

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический
центр радиационной медицины и экологии человека»

Дорошенко Р.В., Петкевич О.В., Кривенчук В.А.

**ВРАЧЕБНАЯ КОММУНИКАЦИЯ
ПО ПРОТОКОЛУ SPIKES
С ПАЦИЕНТАМИ И ИХ РОДСТВЕННИКАМИ**

Пособие для врачей



Гомель, 2018

УДК 614.253-082.5:159.9 (075.8)

Рецензенты:

Заведующий отделением хирургии Учреждения «Гомельская областная специализированная клиническая больница», канд. мед. наук **Майоров В.М.**

Доцент кафедры социальной и педагогической психологии, ГГУ имени Ф.Скорины, канд. психол. наук, доцент, **Шевцова Ю.А.**

Дорошенко Р.В., Петкевич О.В., Кривенчук В.А.

Врачебная коммуникация по протоколу SPIKES с пациентами и их родственниками/ Р.В. Дорошенко, О.В. Петкевич, В.А. Кривенчук. – Гомель: ГУ «РНПЦ РМиЭЧ», 2018.– 43с.

В пособии отражены основные тезисы продуктивной коммуникации с тяжелобольным пациентами и их близкими по протоколу SPIKES, подробно описаны методы общения в условиях вынужденного предоставления негативной информации. Большое внимание уделено способам подачи негативной информации и дальнейшей работы, направленной на минимизацию психологической травмы. Так же уделено внимание общению с родственниками этих пациентов и даются конкретные практические рекомендации.

Пособие предназначено для врачей-онкологов, врачей-анестезиологов-реаниматологов, трансплантационных координаторов, психологов и психотерапевтов. А так же может быть использовано при обучении студентов старших курсов медицинских ВУЗов.

Рекомендовано к изданию на заседании Ученого совета ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» протокол № 12 от 05.12.2018.

УДК 614.253-082.5:159.9 (075.8)

© Составители: Дорошенко Р.В.,
Петкевич О.В., Кривенчук В.А.
© ГУ «РНПЦ РМиЭЧ», 2018

Содержание

Введение.....	4
1. Что такое «плохая новость» в медицине?.....	7
2. Комплекс «Человек – Болезнь» и его динамика	8
3. Основные принципы общения с пациентом и его родственниками.....	23
4. Протокол SPIKES	32
Заключение	40
Об авторах.....	41
Литература	42

ВВЕДЕНИЕ

Умение врача сообщать пациенту так называемые «плохие новости», то есть информацию о неблагоприятном прогнозе, ухудшении течения заболевания или сообщать о диагнозе, представляющего угрозу жизни и благополучия, является действительно важным и ценным качеством специалиста.

Во многих странах существуют протоколы и рекомендации по тому, как врачу следует сообщать тяжелый диагноз пациенту. В качестве примера можно привести один из известных и распространенных протоколов сообщения плохих новостей SPIKES [5].

Существующие в отечественной медицине рекомендации основаны на принципах медицинской этики, принятых моральных норм и порой носят обобщенный характер, ставя врача, особенно начинающего свою практику, ищущего конкретных рекомендаций, в затруднительное положение. Тем не менее, наличие статей, сообщений на форумах, рост слушателей курсов по онкопсихологии, а так же запросов со стороны врачей, родственников и самих пациентов к психологам и психотерапевтам, свидетельствуют о высоком интересе к данной тематике и недостаточной информированности в этом вопросе.

Отдельно стоит сказать о теме смерти и околопосмертных состояний. Зачастую в общении эти вопросы оказываются традиционно табуированными. А ведь сообщение плохой новости или смертельного диагноза, так или иначе, связано с темой смерти. Как показывает опыт, врачи, сталкивающиеся с умирающими и тяжелыми больными, часто оказываются неподготовленными к тому, что бы свободно говорить о смерти. При столкновении с темой смерти, они демонстрируют широкий спектр психологических защит, стремясь как можно быстрее завершить беседу, либо ограничиваясь общими словами, тем самым лишая пациента или его родных поговорить о том, что его действительно пугает. Следует обратить внимание на недостаточное присутствие системы квалифицированной психологической поддержки и сопровождения

специалистов, системы обучения коммуникации с такими пациентами и их родственниками. Это является существенным препятствием эффективности коммуникации между врачом и тяжелым пациентом. Здесь и далее, под термином «тяжелый пациент» мы будем иметь ситуацию резкого ухудшения здоровья, постановки серьезного диагноза до этого вполне благополучному человеку или ухудшение прогноза у человека с изначально тяжело протекающим заболеванием.

Следует отметить, что на отношения между врачом и пациентом зачастую влияет так называемый патерналистский подход, когда врач берет на себя роль «родителя», занимая главенствующую позицию в этих отношениях. В таких отношениях только врач решает, что должен или не должен делать пациент, какую информацию он может получить и так далее. Именно поэтому пациенты зачастую знают меньше всех о своей болезни и о том, что их ждет. Такой традиционный, в ряде стран подход, имеет ряд уязвимостей. Пациент фактически исключается из процесса лечения в качестве партнера и активного участника, ограничивается в возможности спланировать свою жизнь, распорядиться имуществом, вовремя проститься и получить прощение. Кроме того, в такой ситуации, беря на себя избыточную ответственность (за свои действия и за пациента), врач создает себе дополнительные риски формирования профессионального выгорания.

В настоящее время, за редким пока еще исключением, врачи опираются лишь на свой опыт (зачастую весьма болезненный) и на опыт старших коллег. Конечно, ряд специалистов проходят по своей инициативе специализированные семинары, читают литературу по медицинской психологии и коммуникации. Однако порой на курсах, которые создают, например, частные психологические центры, информация подается не совсем системно, а зачастую противоречиво. Стоит отметить, что создатели и ведущие этих курсов, даже в государственных учреждениях, в большинстве случаев, являются психологами по образованию. То есть они не имеют врачебного опыта, что с одной стороны, может оставить

без ответов некоторые актуальные проблемы медицинского персонала, с учетом специфики их работы, с другой, уменьшает кредит доверия к ряду предлагаемых вполне рабочих рекомендаций. Данное пособие призвано восполнить этот пробел.

Что такое «плохая новость»?

Плохие новости могут быть определены как «любая информация, которая серьезно и негативно влияет на представление индивида об его или её будущем». По сути, это сообщение об ухудшении состояния, о неблагоприятном для пациента прогнозе.

Подобного рода сообщения могут стать шоком для пациента, его родственников. Начинающие свою практику врачи, могут так же испытывать при этом серьезный стресс, так как боятся эмоциональных реакций, вызванных этим сообщением. Опять же, согласно исследованиям, даже опытные врачи порой чувствуют себя неуверенно в этой ситуации. Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о том, что для многих врачей умение сообщать плохие новости является важным умением эффективного общения. И, безусловно, сообщение плохих новостей является сложной коммуникативной задачей.

Для сообщения плохих новостей, помимо вербального компонента необходимы и другие навыки. Это реагирование на эмоциональные реакции пациента, вовлечение пациента в процесс принятия решения, умение справляться со стрессом, созданным ожиданиями пациента о лечении, умение участвовать в беседе с несколькими родственниками пациента.

Краеугольным камнем коммуникации в этих случаях является дилемма о том, как дать надежду пациенту в том случае, когда ситуации безнадежная и в тоже время помочь человеку принять реальное положение дел.

