



Трудный разговор

Способ десяти шагов

Горчакова А.Г., Подберёзкин М.А.
ОБО «Белорусский детский хоспис»
Минск 2009



Содержание	2
Предисловие	3
Введение	5
Почему это важно?	6
Почему это трудно?	7
Способы преподнесения правды	8
Некоторые виды восприятия плохих новостей	11
Работа с родственниками	12
Метод 10 шагов при проведении трудного разговора	15
Модель проведения трудного разговора	15
Шаг 1 – Подготовка	17
Шаг 2 – Что пациент знает?	18
Шаг 3 – Нужна ли дополнительная информация?	19
Шаг 4 – Позволить отказ	21
Шаг 5 – «Предупредительный выстрел»	22
Шаг 6 – Объяснение (если требуется)	23
Шаг 7 – Выяснение забот	24
Шаг 8 – Выражение чувств	25
Шаг 9 – Подведение итогов и планирование	26
Шаг 10 – Предложение доступной помощи	27
Повторное объяснение	28
Эмоциональное принятие травмирующей информации	30
Встреча с родственниками	31
Несколько дополнительных советов	33
Заключение	35

Предисловие

Основой для данной книги является книга английского врача Питера Кайе (Peter Kaye) «Разрушая плохие новости» («Breaking Bad News»), написанной им в 1996 году. В этой книге автор описывает метод десяти шагов, применяемый им при сообщении пациентам информации, которая может вызвать психологическую травму. Информация, представленная в книге, оказалась настолько важной, что едва заполучив эту книгу в 2001 году, мы сразу же стали использовать её в работе сотрудников ОБО «Белорусский детский хоспис». На базе метода доктора Кайе мы строили и строим обучающие программы для врачей в рамках курсов повышения квалификации. Тем не менее, у нас вызывает удивление тот факт, что до сих пор ни одной книги, описывающей данный метод, на русском языке издано не было.

В результате возникла идея подобной книги. Важно отметить, что данное пособие не является переводом содержания книги на русский язык. Сохранив описание основ метода доктора Кайе, мы, тем не менее, значительно изменили содержание книги, заменив многие приводимые примеры теми, которые больше соответствуют нашей современной действительности, кроме того, мы включили в книгу накопленный нами восьмилетний опыт использования данного метода в наших социальных условиях.

Данная книга предназначена, прежде всего, для врачей, однако она также может быть полезна всем, кому по роду деятельности приходится сообщать людям плохие новости или учить других, как это делать. Книга написана с точки зрения специалиста, работающего в хосписе, тем не менее, все описанные здесь принципы подходят также и для многих других ситуаций.

Умение сообщать травмирующую информацию, является очень важным умением для врачей, тем не менее, часто знания об этом у них минимальны. Таким образом, целью данной книги является обучение врачей основным принципам и практическим методам правильного сообщения травмирующей информации. В описанном здесь методе десяти шагов, определяются важнейшие принципы подхода к проблеме, однако это вовсе *не означает*, что всегда, в любой ситуации следует слепо следовать им. Существуют три важных аспекта, которые нужно учитывать при прочтении этой книги:

1. Необходимо постоянно стараться узнать больше о том, что беспокоит пациента, о его чувствах в каждый конкретный момент разговора (не смотря на то, что в нашем методе это описано лишь как шаги семь и восемь).
2. Иногда может возникнуть необходимость менять порядок осуществления шагов, пропускать некоторые из них либо поступать так, как не указано в данной книге. Возможно, следуя разговору,

Трудный разговор

вам придётся шагать «вверх и вниз» несколько раз, пропуская одни шаги и сосредотачиваясь на других – это также допустимо и является абсолютно нормальным.

3. В больших (и, как правило, перегруженных) больницах время, отводимое для трудного разговора, может быть ограничено. Данное обстоятельство может значительно усложнить применение описанного ниже метода, тем не менее, даже в условиях недостатка времени применимы всё те же принципы.

Наконец, необходимо помнить, что в процессе конкретного разговора многие понятия могут переплетаться, например, часто может случаться смешение фактов и чувств. Это происходит в частности из-за того, что осознание факта болезни и чувства по отношению к ней не всегда возникает параллельно, поэтому важно постоянно контролировать состояние пациента, например, можно спросить: «Как Вы себя чувствуете после того, что я Вам только что сказал?» Это увеличивает удовлетворенность, как пациента, так и специалиста качеством беседы.

Введение

***«Правдой, как и лекарством, нужно пользоваться с умом,
учитывая то, что она может, как помочь, так и навредить»
(Эвери Вейсман)***

Под «трудным разговором» мы будем понимать сообщение любой информации, которая решительно и в худшую сторону меняет видение пациентом своего будущего. Подобную информацию далее мы будем называть «травмирующей».

Древние греки обычно убивали гонца, приносящего плохую весть, да и сегодня это совсем неблагоприятное дело. Трудный разговор предполагает сообщение плохих новостей таким образом, чтобы пациент, во-первых, чётко понял ту информацию, которую сообщил ему врач, а во-вторых, чтобы он смог справиться с создавшейся ситуацией. Травмирующая информация часто негативно влияет на видение человеком своего будущего – именно поэтому плохие новости такие шокирующие («Это было, словно меня ударили обухом по голове – после того, как он сказал мне это, я ничего больше не слышала»). И именно поэтому, сообщать плохие новости необходимо максимально тактично. Сам способ сообщения плохих новостей должен включать возможность, как для пациента, так и для его семьи, справиться с этим.

Умение проведения трудного разговора является очень ценным для всех врачей, так как медицинская забота обязательно включает в себя и сообщение плохих новостей как о болезни («Ваше состояние не улучшится»), так и о лечении («Химиотерапия будет иметь побочные эффекты»), а также прогнозы («Это заболевание сократит вашу жизнь»). Наравне с врачами многие другие люди также нуждаются в знании того, как сообщать плохие новости в ситуациях, когда это требуется (медсёстры, психологи, родители, дети, учителя и т. д.).

Настоящая книга представляет десятишаговый подход к разрушению плохих новостей, который подчёркивает, что это процесс, имеющий сходство больше с ведением переговоров, чем с проповедью. Пациент имеет *право*, но не *обязанность* услышать плохие новости, именно поэтому и необходим процесс переговоров.

Большинство пациентов хотят двух вещей:

- 1. Получить определённый (правильный) объём информации*
- 2. Получить возможность обговорить и обдумать ситуацию – другими словами, терапевтический диалог.*

Одни и те же факты можно сообщать и объяснять несколькими разными способами, которые могут вызвать либо злость и страх у пациента, либо оптимизм и доверие. Конечно, в некоторых случаях можно обратиться к специалисту-психологу, однако профессиональный

Трудный разговор

консультант – это не выход, так как умением вести трудный разговор должен обладать каждый доктор, тем более что научиться этому не так уж сложно.

Реальная история

У молодой семейной пары родился первый ребёнок, и в возрасте 2-х лет у него обнаружили опухоль головного мозга. Родители были потрясены и впали в отчаяние, но обратились за подтверждением диагноза в другое место. После часового разговора с консультантом муж произнёс: «Вы лишь повторили то же, что сказал другой доктор, но почему-то теперь это не выглядит так уж плохо».

Почему это важно?

Умение сообщать плохие новости важно по следующим причинам:

1. **Для сохранения доверия.** Отношения между пациентом и доктором базируются на честности и доверии. Сообщение правдивой информации о болезни позволяет обсудить наиболее подходящие методы лечения.

Реальная история

Женщина 60-ти лет с опухолью мозга всегда отказывалась обсуждать свою болезнь. Несколько недель она сражалась за то, чтобы снова ходить на прогулку, но её ноги постепенно становились всё слабее и слабее. Совершенно расстроившись и отчаявшись, она и её муж, тем не менее, всё равно пытались заставить её ноги передвигаться. Однажды она спросила доктора, через какое время она снова сможет ходить. Доктор объяснил ей: «Времена меняются, и времена изменились для вас, у ваших ног просто нет больше сил, чтобы ходить». Первоначальную грусть скоро заменило облегчение из-за того, что безуспешная борьба закончена. Она начала ставить более реалистичные цели и начала наслаждаться прогулками с мужем, который вёз её в инвалидной коляске. Честная переоценка реальной ситуации принесла большое облегчение.

2. **Для снижения неуверенности,** переносить которую бывает труднее всего. Одной из самых распространённых реакций на плохую новость является облегчение: «теперь я знаю».
3. **Для предотвращения безосновательной надежды,** которая является достаточно деморализующим фактором. Видеть, как пациент гоняется за дорогими, но бесполезными лекарствами или проводит свои последние недели, надеясь снова выздороветь, достаточно грустно, кроме того, всё это, как правило, вызывает у него чувство беспокойства («Что со мной происходит?») и вину («Может быть, я сделал что-то не так?»)

4. **Для определения дальнейших перспектив.** Необходимо дать такое описание ситуации, чтобы пациент имел возможность принять квалифицированное решение относительно своего будущего.
5. **Для предотвращения так называемого «заговора тишины»** (сокрытия информации от больного либо от кого-нибудь из родственников), который разрушает семейные взаимоотношения и мешает взаимной поддержке.

