

УДК [159.9:61](#)

**В. В. Катунова, канд. биол. наук, доцент**

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород, Россия

## **ПРОТОКОЛ КРАТКОСРОЧНОГО УПРАВЛЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ ПАЦИЕНТА**

В статье рассматривается авторский протокол коммуникативного управления психическими состояниями пациента «УСПОКОЙ», направленный на коррекцию деструктивных состояний пациентов в краткосрочном формате – в ходе консультации, приема, сообщения диагноза и т.п. Приводится схема работы с деструктивными состояниями пациента в коммуникативном процессе. Представлен анализ последовательных стадий протокола управления этими состояниями, его возможности применения и ограничения.

The article examines the author's protocol «USPOCOY» for communicative management of a patient's mental states, aimed at correcting destructive states of patients in a short-term format - during a consultation, appointment, communication of a diagnosis, etc. The stages of working with the patient's destructive states in the communication process are presented. The analysis of successive stages of the protocol of management of these states, its possibilities of application and limitations is presented.

*Ключевые слова:* психические состояния, регуляция состояний, коммуникативный протокол, коммуникативный менеджмент, врачебная коммуникация.

*Key words:* mental states, regulation of states, communication protocol, communication management, medical communication.

В своей практике врачи всех специальностей сталкиваются с пациентами, находящимися в трудных ситуациях. Такими ситуациями могут быть как само посещение человеком медицинской организации, так и действительно тяжелые ситуации осознания критического диагноза, выбора метода лечения и другие. Такие ситуации в норме у обычного человека вызывают стресс, чем меняют его внутреннее психическое состояние, делают его настроение менее стабильным. И это часто затрудняет работу врача с пациентом [5]. В таких ситуациях важно своевременно откорректировать психическое состояние пациента, чтобы он мог трезво оценивать возможные медицинские прогнозы, свое текущее клиническое состояние и адекватно отражать его симптоматику, сосредотачивать свое внимание на диалоге с врачом и нести ответственность за свои действия в плане достижения медицинского комплаенса.

Психическое состояние мы используем в данном случае в контексте его трактовки А. О. Прохоровым – как «отражение личностью ситуации в виде устойчивого целостного синдрома

(совокупности) в динамике психической деятельности, выражающегося в единстве поведения и переживания в континууме времени» [4, с. 37]. Согласно этому определению, с позиции конструктивности психического функционирования пациента в системе клинического взаимодействия с врачом, его ведущие психические состояния могут быть оценены как конструктивные (состояния сосредоточенности, мотивированности, эмоционального подъема, энергичности, ожидания и тому подобное) и деструктивные (состояния страха, тревоги, гнева, фрустрации, агрессии, подавленности, безразличия). В данном случае локальной задачей коммуникативного менеджмента врача будет перевод деструктивного состояния пациента в более конструктивное.

Концепция разработанного и предлагаемого нами к применению протокола коммуникативного управления психическими состояниями пациента базируется на следующих психологических концепциях.

– Ресурсные концепции психологического стресса, рассматривающие адаптационные возможности человека и его способность противостоять трудным жизненным ситуациям во взаимосвязи с наличием и доступностью его персональных ресурсов. В частности, концепции психологического стресса С. Хобфолла [6], согласно которой именно дефицит каких-либо ресурсов приводит личность в состояние стресса. Для пациента это может быть, например, дефицит здоровья, информации, времени, определенности, поддержки. И концепции В. А. Бодрова [3], согласно которой может быть обеспечена внешняя или внутренняя мобилизация ресурсов, направленная на предотвращение или купирование стресса.

– Теории эго-состояний Э. Берна (транзактный анализ) [1], которая обосновывает возможное функционирование человека одновременно в одном из 3-х состояний – Ребенка, Родителя или Взрослого. Эго-состояние – это внутренняя позиция человека (совокупность его чувств, мыслей, установок, реакций), которая отражается в его поведении и отношении к другим людям [1]. Эго-состояние Взрослого отражает в себе логичность, рациональность мышления, ответственность за свое поведение, самоконтроль эмоциональных и поведенческих реакций, адекватное отношение к другим людям. Это эго-состояние осваивается человеком к определенному возрасту, но даже для взрослого является очень уязвимым и неустойчивым. В случае стрессовых и травмирующих ситуаций энергоемкое и требующее внутреннего контроля эго-состояние Взрослого достаточно легко переходит в менее затратное и волевое эго-состояние Ребенка. Это состояние более эмоционально насыщено, менее контролируется волей. Поведение человека в этом состоянии более импульсивно и эгоистично; он исходит больше из позиции «хочу», чем «нужно».