Сложностью коммуникаций и взаимоотношений могут стать серьезные недопонимания, например, о прогнозе заболевания или цели лечения. Эти недопонимания могут способствовать неоправданным ожиданиям. Ошибки в общении также могут препятствовать цели понимания пациентом целей лечения или вовлечения его в планирование будущего лечения.

Задача сообщения плохих новостей может быть упрощена за счет понимания процессов, лежащих в ее основе, а также рассмотрения этого

процесса как ступенчатой процедуры, применения устоявшихся, проверенных психологами и психотерапевтами принципов общения и консультирования.

В следующей главе будет рассмотрен комплекс отношений в системе «Человек – Болезнь». Понимание материала, изложенного в этой главе, позволит выстроить общение с тяжелым пациентом. Овладев этим материалом, врач, особенно начинающий, не будет «плавать» в догадках, решая вопрос, что творится в психике пациента, а будет четко понимать сложности, с которыми столкнулся пациент на том или ином этапе заболевания и соответственно, на какую помощь от врача он может рассчитывать и какую помощь врач действительно может оказать. Кроме того, станет понятным, почему в тех или иных случаях пациенты могут быть агрессивными или наоборот, замкнутыми для контакта. Опираясь на эти знания, будет более понятно, как сообщать «плохие новости», согласно предлагаемому далее алгоритму, сделать его менее механистическим, более гибким, приспособляемым к разным ситуациям. Теоретический материал, изложенный в первой части, позволит осознанно и творчески использовать протокол, предлагаемый зарубежными специалистами, SPIKES, приведенный в конце пособия.

Комплекс «Человек – Болезнь» и его динамика

Человек вступает в комплекс отношений в системе «Человек-Болезнь». Так как элемент «Болезнь» имеет свою динамику, то и соответственно меняется и отношение человека к своей болезни (рисунок 1).

Как мы уже и говорили, существуют две модели взаимоотношений врача и пациента.

1. Патерналистская модель взаимоотношений - всю ответственность берет на себя врач. Недостатки патерналистской модели были описаны выше.

2. Антипатерналистская модель - признание автономности личности пациента и его права принимать решение относительно своего здоровья, вплоть до суицида. Вместе с тем, отдавая должное самостоятельности пациента в

отношении своей судьбы, врач должен понимать, что движет каждым пациентом на каждом этапе его заболевания.

Рисунок 1 **Комплекс отношений в системе «Человек-Болезнь»**



Одна из известных моделей отношения к заболеванию, это модель отношения к болезни по Элизабет Кюблер – Росс [15].

Американский психотерапевт Элизабет Кюблер – Росс описала следующие этапы отношения человека к своей болезни:

1. **Шок/Отрицание.** Больной не может поверить, что это действительно с ним случилось.

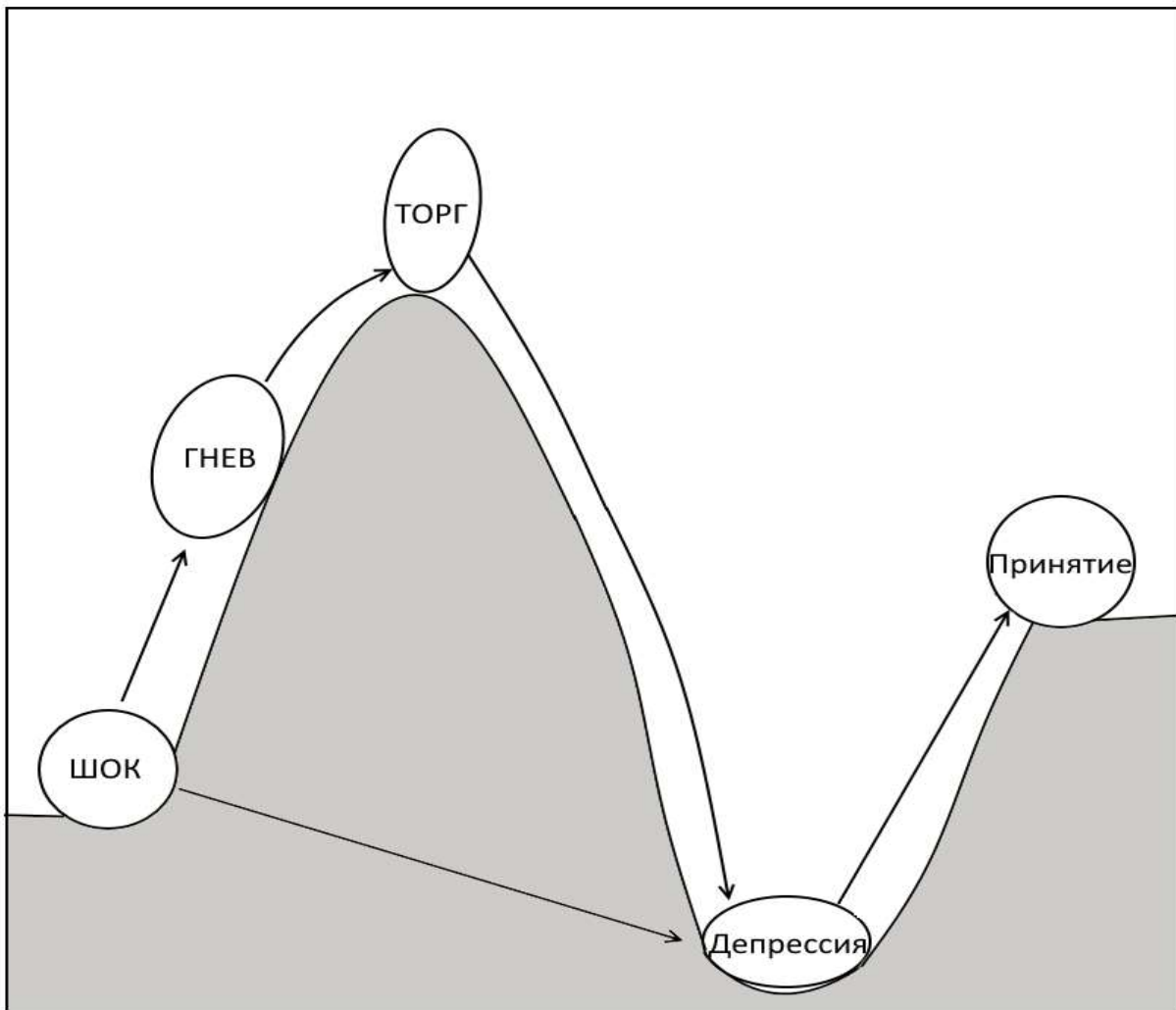
2. **Гнев.** Возмущение работой врачей, ненависть к здоровым людям.

3. **Торг.** Попытка заключить сделку с судьбой. Больные загадывают, допустим, что они поправятся, если монетка упадет орлом, если они помогут построить храм.

4. **Депрессия.** Отчаяние и ужас, потеря интереса к жизни.

5. **Принятие.** «Я прожил интересную и насыщенную жизнь. Теперь я могу умереть».