Таким образом, умение проводить трудный разговор и в частности, сообщать травмирующую информацию очень важно для поддержания доверительных взаимоотношений врача с пациентом.

Почему это трудно?

Врачи обычно не любят разговоры, в которых приходится сообщать плохие новости пациентам, несмотря на то, что это является существенной частью их работы. Существует несколько возможных причин их дискомфорта:

1. **Чувство собственной некомпетентности** в умении общаться с пациентами. Так как врачей практически не учат общаться с пациентами, они могут бояться такого общения («Что если я могу этим повредить?»)
2. **Страх быть обвинённым** пациентом или его родственниками в его болезни (перенос злости на врача), либо страх вызвать осуждение коллег или окружающих (за «расстраивание» пациента и причинение ему психологической боли).
3. **Боязнь неконтролируемых реакций пациента** – врачи часто не знают что делать, если пациент, например, начинает безостановочно плакать и т. п.
4. **Боязнь того, что пациент неправильно воспримет слова доктора, например как способ избавиться от него**, не излечивая его (хотя пациенты обычно надеются на доброту врача больше чем на чудо).
5. **Может возникнуть желание «защитить» пациента** от отчаяния словами: «Я уверен, всё будет хорошо» (ведь это именно то, что пациент хочет услышать). Тем не менее, нереальный оптимизм может выглядеть странно и неправдоподобно, что, в конце концов, разрушит доверие между врачом и пациентом и станет причиной чувства обиды.
6. **Чувство неловкости** связанное с не присущим профессионалу сочувствием к пациенту. Существует стереотип, согласно которому врач должен контролировать свои эмоции (грусть, панику и пр.) для более эффективного выполнения своих профессиональных функций.

Таким образом, проявляя свои чувства, врач чувствует себя непрофессионально («Извините меня за то, что у вас эта болезнь»).

7. **Чувство беспомощности**, проявляющееся в неспособности контролировать эмоциональное состояние больного, как правило, трудно переносится врачами, которые привыкли всегда держать ситуацию под контролем.
8. **Чувство растерянности**, связанное с незнанием того, как вести себя, когда кто-то сильно расстроен, и неуверенность в том, что делать в такой ситуации (Например, должен ли врач утешать пациента, когда тот плачет?)
9. **Проблема недостатка времени** – врач понимает, что необходимо уделить пациенту больше времени, однако из-за своей занятости сделать этого не может. В этой связи необходимо отметить, что удовлетворённость пациента разговором с врачом в большей степени зависит от качества взаимодействия, чем от потраченного времени.
10. **Напоминание о человеческой уязвимости и несовершенстве медицины** часто воспринимается чрезвычайно болезненно врачами и теми, кто ухаживает за пациентами. Кроме того, это также является скрытым напоминанием о нашей собственной смертности.

Таким образом, развитие компетенции в сфере взаимодействия с эмоциональными составляющими болезни не только облегчает выполнение своих профессиональных обязанностей, но также снижает психологический дискомфорт и приносит профессиональное удовлетворение.

Способы преподнесения правды

Прежде всего, необходимо определить, что такое «правда».

Правда – это, объективная реальность, но воспринимается она субъективно.

Например, говоря человеку о том, как он похудел, мы можем получить в ответ как реакцию обиды, тревоги, нарастающего страха: «Почему я худею»? – «Может, я серьезно болен!?!», так и очевидной радости: «Неужели сбылась моя мечта, и я похудел!» Таким образом, часто сложно сказать, какой эффект вызовет сообщение информации пациенту. Именно поэтому с правдой надо обращаться осторожно: выдавать ее дозировано, в соответствии с готовностью пациента её выслушать.

Можно выделить несколько способов преподнесения правды.

Способ «заговаривания зубов»

Трудный разговор

Доктор говорит много, но информация, которую он сообщает пациенту, завуалирована и может быть интерпретирована по-разному.

Реальный пример

Доктор: Облучение может оказывать негативные побочные эффекты на ваш организм.

Пациент: Что это значит? Какие?

Доктор: Это не должно причинить слишком большой вред, время от времени я буду осматривать вас, так что мы не оставляем вас.

Пациент: Смогу ли я поехать на отдых летом, после курса облучения?

Доктор: Наверное, лучше будет остаться поближе к дому, просто на всякий случай.

В этом примере речь доктора выглядит и звучит как будто мягко и заботливо, но, используя неопределенные слова («негативные побочные эффекты»), он дистанцируется от пациента и избегает открытого обсуждения темы (не желая «расстраивать» пациента), а вместо этого преподносит плохие новости в завуалированной форме (используя намёк на отпуск). Доктор пытается быть добрым, но этот подход неминуемо станет причиной потери доверия между врачом и пациентом, так как недоговаривание рождает страх и неуверенность у пациента. В случае неблагоприятного исхода подобный способ общения может стать причиной формирования обиды на врача («если бы мне сказали раньше»). К сожалению, подобный способ очень распространен в системе здравоохранения.

Способ «сказал и убежал»

Врач сообщает неблагоприятный диагноз и исчезает до того, как пациент придёт в себя и сможет что-либо сказать.

Реальный пример

Доктор: Рентген показал, что опухоль распространилась в лёгкие, но Вы не переживайте, мы направим вас в хоспис, где за вами присмотрят. До свидания.

Это типичный пример неправильного взаимодействия врача и пациента, который можно охарактеризовать словами: «ударил и убежал». В приведённом выше примере врач сообщает пациенту смертельный диагноз и сразу же покидает его. Не всегда врачи преднамеренно используют подобный стиль поведения. Часто они ведут себя так из-за недостатка времени. В данной ситуации, пациенту сообщается диагноз, когда это удобно специалисту, а не самому пациенту. Кроме того, врач не заботится о том, какими словами он

сообщает диагноз, кто находится рядом с пациентом в это время, а также какой объём информации будет полезен в этот момент. Наконец, пациенту даже не объясняется, что такое хоспис.

Способ «честный ответ»

Иногда может быть очень заманчиво дать прямой ответ на прямой вопрос (особенно если пациент выглядит спокойным и разумным), тем не менее, всегда лучше сначала постараться узнать больше о том, что именно хочет знать пациент.

Реальный пример

Пациент: У меня рак?

Доктор: Ну.... Да.

Наиболее часто с подобными прямыми вопросами сталкиваются неопытные медсёстры. Причина этого в том, что с точки зрения пациентов они выглядят менее грозно и более доступно и, в момент близости, такой, как, например, мытьё в ванне, пациент может задать трудный вопрос: «Вы думаете, я умру?» или «Вы думаете, это рак?».

При получении такого прямого вопроса от пациента, можно использовать ***способ «теннисной ракетки»***, в основе которого лежит метод «зеркального слушания» то есть на вопрос отвечать встречным вопросом. Например: на вопрос «доктор, я умираю?», можно в ответ спросить: «а почему вы у меня это спрашиваете сегодня? На прошлом визите Вас это не интересовало. Что случилось в этот промежуток?» Попытайтесь осторожно задавать вопросы с целью выяснения ожидания пациента. Часто бывает, что задавая конкретный вопрос, пациент вовсе не ждет конкретного ответа, а хочет просто пообщаться с целью получения дополнительной информации. Используя этот метод, вы можете лучше узнать уровень информированности пациента и его ожидания. Общайтесь с пациентом. Не забывайте использовать только те выражения, которые ему будут понятны.

Помните, не всю правду мы должны говорить, но всё, что мы говорим должно быть правдой.

Некоторые примеры неправильного ведения трудных разговоров

Реальная история

Рассказ пациентки:

Воспоминание о том моменте, когда мне сообщили диагноз до сих пор очень болезненно для меня. О диагнозе «рак» мне сообщил не мой лечащий доктор, а врач, которого я никогда раньше не видела. Он не стал дожидаться моего мужа и даже не спросил, хочу ли я с ним разговаривать. Он стал в дверях и прямо оттуда начал говорить мне про химеотерапию. Когда я спросила про побочные эффекты, он сказал: «Да, у вас могут выпасть волосы, но не стоит беспокоиться о таких пустяках».

- ❓ Подумайте, что можно было бы сделать иначе?
Какие последствия могут вызвать описанные выше события?

Реальная история

Рассказ матери:

Результаты анализов пришёл сообщить молодой доктор. Он сел на кровать моей дочери и, не отрывая взгляда от своих часов, произнёс: «Тебе следует подумать о своей дальнейшей жизни и о своих родных, так как у тебя рак. Будет лучше, если ты всё хорошо обдумаешь». После этого моя дочь начала плакать и он ушёл. Это было ужасно. Я чувствовала себя виноватой за этого доктора. Неужели их нигде не учат, как говорить с людьми?»

- ❓ Подумайте, что можно было бы сделать иначе?
Какие последствия могут вызвать описанные выше события?

