываются, что именно нужно исправить.

Особенности: включает аналитику и соревновательный момент, подходит для разбора маршрутизации, типичных ситуаций или заполнения типовых документов.

9. Групповая работа

Суть: участники делятся на малые группы (в сессионных залах или через списки в чате) для совместного решения задачи.

Особенности: требует модерации и временных рамок, но даёт высокую вовлечённость и обмен опытом.

10. «Незаконченное предложение»

Суть: ведущий произносит начало фразы (например, «Самое сложное в дистанционной поддержке пациента — это...»), участники дописывают в чат по одному слову или короткой фразе.

Особенности: даёт возможность собрать мнения по важной для ведущего теме, стимулирует рефлексию.

11. Кейс с альтернативными финалами

Суть: ведущий описывает реальную ситуацию и даёт 2–3 варианта действий. Участники голосуют (цифрой или реакцией) за лучший, затем ведущий раскрывает последствия каждого.

Особенности: учит принятию решений, держит внимание за счёт интриги.

Направление 4. Активация через движение

12. Флешмоб

Суть: ведущий просит всех включить камеры и показать конкретный предмет (чашку, обложку блокнота) или совершить простое действие (помахать рукой в приветствии, показать сердечко).

Особенности: быстро создаёт чувство общности, снижает барьеры, работает как эмоциональная «разрядка».

13. Физическая разминка

Суть: ведущий предлагает включить камеры и повторить несколько лёгких движений (разминка шеи, нейрогимнастика).

Особенности: снимает статическое напряжение, повышает энергию и концентрацию, особенно полезна для длинных вебинаров.

14. «Покажи жестом»

Суть: ведущий просит без слов, только жестом (включив камеру) показать ответ: большой палец вверх/вниз, кулак, «окей», скрещенные руки.

Особенности: снимает речевой барьер, подходит для быстрой проверки понимания, весело разгружает атмосферу.