Рисунок 2 Этапы отношения человека к болезни



Следует отметить, что в действительности человек далеко не всегда укладывается в строгие модели. Как показывает опыт, порой некоторые стадии могут проходить незаметно для врача, а порой и для самого пациента. Но, тем не менее, знать особенности каждой стадии будет полезно, так как позволяет спрогнозировать реакции пациента и понять его страхи, которые могут стать препятствием для лечения или спровоцировать конфликт с медперсоналом. На первых этапах на человека влияет осознание возникновения угрозы жизни,

отсутствие гарантии выздоровления, неопределенность исхода заболевания, мифы о заболевании. Ниже мы рассмотрим эти стадии чуть более подробно.

Шок/отрицание

Преобладают мысли: «Нет, только не я, этого не может быть». Эта стадия может проявляться в двух формах.

1. Человек отказывается верить в то, что у него обнаружили тяжелую болезнь, от которой он может умереть: он начинает ходить от специалиста к специалисту, перепроверяя полученные данные, по нескольку раз делает анализы и исследования в различных клиниках.
2. Человек испытывает шок, уходит в себя и вообще больше не обращается за медицинской помощью. В такой ситуации нужно позволить человеку отрицать свою болезнь, не пытаться его переубедить, а сосредоточить силы на том, чтобы быть рядом и эмоционально его поддерживать. Родным и близким можно пояснить, что дружеское присутствие в этом случае гораздо важнее реальных фактов.

На этой стадии человек испытывает потерю чувства безопасности, отчаяние, ощущение безвыходности и тупика. Могут возникнуть суицидальные мысли и даже попытки. Озвученные суицидальные мотивы - это, прежде всего призыв о помощи.

Отрицание

Запускаются бессознательные психологические защиты.

Следует различать подлинное отрицание заболевания и так называемое вытеснение.

Подлинное, затяжное отрицание - человек не ходит к врачу. Человек не говорит о болезни, готов говорить о чем угодно, но не о болезни.

Вытеснение - когда человек говорит о том, что он не болен (значит, он знает о существовании болезни, но избегает разговоров о ней).

Преобладающее чувство в этой ситуации - страх, который глубоко подавляется.

Поведение - внешне человек часто показывает спокойствие, не считает себя больным, не приходит на лечение.

Гнев

Когда пациент не в силах отрицать очевидное, его начинают переполнять ярость, раздражение, негодование. Он обращает свою агрессию и гнев на общество, врачей, родственников; возмущение распространяется во всех направлениях и может выплёскиваться совершенно неожиданно. Причина – резкое прерывание привычного образа жизни.

Что делать в такой ситуации? Прежде всего, не воспринимать раздражение человека на свой счет – скорее всего, к вам оно не имеет никакого отношения.

Относиться к человеку с уважением, уделять ему время и внимание, спокойно выслушивать.

Вместе с тем, у гнева есть и свои плюсы: у человека происходит активация осознания болезни. Человеку в голову стучится ужас, что он скоро умрет, но при этом это означает и то, что он признает серьезность ситуации.

Пациент ищет причины болезни - часто винит врачей в том, что они не вовремя диагностировали болезнь и т.п. Обвиняет окружающих, жизненные обстоятельства и т.п. Но осознание болезни и энергию гнева мы можем использовать в целях самого же пациента.

Преобладающие чувства на этой стадии: колоссальный страх.

Внешнее поведение: разнообразные проявления гнева, агрессии, обиды.

Торг

На этом этапе пациент пытается заключать «сделки», «торговаться» с Богом или судьбой, чтобы отсрочить неизбежное. Снижаются крайние эмоциональные проявления. Появляется мотивация к излечению и надежда на выздоровление. Происходит активация поиска способов и путей избавления от болезни (традиционный и не традиционный).

Преобладающее чувство здесь, это страх. Но одновременно мы видим и присутствие надежды.

Человек активно включается в лечебный процесс, в благотворительную деятельность, может проявлять религиозность, интерес к эзотерике, нетрадиционным методам лечения и оздоровления. Часто задают себе и окружающим вопрос: «Если я сделаю то-то, это продлит мою жизнь?». Страх сменяется надеждой, и наоборот. Это создает эффект эмоциональных качелей, которые могут быть изматывающими и стать причиной дополнительного страдания.

Депрессия

На этой стадии человек понимает всю тяжесть своего положения. Он оплакивает то, что уже потерял (привычный образ жизни, внешнюю привлекательность, силы, работоспособность и тому подобное). Совершенно недопустимо твердить больному, чтобы он не печалился. Мы все испытываем горе, когда теряем любимого человека, а этому пациенту вскоре предстоит расстаться со всем вокруг, со всеми, кого он любит. Если позволить ему выразить свою скорбь, он менее тяжело обретет окончательное смирение. Больной будет признателен тем, кто сможет просто побыть рядом, не предпринимая постоянных попыток его утешить. Психологические бессознательные защитные механизмы перестают действовать. Наблюдается развитие и усугубление душевных страданий - человек опять признает серьезность ситуации (иллюзии рассеиваются). Проявляются чувство тревоги, страха смерти, стыд и вина. Также могут повторяться суицидальные мысли как призыв о помощи.

Принятие или смирение

Смирение не следует считать этапом радости. Оно почти лишено чувств, как будто боль ушла, борьба закончена и наступает время «последней передышки перед дальней дорогой». Кроме того, в это время помощь, понимание и поддержка больше нужны семье больного, чем самому пациенту.

Происходит формирование новой идентичности - принятие себя как больного человека. Человек примеряется с судьбой и окружающими. Открывается возможность жить в условиях болезни. Отмечается восстановление психологического богатства. Человек адаптируясь, просто продолжает жить.

Преобладающие чувства: страх, надежда, смирение. Страх смерти сбалансирован надеждой (завтрашний день тоже будет), усиливается яркость мелочей в восприятии. Падает уровень невротизации.

Еще раз повторимся, в практике не всегда у одного пациента встречаются все стадии и именно в такой последовательности.

Особенности проживания болезни как кризисного состояния.

Тяжелое заболевание или внезапное ухудшение, это всегда кризис, всегда вызов для самого пациента, его родственников и естественно врача.

Что придает тяжелому заболеванию столь кризисный и экстремальный характер?

1. Всегда внезапное возникновение ситуации. Невозможность поверить, что это случилось. В то же время, при имеющихся симптомах, пациент зачастую уже бессознательно готов к этому.

2. Наличие витальной угрозы (угрозы жизни)

3. Разрушение привычной картины мира (мифологизация, стигматизация болезни: «эта болезнь неизлечима», «ты будешь изгоем», «ты разоришь свою семью»)

4. Отсутствие контроля над происходящим

5. Стадийность протекания реакции на создавшуюся ситуацию (надежда есть / надежды нет)

6. Неопределенность будущего

Тяжелое заболевание проявляется на всех уровнях жизни человека:

1. **на соматическом:** нарушение функционирования органов и систем;
2. **на эмоциональном:** проявление негативных эмоций, страха, тревога, гнева и т.п.;
3. **на психологическом:** нарушение отношения к себе и к окружающим;
4. **на социальном:** изменение социального статуса и нарушение социальных связей;
5. **на духовном и экзистенциальном:** переживание конечности жизни, одиночества, ответственности, переосознание смысла жизни.