Реальная история

Рассказ родственников:

Я узнала о диагнозе однажды вечером во время посещения своего сына в больнице. Мы с Мишей гуляли по коридору, когда молодой доктор остановился перед нами и сказал: «Боюсь, что у вашего сына очень серьёзная опухоль». Я спросила, не хочет ли он сказать, что это рак. Как раз в этот момент зазвонил его мобильный телефон, и нам пришлось ждать в коридоре, пока он сможет поговорить с нами. Мой сын был весь серый. Когда доктор вернулся к нам, моему сыну вдруг стало плохо, и мы провели остаток вечера в отделении скорой помощи. Доктор потом приходил снова и попросил прощения, а врачу в отделении скорой помощи он сказал, что просто сообщил нам плохую новость.

- ❓ Подумайте, что можно было бы сделать иначе?
Какие последствия могут вызвать описанные выше события?

Работа с родственниками

пример

Родственник: Пожалуйста, не говорите ему – он всё ещё надеется.

Доктор: У него есть право знать это.

Каждый доктор, разговаривая с родственниками безнадежно больного пациента, не раз слышал эти слова: «Пожалуйста, не говорите ему (ей)». С точки зрения закона и профессионального долга доктор является ответственным за сообщение пациенту точного диагноза. Тем не менее, важно не упустить самую суть пожеланий родственников больного, которая заключается в том, что семья хочет защитить пациента от горя. Родственники глубоко убеждены, что отрицательная информация будет травмирующей для больного и может ухудшить его состояние, они уверены, что больному будет лучше не знать правду. Именно поэтому, они как бы играют в игру: «Завтра у нас будет все хорошо, и ты обязательно выздоровеешь». Сам больной, либо «включается» в игру и тогда часто спрашивает врача: «А скоро ли я выздоровею?» или «Да когда же мне станет лучше!?!», либо, догадываясь или зная многое, просто избегает обсуждения проблемы, тем самым оказываясь в одиночестве, в кругу любящих родственников.. Всё это образует так называемый «заговор тишины».

Работа с «заговором тишины»

Прежде всего, необходимо ответить на два ключевых вопроса:

- *Нужно ли ему/ей знать?*
- *Желает ли он/она знать?*

При работе с семьёй, члены которой не желают сообщать всю информацию больному родственнику можно выделить четыре стадии (которые не обязательно должны произойти в один день):

Трудный разговор



Рисунок 1. Схема работы с семьёй при проведении трудного разговора

Стадия 1. Разрешение пациента увидеть родственников

После обсуждения с пациентом общих моментов, попросите у него разрешения увидеться с его родственниками наедине. Например: «Вы не будете возражать, если я поговорю с вашими родственниками несколько минут, потому что, как мне кажется, они очень беспокоятся о вас?» Большинство пациентов не имеют ничего против этого. Если же пациент захочет продолжать разговор в присутствии всей семьи, вы можете начать, спросив его: «Что вы знаете о своей болезни?»

Стадия 2. Разговор с родственниками

Целью подобного разговора является завоевание доверия родственников, чтобы они чувствовали себя защищёнными, когда вы разговариваете с пациентом наедине. Постарайтесь определить, кому в семье пациент доверяет больше всего, а затем выясните, что, по мнению этого человека, пациент знает о своей болезни. В процессе подобного разговора можно выделить пять этапов:

1. *Утверждение.* Например: «Вы знаете её/его лучше...»
2. *Проверка понимания.* Например: «Что Вы знаете о болезни?»
3. *Выяснение причин, по которым родственники предпочитают скрывать информацию от пациента.* Например: «Знаете ли вы кого-нибудь ещё, у кого есть рак?»

4. *Выяснение желательного объёма информации*, а также конкретных тем, о которых не следует говорить с пациентом. Это можно сделать, например, сказав: «Понимаю, что разговаривать на эти темы сложно...» и затем выслушать, что именно больше всего пугает пациента и его родственников.
5. *Получение разрешения для разговора с пациентом наедине*. Наибольший страх у родственников обычно вызывает ситуация: «А что если он (она) спросит о своей болезни?» Объясните, что цель вашего разговора с пациентом будет просто выяснить, какой объём информации о своей болезни он хочет получить.

Стадия 3. Разговор с пациентом наедине

Начать следует с выяснения того, желает ли пациент вести с вами разговор. Для этого, например, спросите: «Как у вас сейчас идут дела?», а затем поинтересуйтесь: «Что ваша семья знает о вашем заболевании?». Подобный вопрос часто ведёт к обсуждению тех моментов, которые вызывают наибольшие трудности с точки зрения пациента. Иногда проблема заключается в том, что семья, пытаясь защитить пациента, отказывается обсуждать с ним тему болезни, в то же время сам больной чувствует себя при этом одиноким и покинутым.

Всегда помните, что *право пациента знать всю информацию вовсе не означает обязанность её слушать*.

Стадия 4. Совместный разговор с пациентом и его семьёй

По продолжительности данная стадия может быть самой короткой из всех. Тем не менее, она является чрезвычайно важной, так как без неё вся работа, выполненная на предыдущих стадиях, может оказаться бесполезной и родственники всё ещё не будут уверены в том, что следует сказать больному. Здесь важно преодолеть первоначальное смущение и уверенно начать разговор, в котором вам придётся частично повторить то, что было сказано на предыдущих стадиях. Принципиальное значение данной стадии заключается в том, что доктор становится как бы связующим звеном между больным и другими членами его семьи. Задача врача – помочь родственникам понять друг друга. Чтобы начать разговор можно, например, сказать пациенту: «Разрешите, я поделюсь с вашей семьёй тем, о чём мы с вами говорили наедине?»

Помните, что когда родственники говорят вам: «*Пожалуйста, не говорите*», на самом деле они хотят сказать: «*Пожалуйста, не причините боль*».

Трудный разговор

**Метод десяти шагов при проведении
трудного разговора**

Трудный разговор



Модель проведения трудного разговора

Трудный разговор



Шаг 1: Подготовка

Лучше всего специально организовать время и обстановку для проведения трудного разговора. Необходимо также определить, кто должен присутствовать при разговоре. Для этого можно спросить пациента: «Хотели бы Вы, чтобы ещё кто-нибудь был рядом с Вами?»

Таким образом, перед началом трудного разговора необходимо осуществить некоторые приготовления, а именно:

1. Получите максимально возможное количество информации относящейся к пациенту и его болезни
2. Определить, кто должен присутствовать при разговоре
3. Заранее определите время (чтобы ничего не мешало разговору)

1. Узнайте как можно больше о пациенте и его болезни.

Возможно, многое из того, что вы знаете, вам и не понадобится, тем не менее, очень желательно знать как можно больше. Во время разговора помните, что даже самая маленькая ошибка способна подорвать доверие пациента («другой доктор сказал, это было на левой стороне...») Изучите факты, касающиеся предыдущего лечения пациента, и говорите о других докторах, принимавших участие в лечении так хорошо, как это только возможно.

2. Определите, кто должен присутствовать при разговоре.

Как правило, более предпочтительно, когда рядом с доктором, который встречается с пациентом и его родственниками, находится медсестра. Нахождение рядом коллеги позволяет уделить больше внимания наблюдению за реакциями людей на сообщение новой информации, что поможет избежать трудностей понимания и доверия. Нахождение рядом с пациентом родственников также снижает вероятность возникновения трудностей, связанных с дальнейшим общением с семьёй, как для врача, так и для пациента. Если пациент один (а этого желательно избегать), он может оказаться в состоянии шока, так как на многие возникающие вопросы сложно дать моментальные ответы, например: «Что сказать родственникам, когда окажусь дома?» или «Кому и как следует рассказать?» и т.п.

3. Заранее определите время

разговора и избегайте любых прерываний (никаких мобильных телефонов!). Убедитесь, что пациент себя достаточно хорошо чувствует на момент встречи. Всегда САДИТЕСЬ (очень не вежливо сообщать плохие новости стоя). Организуя встречу, уделите время для подготовки так называемого «предупредительного выстрела» – фразы, которая даст понять пациенту, что вы собираетесь сообщить ему травмирующую информацию, и после которой он получит возможность отказаться от получения такой информации (например, «Боюсь, всё достаточно серьёзно... » или «Я хотел бы обсудить с Вами сложные вопросы, касающиеся Вашего заболевания...»). Если на встрече присутствуют

Трудный разговор

члены семьи, не забудьте представить себя и коллегу (сообщите имена, должности и звания). Если вы предложите платок, когда кто-то плачет, это поможет снизить смущение и в тоже время окажет терапевтический эффект в этот сложный момент. Тем не менее, постарайтесь не позволить слезам заблокировать общение. Это можно сделать, если переключить пациента с чувственного на когнитивный уровень восприятия ситуации, например, спросите: «О чём вы сейчас думаете?»

По-возможности избегайте сообщать плохие новости по телефону – всегда старайтесь организовать личную встречу.

Лист самоконтроля при подготовке к трудному разговору

- Собрал ли я всю информацию о пациенте и его заболевании?
- Знаю ли я, кто должен присутствовать при разговоре?
- Определил ли я, когда должен произойти разговор?
- Определил ли я место для проведения разговора (тихая, частная комната без телефона)?
- Удобная ли обстановка в выбранном месте проведения разговора?
- Взял ли я с собой платок и успокоительные лекарства?
- Помню ли я о необходимости установления границ в начале разговора («у нас есть 30 минут и если этого будет недостаточно, мы сможем потом встретиться ещё»)?