Е. П. Белинская [2] отмечает, что существующие в современной психологии подходы к проблеме регуляции психических состояний едины в том, что возможно осознанное регулирование состояний человека на основе комплексной когнитивной оценки этих состояний и активного

преобразования его эмоциональной и поведенческой активности.

Разработанный нами коммуникативный протокол управления психическими состояниями пациента «УСПОКОЙ» (традиционно это аббревиатура по первым буквам названий этапов протокола) включает в себя следующие этапы:

1. «У»: *установка на вмешательство*. На этом этапе врач оценивает психическое состояние пациента как деструктивное и формирует собственную активную позицию по коррекции этого состояния. Важно понимать цель этой коммуникативной коррекции – перевод состояния пациента в более конструктивное с позиции его адаптации к лечебному процессу и активной позиции Взрослого в лечебном процессе. Важно также адекватно идентифицировать состояние пациента для определения схемы работы с ним. Если это трудно для врача, то достаточно определить состояние пациента как деструктивное для ведения адекватного и эффективного коммуникативного процесса.

2. «С»: *совладание со своим состоянием*. На этом этапе врач стабилизирует свое состояние, сознательно формируя эмоциональную «опору» – ресурс для дальнейшей стабилизации и коррекции состояния пациента. При этом врачу важно не вовлекаться в деструктивное состояние пациента, блокируя излишние проявления эмпатии и формируя устойчивые эмоциональные границы. На этом этапе врачом могут быть эффективно применены требующие минимум временных и поведенческих затрат техники концентрации на собственных ощущениях (можно на что-то посмотреть, что-то сосчитать и т.п.) или активизации соматических ощущений (можно поменять позу на устойчивую, расслабить спину, сжать руки, прикоснуться к чему-либо и т.д.).

3. «П»: *пространство разговора*. На этом этапе происходит выделение времени для данной интервенции, возможно перекомбинация места общения. Рекомендуется принять меры по обеспечению комфорта пациента (можно предложить ему, по необходимости, пройти в кабинет, сесть, убрать из рук вещи и т.д.). На этом же этапе рекомендуется ограничить число участников разговора для создания обстановки более комфортной, способствующей концентрации внимания и менее насыщенной внешними стимулами отвлекаемости – как для врача, так и для пациента.

4. «О»: *обращение к пациенту*. Этот этап является истинным началом коммуникативной интервенции. Врачу рекомендуется назвать пациента по имени и отчеству (имени), приглашая к диалогу и завладевая вниманием пациента, одновременно формируя доверительную атмосферу диалога. При этом рекомендуется независимо от типа состояния пациента использовать максимально спокойный тон и размеренный темп речи.

5. «К»: *«качели эго-состояний»*. На этом этапе, согласно концепции Э. Берна, врач коммуникативно управляет непосредственным переводом пациента из эго-состояния Ребенка (капризного, тревожного, досадующего, агрессивного, растерянного и т.д.) в эго-состояние Взрослого – мотивированного, внимательного, заинтересованного, активного, ответственного и т.п. Этот перевод осуществляется с помощью коммуникативной конструкции «акцент на состоянии

пациента – присоединение врача» и реализуется посредством двухфазной конструкции вербального высказывания. Первая часть этого высказывания отражает текущее состояние пациента и может выражаться в формулировках «Я вижу/слышу/понимаю/наблюдаю ... Вы сейчас испытываете/чувствуете/ощущаете [название состояния] ...». Также могут быть приведены дополнительные сведения, отражающие для пациента нормальность его переживаний или характеризующие высокую вероятность наступления такого состояния в данной ситуации. Далее приводится переходное звено переключения эго-состояния – союз «но», и после – вторая часть высказывания, отражающая необходимость задействованности в данной ситуации эго-состояния Взрослого пациента. Эта часть вербальной конструкции отражает призыв к самосовладанию пациента, но при поддержке его самим врачом, и отражается в использовании местоимения «мы». Сам врач при этом также находится в коммуникативном плане в эго-состоянии Взрослого. На этом этапе задействуется цепочка передачи ответственности: переход от коммуникативной установки «Вы» («Вы чувствуете ...», «Вы испытываете ...», «Вы ощущаете ...» и тому подобное) к коммуникативной установке «мы» («мы должны ...», «нам следует ...», «мы вместе ...» и так далее).