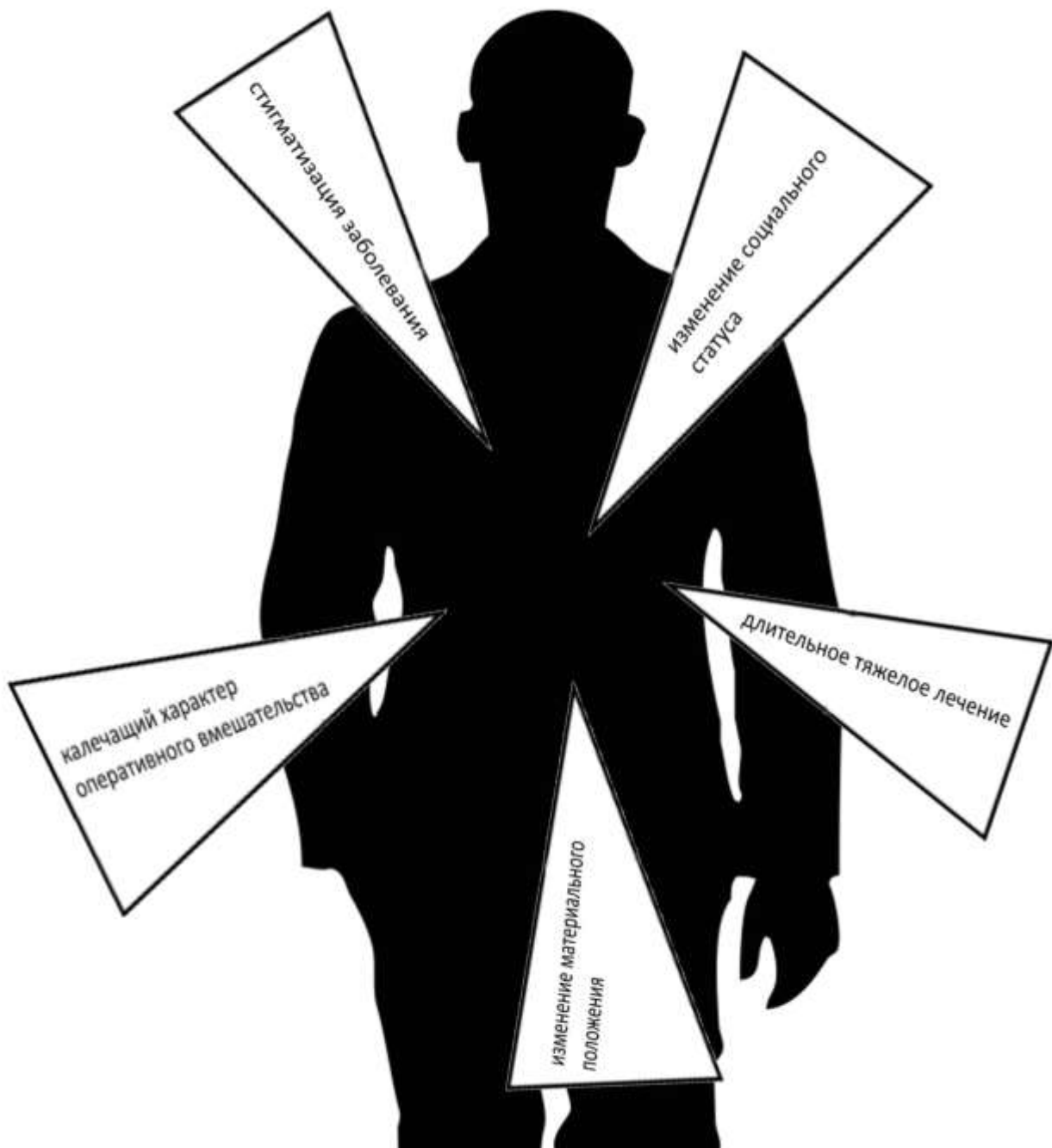
Так, очень часто сообщения о плохих новостях встречаются в онкологической практике, имеет смысл рассмотреть некоторые особенности отношения пациентов к болезни, при встрече с онкологическим заболеванием. Ряд этих особенностей встречаются, конечно, и при заболеваниях другого рода (не только онкологических).

Особенности протекания онкологического заболевания на разных стадиях.

Для начала мы рассмотрим специфические признаки ситуации онкологического заболевания и связанные с этим опасения пациентов:

1. зачастую калечащий характер оперативного хирургического вмешательства;
2. длительное тяжелое лечение;
3. изменение социального статуса (лягу в больницу, потерю работу, выключусь из социума на неопределенное время);
4. все отвернутся / все будут мне должны;
5. изменение материального положения.

Рисунок 2 Опасения онкологических пациентов



Ядром психологического переживания в кризисе является страх смерти, который связан с разрушением иллюзии бессмертия. Онкологические и другие заболевания, имеющие серьезный прогноз, актуализируют экзистенциальные проблемы: конечность жизни, одиночество, ответственность, поиск смысла

жизни. Очень часто у пациентов встречаются вопросы «Кто виноват и что делать?»

В отношении онкологического заболевания выделяют следующие стадии:

1. диагностика / профилактика
2. постановка диагноза
3. лечение
4. восстановление
5. ремиссия
6. рецидив
7. паллиатив
8. терминальная стадия

Профилактика

Место: медицинские учреждения.

Как правило, пациенты на этой стадии могут столкнуться с фобиями - везде мерещится рак, где-то когда-то родственник или знакомый умер и теперь человек ищет у себя признаки рака или боится обследоваться потому что его гложет мысль: «найду же обязательно рак!».

Факторы, влияющие на формирование поведения подобного рода: мифологизация диагноза, низкая социальная защищенность.

Постановка диагноза

Место: медицинские учреждения.

Здесь человек встречается с кризисом, который воспринимается, как экстремальная ситуация.

Особенности этого периода: максимальный уровень неопределенности, шок, отрицание, гнев, дезорганизация, перевозбуждение.

Эффективные методы беседы с таким пациентом: все поддерживающие, информирующие, краткосрочное планирование.

Часто у пациента наблюдается хаос в планировании своей жизни - ощущение, что жизнь закончена. Эффективным будет сосредоточить человека на четких и определенных, элементарных, привычных способах жизни данных пациентов. Для этого очень полезно возвращать человека в реальность, задавая вопросы. Например, «что вы будете делать сегодня?», «дети со школы вернутся, что вы им приготовите?» и тому подобные. Необходимо снизить уровень ожидания от врача (как от волшебника), тем самым снизить уровень тревоги и взять ответственность пациента за свое состояние, за свою жизнь на себя.

Еще одна задача, снизить уникальность переживания заболевания. Необходимо обратить внимание пациента на то, что есть много людей, у которых такое же заболевание и такой же план лечения. Нормализация происходящего через посыл, что это лишь заболевание, а не приговор.

Неэффективны: Я-высказвания, анализ, релаксация, всегда неэффективен позитивный подход. Повышение мотивации выздоровления допустимо по отношению к онкологическому заболеванию. Чем спокойнее человек, тем лучше для него. Доказано, что в спокойном состоянии человек лучше воспринимает терапию, снижаются побочные эффекты даже достаточно агрессивного лечения. Я-высказвания не эффективны, так как они вызовут отторжение и яркую конфронтацию пациента «Что ты здоровый, можешь об этом знать!».