Шаг 2: Выясните, что известно пациенту о заболевании

Вы можете попросить пациента описать события, произошедшие с ним. Например, «Это поможет мне лучше понять особенности Вашего заболевания, расскажите, как это всё началось?»

Описание событий пациентом

Пациенты часто не хотят много знать о своём текущем состоянии и интуитивно отвергают травмирующую информацию о своей болезни. Кроме того, иногда пациенты, которые хорошо понимают ситуацию, первоначально могут жаловаться, на то, что они ничего не знают. Именно поэтому, имеет смысл заставить пациента сказать вам всё, что он знает до того, как вы начнёте объяснение. Лучший способ сделать это – попросить пациента дать его собственное описание событий, произошедших с ним. Спросите: «Как это всё началось?» и с небольшой подсказкой («А что случилось потом?») он расскажет вам всю свою историю. Таким образом, пациент даст вам богатую информацию не только про его понимание медицинских деталей, но и, что более важно, вы сможете увидеть историю болезни пациента с его точки зрения. Полезным вопросом может быть «Что для вас было из всего этого наиболее сложным?». Вы также сможете услышать, какими словами пациент объясняет свою болезнь и у вас появится представление о том,

что пациенту уже известно. Одни и те же события могут быть описаны множеством различных способов и те конкретные слова, которые изберёт для этого пациент, должны дать вам много полезной информации о его заботах и о том, какая новая информация ему необходима.

Список ключевых моментов в рассказе пациента

- Уровень понимания пациентом ситуации
- Слова и выражения, описывающие болезнь
- Что больше всего беспокоит пациента
- Есть ли у него предубеждения (например, о наркотиках)
- Какие у пациента предположения о своём будущем

Обращайте внимание на те слова, которые использует пациент при рассказе. Для последующего объяснения и терапевтического диалога вам будет необходим общий язык. Пациенты часто опускают некоторые куски истории, например, предыдущие медицинские объяснения других врачей, потому что они слишком болезненны для обсуждения или воспоминания. Поэтому для вас важно ранее постараться получить как можно больше информации из других источников, а затем мягко заставить пациента сказать вам всё, что ему уже известно.

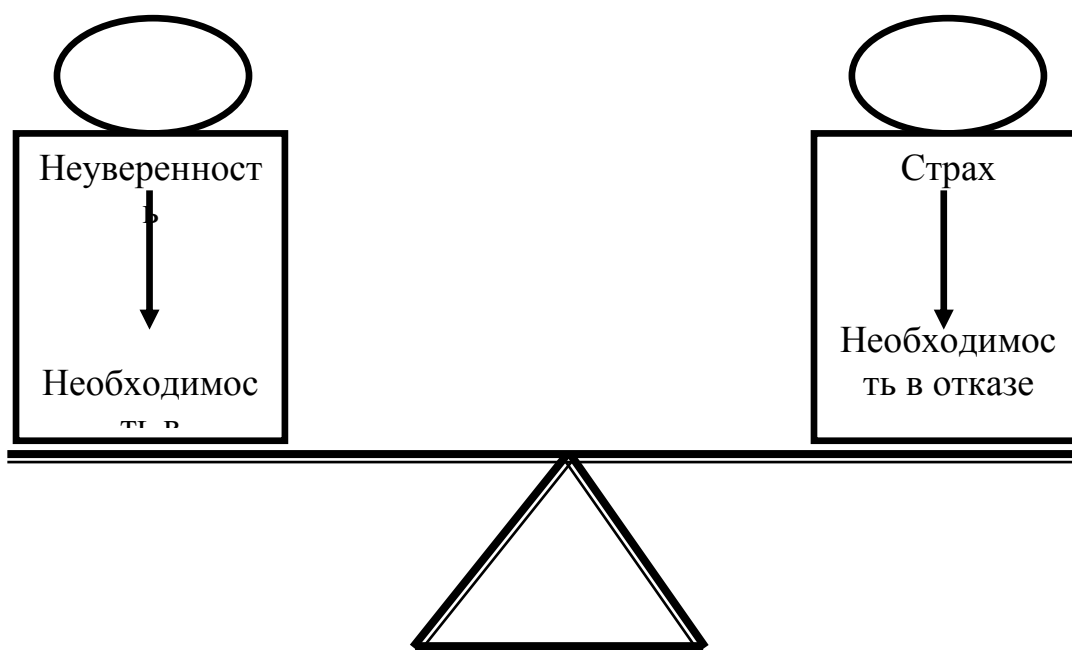
Помните, что, как правило, *доктора переоценивают информацию, которая пациенту уже известна.*

Шаг 3: Выясните, желает ли пациент получить дополнительную информацию?

Узнайте, хочет ли пациент знать больше про свою болезнь. На самом деле, услышать неприятную информацию о собственном здоровье может быть очень травмирующим опытом. Поэтому, прежде чем начать разговор, спросите: «Хотели бы вы, чтобы я объяснил вам больше?»

Данный шаг можно назвать этапом «проверки почвы». Его значение чрезвычайно высоко, поскольку большинство пациентов боятся узнать больше о своей болезни. В данной ситуации наблюдается конфликт между дискомфортом от неопределённости (который снижается при получении информации) и дискомфортом от страха (который снижается, если ничего не знать).

Конфликт



1. Если вы пришли к выводу, что *пациент уверенно хочет получить больше информации*, передвигайтесь сразу на шаг 5 – «предупредительный выстрел».
2. Если *пациент не уверен и сомневается* в необходимости получения дополнительной информации, это может проявляться во фразах типа: «Доктор, а что будет потом?» и т. п. В таком случае, предложите обсудить преимущества и недостатки обеих ситуаций (знания и незнания), например: «Вы относитесь к тому сорту людей, которые предпочитают полностью контролировать ситуацию или Вам нравится предоставить право принимать решение другим людям? А, может быть, Вы находитесь где-то посередине?»
3. Если *пациент отказывается от получения дополнительной информации*, это может проявляться, например, во фразах типа: «Я боюсь спросить...» или «Мне так страшно...». Если таким образом, больной демонстрирует свой страх перед новой (возможно, травмирующей) информацией, то необходимо прервать разговор. С другой стороны, в указанной выше фразе: «Я боюсь спросить...» пациент также подтверждает наличие у него дискомфорта от неопределённости. В этом случае вы должны предоставить пациенту возможность консультации в другое время, например: «Я понимаю, Вам, может быть, трудно сейчас обсуждать этот вопрос – если Вы захотите снова со мной встретиться, чтобы поговорить о том, что Вас волнует, я с удовольствием готов увидиться с Вами опять».

Помните, как правило, больше всего пациенты боятся получить *слишком много информации*.

Шаг 4: Допустить отказ

Отказ – это способ справиться со страхом и, таким образом, защитить свою личность. Поэтому подобный выбор пациента необходимо уважать. Необходимо позволить пациенту контролировать объём информации, который вы собираетесь ему сообщить. Если пациент меняет предмет разговора, это является ясным знаком того, что дальнейшая информация сейчас не желательна. Никогда не сообщайте информацию, получить которую сейчас пациент не желает и которая может стать причиной беспокойства и злости.

Реальная история

Доктор: Хотели бы Вы, чтобы я что-нибудь объяснил Вам о Вашей болезни?

Пациент: Аппетит у меня уже лучше...

Доктор: Какое у Вас сейчас общее самочувствие?

Пациент: Я всё ещё верю, что меня вылечат.

Доктор: Это хорошо. Есть ли ещё что-нибудь, о чём бы Вы хотели у меня спросить?

Чтобы чувствовать себя более защищёнными пациенты могут применять две прямо противоположные тактики. Одни пациенты постоянно используют тактику отказа от получения новой информации, другие наоборот стараются расспрашивать врача как можно больше для получения максимального количества информации. Кроме того, пациент, который отказывается обсуждать болезнь при общении с одним человеком, может согласиться на это при общении с другим. Исследование больных раком, которое провёл американский врач Джон Хинтон, показали, что 35% больных говорили о своей болезни с персоналом и 85% с подготовленным специалистом.

В любом случае, необходимо помнить, что как только пациенты смогут обсудить некоторые из своих страхов со специалистом, их психологическое состояние обязательно улучшится.

Если, на ваш взгляд, пациент нуждается в помощи по преодолению своих страхов (хочет знать, но боится и не в силах преодолеть этот страх самостоятельно), то можно попытаться убедить его в необходимости получения информации. Это может иметь место в том случае, когда причиной отказа стали проблемы общения или беспокойство о возможных последствиях. В данном случае, переубеждение пациента вовсе не означает несогласие с его мнением. На самом деле врач просто

Трудный разговор

задаёт такие вопросы, которые пациент не отважился задавать себе раньше. Когда между доктором и пациентом установлены доверительные отношения подобные вопросы не усиливают страх, например: «Как вам кажется, у вас идут дела?», «Что вы думаете о своей болезни?», «Вы считаете, это может быть серьёзным?»