6. «О»: *ответственность пациента*. На этом этапе врачом формируется активная мотивационная позиция пациента. При этом технически цепочка коммуникативной интервенции в плане передачи ответственности продолжается: осуществляется переход от коммуникативной установки «мы», сформированной на предыдущем этапе, снова к установке «Вы»: («Вы должны ...», «Вам нужно ...», «Вам следует ...» и т.д.).

В полном варианте этапы 5–6 могут выглядеть, например, так: «Я понимаю, что ВЫ сейчас растеряны, поскольку только что узнали результаты диагностики, и ВАМ нужно время, чтобы прийти в себя, НО давайте [вместе] сейчас обсудим, когда МЫ сможем начать обсуждать план Вашего лечения. МЫ можем ... Для этого ВАМ следует ... ВЫ можете ...» и так далее.

7. «Й»: *пауза*. На этом этапе происходит окончание активной коммуникативной интервенции со стороны врача, оценка необходимости повторения одного или нескольких предыдущих этапов протокола этапов с переходом к собственно клинической беседе. Если это требуется, то есть состояние пациента недостаточно стабилизировано или скорректировано, то рекомендуется повторение этапов схемы начиная с ее 4-го этапа.

Данный протокол является важным дополнением для других коммуникативных протоколов; при этом он не формирует с ними коммуникативного диссонанса, не вступает в конфликт с ними. Мы рекомендуем применение данного протокола ко взрослым пациентам с неизменным сознанием, в различных деструктивных эмоциональных состояниях. Но как показывает наш опыт ведения пациентов в клинико-психологической практике, он эффективен и по отношению к пациентам подросткового и юношеского возраста. Такие пациенты достаточно охотно «откликаются» на аванс Взрослого эго-состояния, что способствует формированию у них

внутренней мотивационной установки – на сосредоточение, совладание, осознанность и ответственность в поведении.

Не рекомендуется продолжать использование коммуникативного протокола, если 2-3 последовательные попытки его реализации не дали положительного эффекта. Это обычно может означать, что пациент находится в состоянии эмоционального аффекта, и для продолжения диалога в полной мере необходима пауза, за которую эмоциональное состояние пациента истощится и он будет готов слышать врача.

Данный протокол применим в достаточно краткосрочной перспективе, он занимает по времени примерно 1-2 минуты. И при достаточной частоте осознанного внедрения легко становится устойчивым навыком в системе коммуникативного поведения врача.

Естественно, врач не может выполнять полноценно функции психолога и заниматься полноценной диагностикой и коррекции негативных состояний пациентов. Но для осуществления продуктивной клинической коммуникации подобного знания основ регуляции состояния другого человека, как важного компонента работы медицинского специалиста в плане его коммуникативного менеджмента, может быть вполне достаточно.

### **Литература**

1. Берн Э. Трансакционный анализ в психотерапии / Э. Берн / Пер. с англ. А. Грузберга. – М. : Эксмо, 2009. – 416 с.
2. Белинская Е. П. Совладание как социально-психологическая проблема // Психологические исследования. – 2009. – № 1 (3). – URL: <https://doi.org/10.54359/ps.v2i3.1001> (дата обращения 12.03.2025).
3. Бодров В. А. Проблема преодоления стресса. Часть 2. Процессы и ресурсы преодоления стресса / В. А. Бодров // Психологический журнал. – 2006. – Т. 27. № 2. – С. 113-122.
4. Прохоров А. О. Психология состояний. Хрестоматия / А. О. Прохоров. – М.-СПб., 2004. – С. 37.
5. Davies M. Managing challenging interactions with patients / M. Davies // British Medical Journal. – 2013. – № 347. – URL: <https://www.bmj.com/content/347/bmj.f4673>. DOI: 10.1136/bmj.f4673.
6. Hobfoll S. Conservation of resources theory: its implication for stress, health, and resilience / S. Hobfoll // The Oxford handbook of stress, health, and coping / S. Folkman (ed.). – N.Y.: Oxford University Press, 2011. – Pp. 127–147. DOI: 10.1093/oxfordhb/9780195375343.013.0007.