Лечение

Проблема этого периода: постоянные и повторяющиеся воздействия травматического, стрессового характера. Но вместе с этим снижается уровень неопределенности, т.к. рядом всегда есть врачи, персонал.

Особенности периода: уровень неопределенности низкий, появляется надежда, торг, медикаментозная интоксикация, которая запускает депрессивную симптоматику. Встречаются эмоциональные качели «надежда есть - надежда утрачена».

В беседе с таким пациентом необходимо: расспрашивать о том, что человек знает об этом заболевании, чего он боится, рекомендовать осваивать навыки релаксации, самоконтроля, самогипноза.

Неэффективны: беседы о семье, о межличностных отношениях. Не следует избыточно расспрашивать его о том, как ему здесь (в клинике), как отношения с соседями и т.п. Пациенту и так сейчас не просто с его диагнозом и вне дома.

Восстановление

На этом этапе активную помощь (чаще психологическую) может искать сам пациент. Родственники, как правило, активность не проявляют, т.к. считают, что они сделали все что могли, пациент выздоровел и их дело сделано.

На этой стадии может наблюдаться так называемый рывок в «здоровье», «Хочу соответствовать норме и забыть всё, что было!». Однако это может стать проблемой, так как человек часто переоценивает свои силы. Порой отказывается от повторных осмотров и лечения.

Особенности периода: необходимость изыскивать источники физических ресурсов, повышенная утомляемость, временное снижение когнитивных способностей (плохо помню, не могу сконцентрироваться), тревога, депрессия.

Методы беседы: информирование, объяснение необходимости выработки навыков релаксации, самоконтроля, самогипноза. Врач может порекомендовать поискать психолога, который может поработать с семьей. На этом этапе в работе с пациентами эффективна когнитивно-поведенческая терапия, развитие навыков коммуникативной компетенции.

Неэффективны: позитивный подход (врач не может брать на себя ответственность того, что будет происходить с пациентом дальше).

Ремиссия

На этом этапе за помощью часто обращается сам пациент.

Проблема: посттравматическое стрессовое расстройство или экзистенциальный кризис.

Особенности периода: Истощение психических ресурсов (опустошенность), тревога, навязчивые состояния, флэш бэки (от английского термина flash-back - яркие спонтанные вспышки негативных воспоминаний, причём они совершенно ничем не мотивированны), депрессия, изменение отношений, стыд, чувство вины. Изменение целеполагания жизни.

Методы. Здесь лучше всего направить пациента к психотерапевту или психологу.

Наиболее эффективны: КПТ (когнитивно-поведенческая терапия), работа с семьей, групповая терапия, логотерапия.

Неэффективны: позитивный подход.

Рецидив

За помощью часто обращаются либо сам пациент, либо его родственники.

Заявляемая проблема: постоянное и повторяющееся воздействие травматического стрессора.

Особенности этого периода: Истощение физических и психических ресурсов, надежда, торг, отчаяние, эмоциональные «качели», мысли о суициде. Активное лечение.

Методы психотерапевтического воздействия: все поддерживающие методы, краткосрочное планирование с целью контроля над травмой, работа с семьей.

Неэффективны: Я-высказывания, анализ, позитивный подход

Паллиативная стадия (часто 3 года, но может быть до 5 лет)

Кто обращается за помощью: сам пациент, родственники пациента.

Проблема данного периода: отказ в лечении (активному лечению человек больше не подлежит).

Особенности периода: Истощение физических и психических ресурсов, обида, отрицание очевидного, отчаяние, обвинение окружающих, агрессия, депрессия, мысли о суициде. На этой стадии заостряются все особенности

личности, т.к. у человека больше нет останавливающих факторов. Физическая боль, слабость, тошнота. Само страдание - состояние тяжелого дистресса.

Психотерапевтические методы: все поддерживающие, краткосрочное / минимальное планирование, логотерапия, работа с семьей.

Альтернатива страха смерти – возвращение смысла жизни. Здесь поможет логотерапия, экзистенциальная психотерапия.

Не эффективны: КПТ (когнитивно – поведенческая терапия), позитивный подход, межличностная терапия.

Терминальная стадия (как правило, до 0,5 года) Обращаются за помощью: сам пациент, родственники пациента. Проблема, встающая перед пациентом и его родственниками: умирание.

Особенности периода: истощение, интоксикация, осознание умирания, отчаяние, чувство вины.

Психотерапевтические методы: все поддерживающие, краткосрочное планирование, информирование, терапия горя, работа с семьей, логотерапия.

Не эффективны: КПТ, позитивный подход, межличностная терапия.

Существует четыре ключевые фразы, которые помогают пациенту объясниться с близкими перед уходом из жизни. Так как именно через разговор с семьей пациент может найти путь к умиротворению и поиску смысла перед лицом смерти. И об этом необходимо знать родным и близким.

Эти фразы:

– Пожалуйста, прости меня.

– Я прощаю тебя.

– Спасибо тебе.

– Я люблю тебя.

Говоря эти слова дорогим людям, тяжело болеющий человек может разрешить основные семейные конфликты и прийти к мирной смерти, что крайне важно для пациента. И, конечно же, это важно и для родных и близких, так как позволяет смягчить чувство вины перед умирающим. Во многих

хospисах используется очень хороший прием для облегчения умирания человека. Персоналу вменяют в обязанность держать за руку умирающего пациента. В редких случаях, когда этот процесс умирания прерывался, пациенты были очень благодарны за то, что в момент перехода они ощущали этот контакт, и им не было страшно уходить из этого мира.

Как мы видим, очень часто будет полезным организовать ведение пациента не только лечащим врачом, но и психотерапевтом или психологом, умеющим работать с этими пациентами. Опять же лечащему врачу будет необходимо знать нюансы медицинской психологии, для эффективного взаимодействия с пациентом и его родственниками и для создания более эффективной связки «врач-пациент-психотерапевт». Кроме того, эти знания позволят врачу быть более уверенным в себе даже в такой ситуации и более того, быть способным дать практический совет самому пациенту и его близким людям. В практике одного из авторов пособия (Р.В. Дорошенко) достаточно частая жалоба, предъявляемая пациентами, «Доктор даже не поговорил, значит со мной все кончено!».

Задача врача-психотерапевта, онкопсихолога на всех стадиях – не лечение, не исцеление, а адаптация пациента к течению болезни, стабилизация его психического состояния.

Причины страдания тяжелобольных пациентов:

- сожаление о прошедших событиях
- пессимистический настрой
- низкий уровень социальной поддержки
- текущие семейные проблемы

Ещё раз подчеркнем, основная цель медицины при неизлечимом тяжелом заболевании, обеспечить комфорт и качество жизни пациента. Потеря надежды является важным индикатором для суицидальных тенденций и депрессии. На терминальной стадии 37% пациентов высказывают безнадежность, среди них чаще встречается депрессия и желание раньше закончить жизнь.

Страдание может быть непереносимым состоянием переживаемым как:

1. разлад между собой и своим уставшим, непослушным телом («я не принимаю изменение моего тела, я не могу смириться с тем, что я болен»).
2. потеря идентичности (Потеря ролевой сущности. Например, человек был добытчиком в семье, а сейчас стал инвалидом и полностью зависимым от сторонней помощи).
3. чувство изоляции от общества
4. страх продолжительной и не купируемой боли

Основные принципы общения с пациентом и его родственниками

Главная задача в работе тех людей, которые взаимодействуют с пациентом и его близкими, это снятие идущего из детства мифа о бессмертности человека и снижении уникальности заболевания.