Помните, что отказ пациента от разговора может возникать благодаря страху или недостатку доверия к врачу.

Шаг 5: «Предупредительный выстрел»

Перед тем, как продолжать разговор, сделайте «предупредительный выстрел». Например: «Боюсь, всё достаточно серьёзно...», а затем сделайте паузу, чтобы пациент смог отреагировать и дать вам понять, хочет ли он продолжать разговор. Таким образом, «предупредительный выстрел» даёт пациенту время обдумать свои реакции и решить, чувствует ли он себя способным услышать больше информации о своей болезни.

Реальная история

Доктор: Хотели бы Вы, чтобы я рассказал Вам о вашей болезни?

Пациент: Да, я определённо хочу знать всё.

Доктор: Хорошо, боюсь, Вы были правы, когда сказали, что всё выглядит более серьёзно, чем мы подумали сразу...

Пациент: Что Вы подразумеваете под словом «серьёзно»?

Доктор: Ну, Вы заметили это раньше, Вы подумали, что причиной блокады мог быть нарост.

Пациент: Это нарост?

Доктор: Да.

Пациент: Из-за чего он возник?

Доктор: Похоже, из-за опухоли.

Начните с использования слов пациента (например, «нарост») и постарайтесь выяснить, что он понимает под этим (например: «Когда вы сказали нарост, что именно понимали вы под этим словом?») После этого шаг за шагом даётся новая информация. Используйте метафоры, эвфемизмы или упрощения, если это необходимо. После каждого блока информации делайте паузу, чтобы дать пациенту возможность отказаться от продолжения разговора.

Трудный разговор

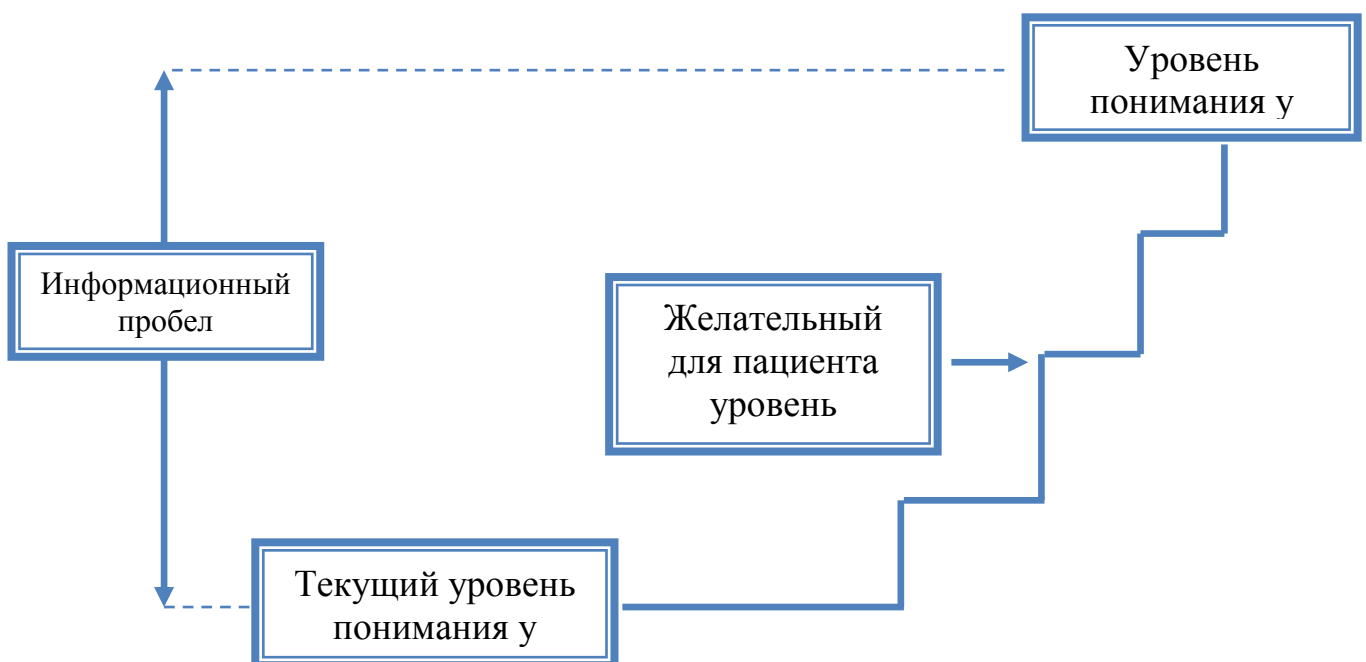


Даже если пациент хочет получить весь объём информации, лучше делать это постепенно и мягко, так как пациент может просто переоценить тот объём новой информации, который он может выдержать.

Начать данную стадию можно с повторения слов, сказанных пациентом, например: «Вы считаете, что...»

Шаг 6: Объяснение

Если потребуется, подробно объясняйте всё, что хочет знать больной. Шаг за шагом сужайте пробелы в информированности пациента. Возможно, детали в итоге и не запомнятся, но запомнится то, как хорошо вы всё объясняли. Перед объяснением можно задать вопрос: «Хотите ли вы, чтобы я вам это объяснил?» Цель объяснения заключается в том, чтобы заполнить пробелы в информированности пациента. Данная стадия трудного разговора является одной из наиболее сложных, поскольку здесь необходимо обладать умением находить оптимальный уровень информации, который с одной стороны снизит неопределённость, а с другой позволит избежать появления страха, который может возникнуть в результате излишней информации.



Рекомендации по объяснению пациенту особенностей заболевания:

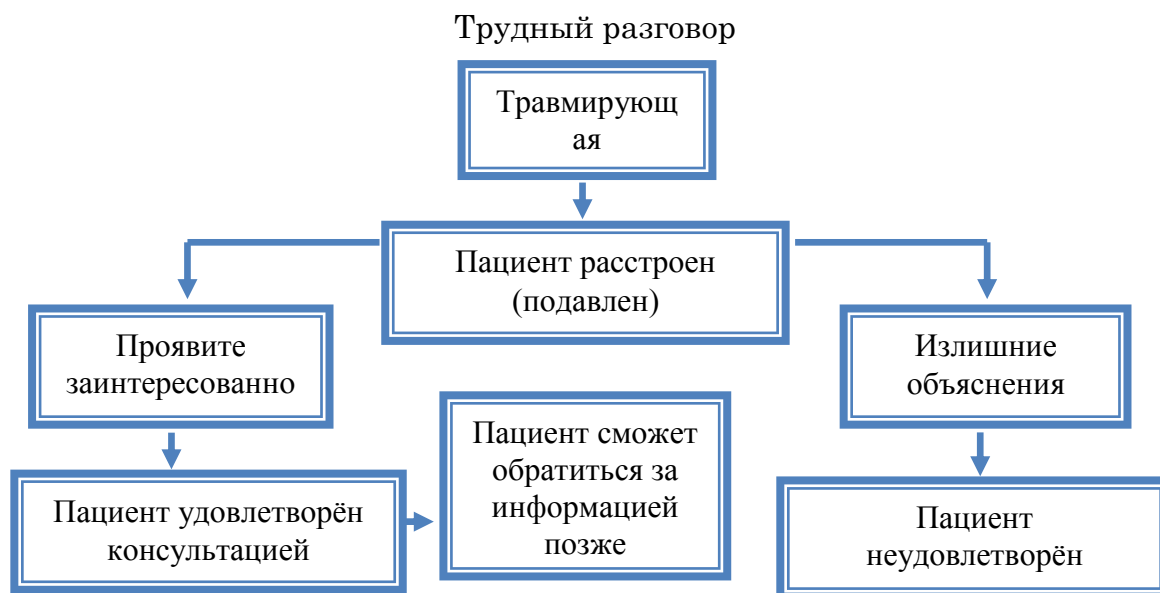
- Говорите просто и ясно (детальное объяснение будет позже).
- Используйте мягкие или нейтральные слова.
- Давайте описания событиям, руководствуясь предыдущим описанием событий самим пациентом
- Избегайте использования медицинского жаргона (это тактика дистанцирования от пациента)
- В процессе разговора периодически проверяйте, понимает ли пациент то, что вы ему говорите. Например, спросите его: «Понимаете ли вы то, что я вам говорю?», «То ли это, что вы хотели услышать?»
- Будьте настроены настолько оптимистично, насколько это возможно при данном заболевании. Запомните цитату: *«Никто не знает достаточно, чтобы делать неопровержимые заявления о судьбе другого человека» (Норман Коузинс).*
- Обсудите то, что заботит пациента до начала объяснения деталей

Следите за реакцией пациента на информацию. Если он пытается сменить тему разговора, бросает взгляды в сторону окна, делает суетливые движения руками – всё это означает, что оптимальный уровень информации уже достигнут и теперь существует вероятность того, что он может быть превышен.

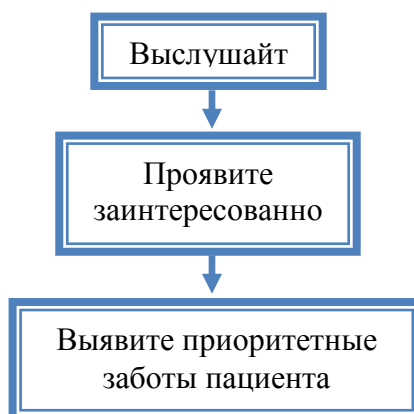
Найдите, что пациент может не запомнить факты, которые вы ему сообщите, но он всегда запомнит то, как вы это сделаете.

Шаг 7: Выяснить, что больше всего заботит пациента

Спросите: «Что Вас больше всего заботит в данный момент?», а затем позвольте пациенту выразить свои чувства. В процессе трудного разговора очень важно контролировать эмоциональное состояние пациента. Поэтому после сообщения ему травмирующей информации, очень важно выяснить, как он её воспринял: какие мысли и эмоции она вызвала. Многие пациенты на различных стадиях трудного разговора могут находиться в подавленном состоянии, но часто вызывает сомнение то, чем именно озабочен пациент. Разрешение на обсуждение волнующей для пациента темы даёт ему возможность начать обсуждать существенные моменты в порядке их важности для него. Как правило, пациенты реагируют на это очень позитивно и подобный разговор всегда помогает. Дело в том, что процесс вербализации горя в слова с дальнейшим обсуждением наиболее травмирующих моментов позволяет снизить психологическое напряжение и неопределённость. Таким образом, не следует сразу же заканчивать разговор после сообщения травмирующей информации, также не следует вдаваться в подробные объяснения, которые могут стать причиной фрустрации или неудовлетворения разговором, просто проявите участие и заинтересованность текущим состоянием пациента.



В данной ситуации, врача разговаривающего с пациентом, можно сравнить, с дипломатом, ведущим тяжелые переговоры: надо все время нивелировать и облегчать процесс поступления болезненных впечатлений и мыслей... Данную задачу можно решить, например, при помощи «социальной болтовни», которая способна помочь пациенту привести свои мысли и чувства в порядок.



Помните, что наиболее важные, волнующие и болезненные для пациента вопросы с первого взгляда могут казаться незаметными.

Шаг 8: Обсуждение чувств

Это ключевая фаза, оказывающая влияние на степень удовлетворения пациента разговором. Она обеспечивает терапевтическую часть диалога. На данной стадии врач проявляет эмпатию к пациенту. Цель этого: помочь пациенту озвучить его чувства. Открытое проговаривание чувств позволяет пациенту снять психологическое напряжение, а также увидеть себя со стороны и взять ситуацию под контроль. Первый шаг – это внутреннее признание своих чувств, второй – вербализация этих чувств. Пациенты рассказывали, что когда они слышали свои слова, то начинали осознавать свои чувства. («Это трудно: понять, что же ты на самом деле чувствуешь, пока не

Трудный разговор

услышишь свой голос»). Для того чтобы побудить пациента к высказыванию своих переживаний можно задать ему такие вопросы: «Что вы сейчас чувствуете?» или «Как вы это восприняли?»

Обсуждение чувств



Таким образом, на данной стадии необходимо помочь пациенту описать свои чувства. Даже если это невозможно, сама попытка содержит в себе терапевтический эффект. Даже если здесь обнаружатся очень сильные чувства (страх, злость), то после проговаривания они вскоре утихнут.

Эмпатия, которую следует проявить доктору на данной стадии, означает попытку понять, что чувствует пациент («Этот доктор, похоже, меня понимает») но *не означает* чувствовать то же, что чувствует пациент (это и невозможно и не обязательно – кризис у пациента не является вашим личным кризисом). Эмпатия обладает гораздо большим терапевтическим эффектом, чем сочувствие («чувство сожаления»), которое может заблокировать чувства пациента.

Наш собственный дискомфорт в процессе этой стадии может заставить нас быть либо слишком разговорчивым, либо наоборот слишком кратким (и то и другое в ответ вызовет холодность). Оставайтесь спокойными и дайте пациенту время обдумать его чувства.

Помните, что проговаривание чувств определённым образом исцеляет само по себе, обеспечивая признание чувств, поэтому не стесняйтесь делиться своими чувствами, например: «Мне кажется, что вы сейчас чувствуете...» или спрашивать о чувствах пациента: «Ваше основное волнение в настоящий момент связано с...»

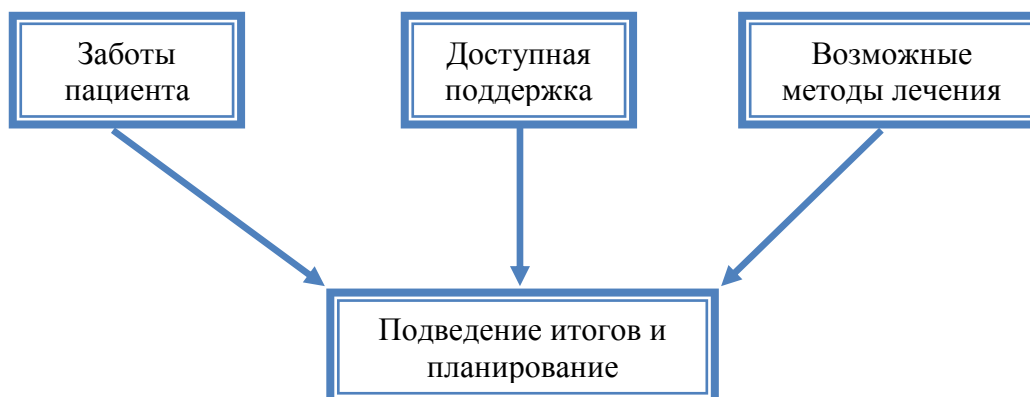
Шаг 9: Подведение итогов и планирование

На данной стадии вам предстоит подвести итог разговору, распланировать дальнейшие действия по борьбе с болезнью, а также поддержать в пациенте надежду на будущее.

Важнейшая роль специалиста здесь заключается в определении и предложении пациенту плана дальнейших действий. Во-первых, это, показывает лидерство и авторитет доктора, а, во-вторых, поддерживает пациента, так как снижает ощущения пациентом беспорядочности его мыслей во время кризиса. Составление плана включает в себя целый ряд пунктов и должно дать ответы на те вопросы, которые больше всего заботят пациента. Кроме того, доктор здесь должен описать возможные

Трудный разговор

методы лечения в данной ситуации. Также в план можно включать всех, кто может поддержать пациента (друзья, родственники и т. д.).



План должен учитывать индивидуальность пациента и снижать чувство неуверенности. Необходимо описать все возможные варианты развития событий в будущем и постараться убедить пациента *одновременно* готовиться к самому худшему и всё ещё надеяться на лучшее.

Стратегия подведения итогов и планирования

- Предложите лидерство
- Учитывайте индивидуальность пациента
- Избегайте нереалистичных обещаний
- Готовьтесь к худшему (снижение нереальных страхов)
- Надеемся на лучшее

Закончить подведение итогов можно словами: «У нас осталось 5 минут, есть ли что-то ещё, что мы могли бы сейчас обсудить?»

Образец подведения итогов и планирования

«Я понимаю, что сегодня Вас волнует, во-первых, определение дальнейшего лечения, которое позволило бы как можно лучше контролировать Ваше заболевание, во-вторых, Вы обеспокоены тем, как сказать Вашему сыну/дочке и, в-третьих, Вы неуверенны в том, сколько ещё времени Вы сможете работать. Я могу назначить Вам дополнительное лечение, которое может помочь, хотя полностью вылечить Ваше заболевание невозможно. Мы сможем обсудить это более детально в следующий понедельник, в этот день Вы также можете взять с собой Вашего сына. Ранее Вы говорили, что особенно близки с Вашей сестрой, и я подумал, что, возможно, Вам стоит обсудить с ней проблему, как сказать Вашему сыну, а также все за и против продолжения Вашей работы. Есть ли ещё что-нибудь важное, что мы пропустили, и что следовало бы сейчас обсудить?»