Информированность пациента о его состоянии - один из факторов формирования ответственности пациента за свое состояние и соблюдение режима лечения, назначенного врачом.

Информировать пациента о течении заболевания в нашей стране должен лечащий врач.

Плохие новости никогда не могут звучать хорошо! Поэтому неуместен необоснованный оптимизм, юмор и так далее. Это означает, что из плохой новости не нужно делать «конфетку», так как это ведет к двойным посланиям пациенту и может разрушить доверие пациента.

Следует информировать: медленно, мягко, просто и доступно. В конце беседы – спросить, насколько пациент понял, о чем шла речь.

В тоже время не нужно заранее пугать пациента или родственников и вместе с тем, в разговоре необходимо корректно предупредить о возможности ухудшения состояния.

Например, не правильно будет говорить: «Те тяжелые симптомы, которые **будут** нарастать». Гораздо более корректным будет высказывание: «Те тяжелые симптомы, которые **могут** нарастать».

Важно помнить о том, что у пациента, под влиянием постоянного сильного психологического напряжения происходит изменение познавательных процессов и мышления. Уменьшается естественное усвоение и снижение объема информации, в результате чего происходит нарушение способности к принятию конструктивных решений. Поэтому необходимо не торопиться, а терпеливо, но без навязчивости проверять, как пациент усвоил сказанное вами.

В онкологии, например, трудные разговоры строятся вокруг следующего:

- рецидив либо новый диагноз рака;
- прогрессирование болезни, несмотря на применяемую схему лечения;
- переключение с активного лечения на оказание паллиативной помощи (определяемой как симптоматическое лечение без надежды на выздоровление);
- принятия решения о перемещении пациента в хоспис, подготовки к смерти;

Решение о прекращении терапии и переходе на паллиативную помощь одинаково тяжело как для пациентов и их семей, так и для онкологов и других врачей-специалистов. Хорошие коммуникативные навыки окажут серьезную помощь в предстоящей трудной беседе.

Многие пациенты, когда терапия прекращается, говорят, что чувствуют, будто их оставили. Но искусное использование коммуникативных навыков в обстановке трудного разговора способно уменьшить психологические страдания и дистресс, а также уменьшить ощущение одиночества, которое может охватить этого пациента.

Как сообщать плохие новости

Встреча с диагнозом

Как мы и говорили, подобные трудные разговоры могут быть немалым вызовом, но также могут принести и огромную пользу. Владение несколькими базовыми коммуникативными навыками может очень помочь.

Старайтесь использовать открытые вопросы (не предполагающие ответов «да»/«нет»). Использование открытых вопросов позволит аккуратно подойти к изучению тревожащих пациента вещей, связанных с плохими новостями.

Например:

- Каково ваше понимание ситуации?
- Какие ваши впечатления от терапии?
- Что наиболее тяжело для вас как для человека с онкологическим заболеванием?
- Каковы ваши надежды?
- Что вас пугает?
- Расскажите, о чем вы плачете (если пациент или присматривающий за ним родственник начинает плакать).

Учитесь использовать фразы, «отражающие» состояние человека.

- Это наверняка очень тяжело для вас.
- Должно быть, очень горько видеть дорогого вам человека, мучающегося от боли.

Направляемая беседа позволяет уточнить ряд деталей:

- Что вы уже знаете?
- Каково ваше понимание вашей нынешней ситуации?
- Как, по-вашему, обстоят дела?
- Что для вас в данный момент наиболее важно?
- Что наиболее важно обсудить сегодня?
- Каким вам представляется ваше будущее?
- Каковы ваши переживания?

- Вы когда-нибудь ухаживали за тяжелобольным (в общении с родственниками)?
- Чем вы озабочены (о чем беспокоитесь, чего боитесь)?
- Что еще вы хотите, чтобы я знал, чтобы я мог помочь вам наилучшим образом?

Основные принципы сообщения «плохих новостей»:

1. Найдите спокойное уединенное место, постарайтесь сделать так, чтобы вас не прерывали
2. Смягчите возможную шоковую реакцию: сделайте «предупредительный выстрел» - например: «Боюсь у меня не очень хорошие новости».
3. Сообщайте о диагнозе лично: сядьте рядом с пациентом: наклонитесь к нему, можно слегка прикоснуться к социально приемлемым зонам (кисти рук, предплечья, локти, плечи), чтобы утешить и поддержать его
4. Если это возможно (при условии, что это хочет пациент) пусть присутствует кто-то из членов его семьи или друзей
5. Скорректируйте понимание пациентом ситуации - выслушайте пациента
6. Говорите правду, но предоставьте пациенту возможность самому решать, что он хочет узнать. Не форсируйте подачу информации с тем, кто к ней не готов. (Соблюдайте принцип информированного согласия)
7. Молчание - также важно.
8. Уверьте пациента, что он не останется без внимания и заботы
9. Пусть вместе с сообщением о диагнозе в ваших словах звучит надежда (если не на излечение, то на избавление от боли, в заботе и внимании).

10. Точный прогноз неизвестен никому. Врачи не всевидящи, многое зависит от вида и стадии заболевания
11. Присутствует или неизбежен в будущем риск внезапных осложнений с угрозой для жизни (дыхательная недостаточность, кровотечение, злокачественная непроходимость кишечника, ларингоспазм)
12. Функциональное состояние (прогноз). Нельзя говорить «по статистике, при 3 стадии рака легкого». Следует говорить о том, что индивидуально для данного пациента. Как мы и писали выше, не надо говорить, «Эти симптомы будут усиливаться». Лучше постройте фразу так: «Эти симптомы могут усилиться» (Но это же подразумевает, что могут и не усилиться).
13. Сообщайте медленно, дозировано. Постоянно находитесь в контакте с пациентом. Перепроверяя, как он слышит и понимает ли он то, что вы говорите.
14. Будьте готовы повторить все несколько раз!

Важно!:

1. Уверьте пациента, что вы всегда готовы оказать профессиональную помощь.
2. Проявляйте терпение (часто пациенты говорят затруднительно, сбиваются с темы, меняют тему разговора итд).
3. Необходимо провести работу по нормализации переживаемых чувств. Это означает, что надо объяснять больному, что испытываемые им чувства (страх, тревога и так далее) совершенно нормальны. Кстати, лучше использовать слово «естественный». Потому что на слово «нормальный» может развиваться негативная реакция.
4. Дайте возможность выговориться.

5. Спокойно относитесь к гневу. Помните, этот гнев направлен не на вас, а на страхи самого пациента!
6. Избегайте неуместного оптимизма.
7. Никогда не лгите пациенту.
8. Не давайте двойных (противоречивых) посланий.
9. Из рассказа врача, работающего с онкопациентами: «Во время утреннего обхода, я остановился у пациента, который не контактирует 2-е суток. И вероятнее всего, находится на терминальном этапе последней стадии рака поджелудочной железы. Его жена и пожилая мать по очереди дежурят у его постели. Я поздоровался с ними и начинал обследовать пациента. Его мать спросила меня: «А почему вы не поздоровались с моим сыном?»»