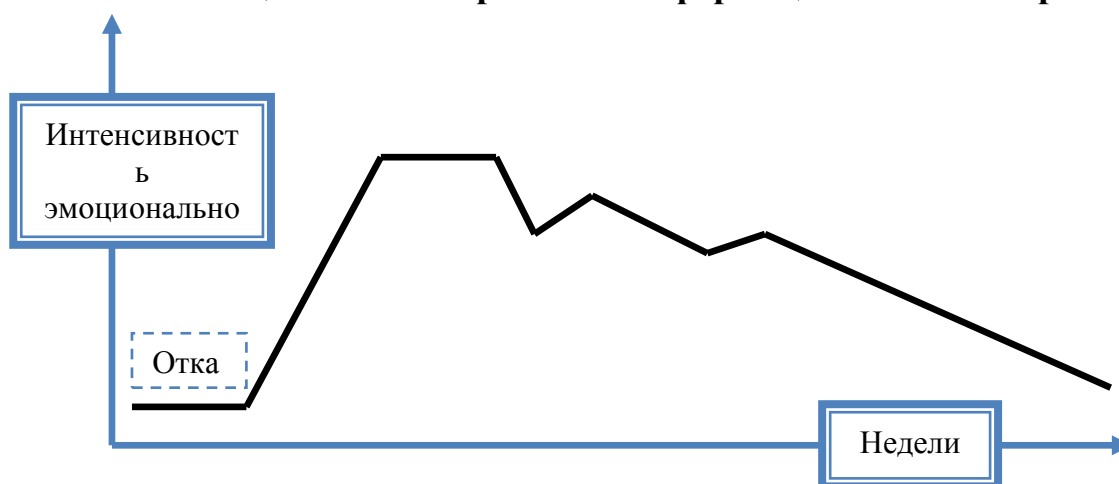
Шаг 10: Предложение помощи

Многие пациенты нуждаются в дальнейшем повторном объяснении (так как в первый раз детали часто не запоминаются) через некоторое время (принятие требует недели или месяцы и приходит в основном после встречи с семьёй). Это связано с тем, что во время шока от услышанной травмирующей информации пациент может быть неспособен принимать даже простейшие решения. В таком случае лучше всего будет дать ясную инструкцию про время и место следующей встречи. Например: «Я предлагаю встретиться снова в следующий вторник, согласны ли вы с этим?» Если пациент не готов дать ответ на подобный вопрос, можно просто подчеркнуть доступность вашей помощи: «Если Вы заходите обсудить со мной какие-либо вопросы, Вы можете прийти ко мне снова...»

Доступность помощи нужна по трём причинам:

1. Скорее всего, детали информации, которую вы сообщите пациенту при первой встрече, он не запомнит.
2. Эмоциональное переживание полученной информации требует времени и поэтому ваша поддержка и помощь в планировании будущего может понадобиться не сразу.
3. Возможно, другие члены семьи также захотят поговорить с вами.

Эмоциональное принятие информации занимает время



Помните, восприятие травмирующей информации требует времени и во многом этот процесс напоминает процесс горевания.

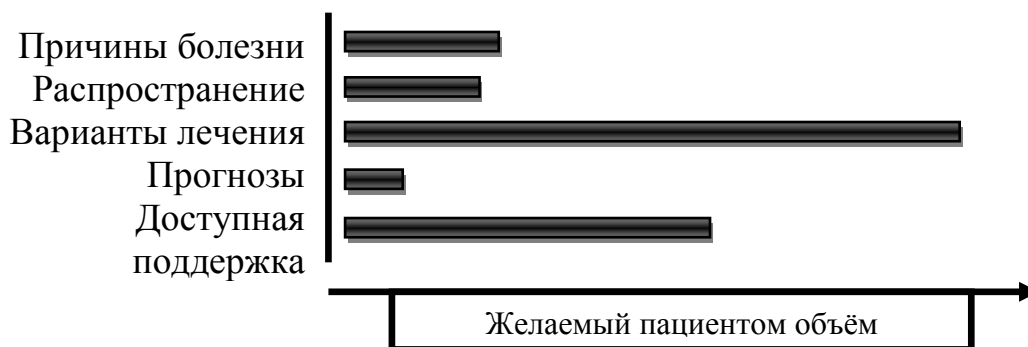
Повторное объяснение

Как бы хорошо врач не был подготовлен для проведения трудного разговора, многие пациенты слишком шокированы травмирующей информацией для того, чтобы воспринимать в тот момент факты, большинство из них хотели бы получить детальное объяснение позже.

Трудный разговор

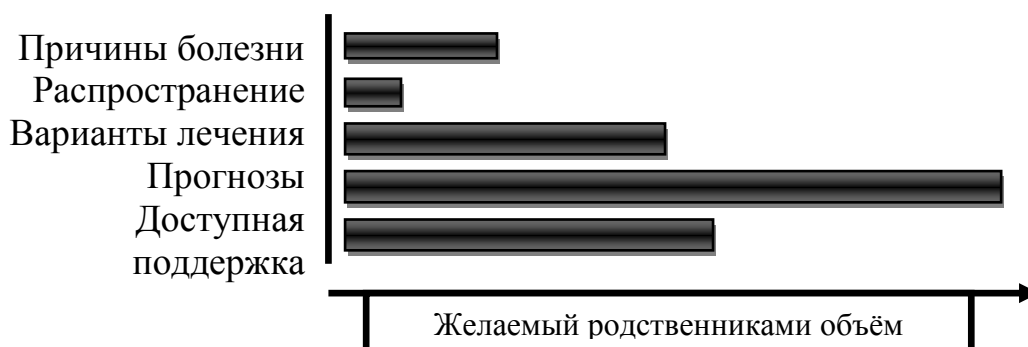
При повторной встрече с пациентом не забывайте сопоставлять объём информации, который вы даёте пациенту с объёмом, который он желает получить. Помните, что объяснение вариантов лечения менее пугающе, чем описание болезни.

Какую информацию желает получить пациент



Большинство пациентов неспособны осознать более двух или трёх фактов одновременно, поэтому необходимо объяснять постепенно, постоянно контролируя понимание. Избегайте медицинских терминов (даже самых простых, таких как «катетер» и пр.). При объяснении могут помочь рисунки или диаграммы. Дайте пациенту возможность повторить информацию, чтобы проверить понимание.

Какую информацию обычно желают получить родственники



В отличие от пациента, родственников очень сильно интересует прогноз развития заболевания, поэтому вопрос: «Доктор, сколько ему (ей) осталось?» не один раз слышали врачи, работающие в онкологических клиниках.

Лист самоконтроля при процессе сообщения информации

- Проверьте, что уже известно пациенту
- Говорите просто и ясно
- Избегайте медицинских терминов

Трудный разговор

- Категоризируйте («во-первых, во-вторых...»)
- Несколько раз разными словами повторяйте сказанное
- Используйте рисунки или диаграммы
- Проверяйте уровень понимания («Объясните, как Вы поняли...»)
- Напишите наиболее важную для пациента информацию на бумаге
- Дайте пациенту информационный буклет

Помните, что не следует спешить с сообщением пациенту травмирующей информации в процессе разговора. Дождитесь удобного момента, когда пациент будет готов к восприятию такой информации, а уже после её сообщения не забудьте проверить уровень понимания.

Реальная история

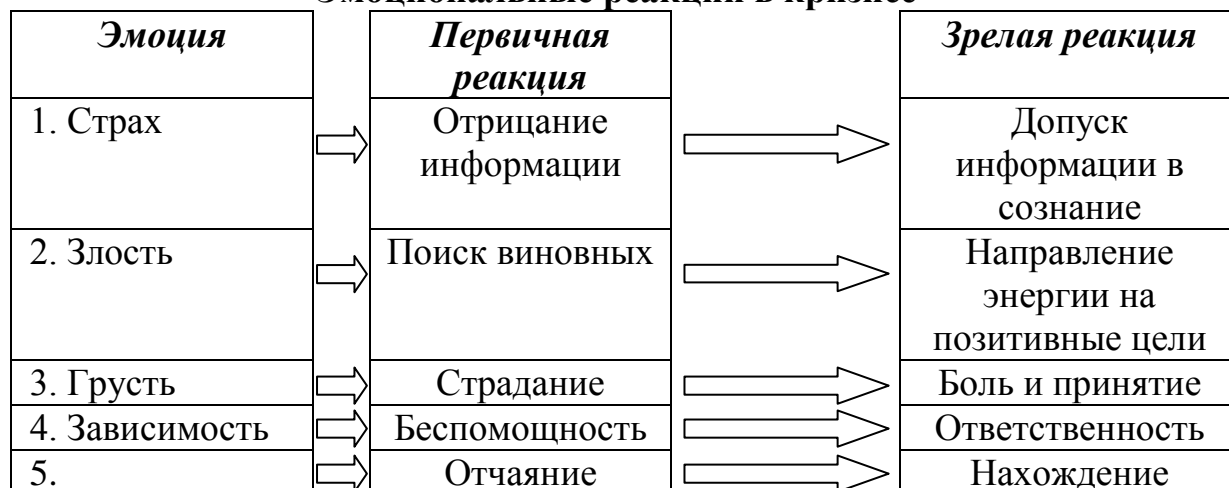
Доктор из хосписа прописал два вида лекарств новому пациенту, у которого был диагностирован прогрессирующий рак лёгкого. Врач тщательно и медленно объяснил их назначение и то, как их использовать. Затем в кабинет вошла жена пациента, которая до этого разговаривала с медсестрой снаружи, и доктор повторил объяснение снова уже для них обоих (включая детали применения, написанные на коробках с лекарствами). После этого вошла медсестра и попросила пациента объяснить, для чего нужны лекарства – но он так и не смог этого сделать. Таким образом, волнение блокирует понимание.

Эмоциональное принятие травмирующей информации

Процесс принятия травмирующей информации отнимает время и напоминает процесс горевания. Чтобы облегчить этот процесс, побуждайте пациента к открытому выражению эмоций, этим вы поможете ему справиться с ситуацией. Например, спросите: «Как вы себя сейчас чувствуете?»

Чтобы яснее представлять процесс эмоционального принятия опишем в общем виде эмоциональные реакции, связанные с ним.