Работа с ближним окружением

Семья – основной источник поддержки для пациентов, страдающих онкологическим или другим смертельно опасным заболеванием. Именно родственники обычно берут на себя основной уход, и именно они обеспечивают поддержку близкому человеку в последние дни его жизни, активно участвуя в принятии решений и играя роль посредников и его представителей при общении с медицинскими работниками. Болезнь, можно сказать, «разделяется» близкими людьми и оказывает мощное влияние на всех членов семьи.

Дистресс (сильное отрицательное эмоциональное переживание, отрицательные последствия стресса) охватывает всю семью, что и приводит к необходимости создания семейно-ориентированной модели помощи пациентам. Семья может включать в себя близких в более широком смысле слова – всех, кого пациент считает членами семьи.

Задачи врача, а затем и медицинского психолога/психотерапевта, это помочь членам семьи обсуждать тяжелое заболевание, смерть и умирание.

Кроме того, следует не забывать давать четкие и понятные рекомендации по уходу за тяжелобольным человеком. Не лишним будет предложить им помощь психотерапевта или психолога хотя бы для того, что бы подготовить родственников к смерти пациента.

Особенности переживания родственников пациентов:

Страх смерти.

Страх заболеть раком или таким же заболеванием, если речь идет не об онкологическом заболевании.

Страх потери значимого для семьи лица.

Страх финансовых потерь и крушения собственных планов в связи с лечением родственника.

В тоже время присутствует надежда «еще чуть-чуть и все изменится», при наличии большой, порой неосознаваемой неопределенности в отношении будущего.

Постоянное психологическое напряжение из-за отсутствия уверенности, и зависимого положения.

Страх проистекающий из-за восприятия ситуации как уникальной и непохожей на ситуации с другими людьми. Здесь очень помогают слова врача о том, что это заболевание не является чем-то уникальным, что есть много пациентов с таким же диагнозом. И медицина знает, как им можно помочь хотя бы не страдать.

Исходя из опыта и результатов исследований выявлены следующие сложности, которые порой возникают, когда необходимо эффективно информировать родственников об их роли в уходе за больным:

- умалчивание прогноза;
- нарушение концентрации внимания в ходе беседы;
- уклончивые ответы;
- прямой отказ от врачебной поддержки.

Рассмотрим основные типы реагирования родственников.

Тип **«оглушенный»**. Преобладает чувство потери, состояние оглушенности. Выражается в психосоматических проявлениях: шок (ступор, тремор или двигательное возбуждение).

Что делать? Предложите горячий чай, покрывало, предложите набросить верхнюю одежду под предлогом, что тут прохладно. Если нет контакта, допустимо взять за руки или плечи и легко потрясти. Как только начнет плакать - значит вышел из ступора и нужно подождать, когда человек станет опять доступен контакту.

Тип реагирования **«очевидец»** (тоже родственник, но не столь близкий, хотя может быть и сын / дочь, но давно сепарированный от родителей). Для них характерны:

Аффективные реакции, с локусом «на себя».

Выраженная речевая активность. Нарастает тревога и чувство беспомощности. Часто встречается поиск виновных в прошедшем.

Что делать? Так как есть избыток энергии, то необходимо озадачить его. Стараемся занять его каким-либо делом (съездить домой, привезти лекарства, выписки, написать заявление и т.д.) Смысл – занять его работой на понижение сил и переадресовать его внимание, рассредоточить его.

Сосредоточить на важности самосохранения. «Вам предстоит много дел, поэтому вам необходимо беречь себя, позаботиться о своем состоянии. Именно поэтому необходимо успокоиться!» и т. д.

Тип реагирования **«наблюдатель»**

Для них характерны аффективные реакции, с локусом «про себя» (муж не отходит от умирающей жены, но в разговоре говорит исключительно про себя самого). Все время беспокоится конкретно о себе «Что мне дальше с этим делать?», «Мне не вовремя звонят!» и т.п.

Что делать?

Возможно, использовать прием «зеркало», отражая своими словами то, что он делает. Например, «Вы сейчас кричите. Вы чувствуете, что вы очень громко разговариваете именно поэтому медсестре очень сложно понять, как нужно выполнить распоряжение врача».

НЕ ДОПУСТИМО!

1. избегать каких-либо тем или внезапно менять тему;
2. использовать фальшивые, банальные уверения;
3. использовать очень длительное молчание (причем само по себе молчание необходимо в любой беседе, но смущающее долгое молчание (свыше 7-8 секунд) создает нежелательно большую дистанцию и дискомфорт);
4. принимать закрытые позы (скрещивание рук и ног, опускание или подпирание подбородка, создание барьеров между собой и собеседником, например, в виде сумки или портфеля);
5. заниматься морализаторством, давать оценки;
6. проявлять несоответствие между вербальными и невербальными сообщениями (к примеру, человек уверяет во внимании – и избегает визуального контакта и меняет темы; или говорит о доверии и искренности при закрытой позе).

Страх перед трудными темами, перед неумением ответить на «неудобные» вопросы может привести к тому, что наш разговор с близкими умирающего будет заполнен фразами типа: «Все будет хорошо», что вряд ли позволит укрепить отношения с пациентом и его родными.

Протокол SPIKES

Далее мы ознакомим вас с алгоритмом сообщения плохих новостей, основанном на зарубежном протоколе SPIKES, с дополнениями, базирующимися на собственном опыте в работе с пациентами с неблагоприятным прогнозом. Мы так же покажем, что нужно делать при возникновении некоторых эмоциональных реакций у пациентов такого рода или их родственников.

В 2000 году в американском журнале The Oncologist исследователями из The University of Texas MD Anderson Cancer Center была опубликована статья под названием «SPIKES — A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer», затрагивающая важную тему — как сообщать пациентам плохие новости (Bad News) в онкологической практике [5]. На сайте интернет портала Медицинская Россия в 2017 [7] был опубликован не очень удачный, на наш взгляд, перевод данной статьи. Вместе с тем, это является важным шагом в понимании актуальности этой задачи и хорошим практическим пособием, о чем свидетельствует большое количество просмотров данной статьи.

Авторы, Walter F. Bailea, Robert Buckman, Renato Lenzi и другие, предложили простой протокол — SPIKES, который включает в себя последовательное выполнение 6 шагов при общении с пациентом на тему «плохих новостей». Это простой и практичный протокол ведения беседы, который соответствует требованиям, определенным в многочисленных исследованиях на тему медицинской коммуникации. Авторы, утверждают, что специалисты, использующие данный протокол, отмечали возросшую уверенность в себе как в специалистах в ситуации общения с тяжелыми пациентами, а также возросшую эффективность коммуникации, положительным образом влияющую на ход лечения.

Как вы вероятно заметили, мы предварили описание этого протокола обширным теоретическим материалом. По нашему убеждению, использование

протокола беседы будет более эффективно, если врач будет знать, что происходит в психике пациента на том или ином этапе лечения. С учетом информации, изложенной выше, освоение и подстройка этого протокола под конкретную ситуацию, уже не составит для вас сложной задачи.

Протокол SPIKES состоит из шести шагов.

Цель протокола состоит в том, чтобы позволить врачу выполнить четыре наиболее важные задачи при сообщении «плохих новостей»:

- 1) получение информации от пациента
- 2) передача пациенту медицинской информации
- 3) оказание психологической поддержки пациента
- 4) просьба о дальнейшем сотрудничестве пациента при обсуждении стратегии лечения.