Эмоциональные реакции в кризисе



1. **Страх**, который испытывает пациент, периодически блокирует поступление новой информации, способной травмировать личность. По мере адаптации человека, всё новые и новые факты становятся доступными сознанию. Длительное время полностью отрицать реальность невозможно, так как это требует постоянного напряжения психической энергии (соответственно, остаётся меньше сил на всё остальное). С другой стороны, принятие реальности и осознание своих страхов возвращает уверенность в себе и позволяет постепенно взять сложившуюся ситуацию под контроль.
2. **Злость** является нормальной реакцией на травмирующую ситуацию и может быть негативной или позитивной. Негативная злость может быть направлена на себя, в результате чего стать причиной чувства вины или депрессии («Я чувствую себя такой бесполезной»), или же на других (например, на тех, кто заботится о пациенте). Тем не менее, энергия злости также может быть использована и позитивно, например, для борьбы с болезнью.
3. **Грусть** обычно появляется в результате утраты пациентом чего-либо значимого для него (работы, привлекательности, способности к самостоятельному передвижению и т. п.). Если пациент отказывается признать потерю, то это может стать причиной страданий и иногда депрессии. Открытое выражение эмоций включает в себя и болезненный процесс признания произошедших изменений (за признанием потери следует обсуждение чувств и, наконец, принятие).
4. **Зависимость** от других людей и ситуации является нормальным переживанием. В конце концов, мы все во многом зависим от других. Во время кризиса чувство беспомощности и зависимости иногда просто необходимо как способ избежать излишней перегрузки трудностями. В такой ситуации человек склонен обращаться к другим за поддержкой и эта поддержка должна быть ему оказана. Как только человек восстановит энергию, он снова будет способен двигаться по направлению к открытому выражению чувств, сможет самостоятельно принимать решения и снова примет на себя ответственность за свою жизнь.
5. **Беспомощность** является типичной реакцией организма на эмоциональную перегрузку, что часто встречается в кризисной ситуации. Неспособность найти смысла в происходящих событиях может вести к отчаянию. Тем не менее, сильные переживания могут также стать причиной изменений жизненных приоритетов и нахождения нового смысла в жизни.

Помните, что самые сильные и динамично меняющиеся эмоции человек испытывает именно в критической ситуации.

Встреча с родственниками

Болезнь оказывает влияние на всю семью. Таким образом, доктор может невольно стать причиной проблем общения в семье в том случае, если он сообщает информацию только родственникам, а пациенту нет или наоборот. Именно поэтому встреча одновременно с пациентом и его родственниками, как правило, предпочтительнее. Во-первых, она несёт в себе больший терапевтический эффект, а, во-вторых, позволяет сэкономить ваше время. Для того чтобы организовать такую встречу, можно спросить пациента: «Вы не возражаете, если Ваши родственники также примут участие в разговоре?»



Как правило, доктору не требуется прикладывать много усилий чтобы организовать встречу с семьёй пациента. Тем не менее, сам факт подобной встречи иногда может пугать врача, так как в этом случае придётся сообщать травмирующую информацию всей семье и, следовательно, принимать на себя реакцию всех членов семьи. В такой ситуации контролировать происходящие события может быть гораздо сложнее. Именно поэтому чрезвычайно полезно для доктора иметь рядом с собой коллегу (врача или медсестру) если, конечно, это возможно.

Лист самоконтроля при организации встречи со всей семьёй

- Представьте себя и коллегу (имя и должность)
- Задайте организационные вопросы («Все ли собрались?»)
- Выслушайте опасения каждого члена семьи перед тем, как сообщать информацию
- Дайте каждому возможность высказаться (включая детей)
- Убедите семью не “защищать” детей путём исключения их из разговора (что изолирует и смущает их)
- Выясните есть ли у семьи опыт подобных переживаний («Есть ли у вашей семьи опыт подобных ситуаций?»)

- Выясните, есть ли у семьи другие проблемы (“есть ли у вашей семьи какие-нибудь другие проблемы на сегодняшний момент?”)
- Никогда никого не критикуйте. Уважайте любое поведение семьи как попытку справиться с ситуацией.

Встреча со всей семьёй является мощным (но, к сожалению, часто пренебрегаемым) методом помощи пациенту справиться с травмирующей информацией.

Несколько дополнительных советов

Предупреждение проблемы. Если ещё в процессе диагностики болезни вы предполагаете, что придётся сообщить пациенту неприятные новости, то в таком случае, возможно, имеет смысл заранее поинтересоваться у пациента: «Если это окажется серьёзным, хотели бы вы быть в курсе всего?» Очевидно, что подобный вопрос может взволновать пациента (хотя, как правило, пациенты уже и так достаточно взволнованы), тем не менее, это заставит его обдумать возможность такой ситуации – в будущем этот опыт может оказаться полезным.

Доверие. Плохие новости легче воспринимаются от того, кому человек доверяет. Доверие зависит от репутации, компетенции и симпатии, которая во многом определяется умением слушать.

Ложное успокоение. Собственная тревога доктора может привести к ложным обещаниям помощи и ложной надежде, которые позже могут стать причиной чувства обиды у пациента. Обещайте только то, что может быть реально выполнено. Ложное успокоение разрушает доверие, так что не порождайте ложных ожиданий. Пытаясь уменьшить психологическую травму пациента, врач может быть чрезмерно оптимистичным – это вполне естественная модель поведения и именно поэтому в ней содержится постоянная опасность.

Пример (реальная история)

Молодой человек, с диагностированным раком кишечника, и проходивший лечение в онкологической клинике, на вопрос: «Как мне с этим теперь жить?», получил от врача совет: «Живите, как и жили до болезни». Но так, как в процессе лечения его физическое состояние изменилось: (у него появилась калостома и т.д), и он не мог физически вести прежний образ жизни, поэтому он постоянно чувствовал себя несчастным. После того, как его перевели в хоспис и он имел несколько бесед с врачом хосписа,

который ему посоветовал принять реальность, он стал спокойнее и сказал следующее: «Лучше бы доктор с самого начала был более реалистичным относительно моих ограничений».

Избегайте предположений. Во-первых, попытайтесь избегать предположений относительно того, что представляют собой «плохие новости» для пациента. Повреждение пальца может выглядеть маленькой проблемой с точки зрения медицины, но повлечь за собой серьёзный психологический кризис для профессионального пианиста. Во-вторых, избегайте предположений о том, что больше всего заботит пациента – лучше спросите об этом его самого.

Общение между специалистами. Часто травмирующую информацию пациент получает в различное время от различных докторов. Таким образом, важным аспектом является хороший уровень взаимодействия между различными специалистами и коллегами с целью того, чтобы пациент получал информацию последовательно и с нужной скоростью.

Когда всё идёт плохо. Что случается, если всё складывается плохо для пациента и его семьи? В этом случае, они могут проявлять чувство сильной злости и расстройства. Иногда они злятся на плохую новость, иногда они судят вас за то, как бессердечно вы это им сообщили. Первым шагом в исправлении ситуации является предоставление пациенту возможности выговориться. Дайте ему 10 минут, чтобы он объяснил, что случилось и как он себя чувствует. Пусть вместе с фактами пациент выплеснет всю свою злость. После того, как он закончит вам следует процитировать пациенту то, что он только что сказал – взгляд на себя со стороны всегда помогает увидеть ситуацию более реалистично. Десять минут это не так долго, тем не менее, большинство докторов прервёт пациента уже через 30 секунд. Если вы совершили ошибку, всегда извинитесь. Если ошибку совершил кто-то другой, никогда не критикуйте, но предложите эмпатию («Я понимаю, как это могло разозлить вас»). В любом случае, никогда не становитесь в защитную позицию и не начинайте спорить с пациентом. Обычно, пациенты легко способны простить врача, если тот честно признает свою ошибку.

Заключение

Каждый врач обладает своим уникальным опытом взаимодействия с пациентами. Авторы данной книги вовсе не посягают на разрушение этого субъективного опыта. Наоборот, на наш взгляд, наибольшую эффективность описанный нами метод будет иметь именно при использовании полученных из данной книги знаний в совокупности с наработанным опытом профессиональных и межличностных взаимодействий.

Разумеется, вам нет нужды постоянно держать в голове все десять шагов в процессе разговора с пациентом. Наиболее важные принципы проведения трудного разговора можно свести к двум правилам, которые вам следует запомнить:

1. Всегда задавайте пациенту вопросы о том, что ему уже известно, какую информацию он желает получить и следует ли привлечь родственников к разговору.
2. Выясните, что больше всего заботит пациента и побудите его к выражению своих чувств.

Следуя этим нехитрым правилам, вы не только не причините вреда пациентам, но, возможно, поможете им.

Помните, проявление участия возможно и без сообщения конкретной информации.

Наконец, в качестве памятки приводим небольшую шпаргалку по методу десяти шагов.

10 шагов при проведении трудного разговора

1. Подготовка
2. Что пациент знает?
3. Нужна ли дополнительная информация?
4. Позволить отказ
5. «Предупредительный выстрел»
6. Объяснение
7. Выслушать, что заботит пациента
8. Выражение чувств (КЛЮЧЕВАЯ ФАЗА)
9. Подведение итогов и составление плана будущего
10. Предложение доступной помощи