6 шагов протокола SPIKES

Шаг 1.: S – SETTING UP the interview (настройте беседу). Мысленная репетиция является полезным способом для подготовки к стрессовой ситуации. Необходимо составить план будущей беседы с пациентом, а именно, каким образом вы будете реагировать на эмоциональное состояние пациента и его трудные вопросы. Как человек, сообщающий плохие новости, вы вполне можете ожидать, что также будете испытывать негативные эмоции и чувствовать груз ответственности. И конечно же, следует отдавать отчет, что сообщение плохих новостей с одной стороны, может расстроить пациента, но в то же время данная информация будет очень важна для планирования пациентом своего будущего.

Несколько полезных рекомендаций для этого этапа.

- Организируйте общение наедине. Если беседа с пациентом в отдельной комнате невозможна, то можно отгородить постель пациента при помощи шторы (ширмы);

- Задействуйте в разговоре значимых для пациента людей, этот выбор должен сделать сам пациент. Когда членов семьи очень много,

попросите пациента оставить одного или двух ближайших родственников;

- Присядьте. Тот факт, что вы присели рядом с пациентом, расслабит его, а также говорит о том, что вы не будете спешить в разговоре. Когда вы сидите, вы не должны иметь барьеров между вами и пациентом (например, в виде стола, нельзя отгораживаться портфелем, папкой, стулом).

- Если вы только что обследовали пациента, то перед началом разговора предложите ему одеться.

- Наладьте связь с пациентом. Поддержание зрительного контакта, важный способ создания взаимопонимания между вами и пациентом.

- Прикоснитесь к руке пациента, держите его за руку (если конечно ему это комфортно), либо используете другие методы для достижения взаимопонимания.

- Управляйте рамкой времени и отвлекающими факторами. Для этого сообщите пациенту о том, у вас ограниченное время и вы ожидаете, что вас могут отвлечь от разговора. Это даст вам возможность завершить разговор и позволит говорить по существу, без излишнего затягивания. И в случае, если вдруг вас прервут, вы сохраняете контроль над ситуацией (вы ведь предупреждали о такой возможности). В тоже время, отключите на время разговора свой мобильный телефон и попросите коллег вас не беспокоить.

Шаг 2.: Assessing the Patient's PERCEPTION (Оценка восприятия пациента) Шаги 2 и 3 протокола SPIKES являются точками в беседе, где вы осуществляете аксиому «прежде чем сказать – спроси». То есть прежде чем обсуждать медицинские данные, врач при помощи открытых вопросов создает точную картину того, как пациент воспринимает ситуацию – что он понял и насколько важно это для него.

Например, «Что Вы расскажите о своей болезни до этого момента?», или «Как вы думаете, почему мы выполнили Вам МРТ?». Основываясь на полученной информации, вы сможете скорректировать имеющуюся у пациента информацию и сообщить плохие новости пациенту с учетом того, что пациент еще не понимает. Это также поможет выполнить важную задачу – определить есть ли у пациента какая-нибудь форма отрицания болезни: выдача желаемого за действительное; пропуск существенных, но неприятных деталей своей болезни, или нереальные ожидания от лечения.

Шаг 3.: I – Obtaining Patient’s INVITATION (Получение приглашения пациента). В то время как большинство пациентов желает получить полную информацию о своем диагнозе, прогнозе, и деталях своей болезни, некоторые пациенты не хотят видеть полную картину. Когда врач слышит желание пациента получить полную информацию о своей болезни, это способствует снижению волнения при сообщении плохих новостей (включаются психологические защиты). Однако, избегание информации является действенным механизмом психологической защиты, особенно при тяжелом течении заболевания.

Примером вопросов, задаваемых пациенту врачом, может быть: «Вы хотели бы получить полную информацию о результатах исследования или кратко обозначить результаты и подробно обсудить план лечения?». Если пациент не хочет знать детали, предложите ему ответить на любые интересующие его вопросы, которые появятся в будущем, или поговорить с родственниками и друзьями.

Шаг 4.: K – Giving KNOWLEDGE and Information to the Patient (Дайте информацию пациенту) Предупреждение пациента о том, что вы сообщаете ему плохие новости, может уменьшить шок от их последующего получения и способствовать более легкому пониманию полученной информации. Это как раз то, о чем мы писали в предыдущих главах, когда говорили о принципе «предупредительного выстрела».

Пример фраз, которые могут использоваться для этих целей — «К сожалению, у меня для Вас плохие новости», «Я сожалею о том, что должен Вам сообщить».

Сообщение медицинской информации — может быть качественным, если придерживаться нескольких рекомендаций.

Во-первых, начинайте разговор на уровне понимания и словарного запаса пациента.

Во-вторых, используйте при необходимости общедоступные слова вместо специальных терминов, таких как «распространение» вместо «метастазирование» или «кусочек ткани» вместо «биоптат».

В-третьих, в тоже время не используйте чрезмерной вульгаризации («У вас очень плохой рак и если вы не получите немедленного лечения, то умрете»), так как это может привести к отстранению пациента (особенно если вы ошиблись в оценке интеллекта пациента).

В-четвертых, сообщайте информацию небольшими и частями и периодически проверяйте, понимает ли Вас пациент или нет.

В-пятых, если прогноз пациент плохой при общении избегайте таких фраз как «Мы ничего больше не можем сделать для Вас». Такая позиция несовместима с тем, что пациенты часто имеют другие цели лечения, такие как отсутствие боли и других симптомов болезни. Помните, вы всегда можете помочь облегчить страдание, предоставить помощь психотерапевта, психолога или предложить пригласить священника.

Шаг 5.: Addressing the Patient's EMOTIONS with Empathic Responses (Относитесь к эмоциям пациента с сочувствием) Реагирование на эмоции пациента одна из наиболее сложных задач при сообщении плохих новостей. Эмоциональные реакции пациента могут быть различны, от молчания и неверия до плача и отрицания, или гнева. Когда пациенты узнают плохие новости, их

эмоциональные реакции могут проявляться в виде шока, изоляции и горя. В этой ситуации врач может поддержать пациента, быть солидарным с ним при помощи эмпатии (понимания эмоционального состояния, сопереживания его чувствам и положению). Для этого, посмотрите на любые эмоции со стороны пациента. Это могут быть слезы, печальный взгляд, тишина или шок. Попробуйте определить эмоции, которые испытывает пациент, назвав их для себя. Используйте открытые вопросы для того чтобы узнать, что пациент думает или чувствует. Попытайтесь определить причину этих эмоций. Обычно это связано с плохими новостями, страхами. Но если вы не уверены в этом, снова спросите об этом пациента;

Конечно, эмпатия - это очень комплексное и сложное понятие, что бы изложить его в пределах пособия. Добавим, что некоторые медицинские работники порой идут путем «отстранения от эмоций» и от их источника. Эта защитная реакция более чем понятна, но следует отметить, что именно она является составной частью такого явления как профессиональное выгорание.

Пока эмоциональные реакции выражены сильно, трудно перейти к обсуждению других вопросов. Если эмоции пациента разрешаются не быстро, полезным будет продолжить с сочувствием отвечать на эмоции пациента до тех пор, пока он не успокоится. Врачи также могут применять сочувственные ответы для признания собственных эмоций («Я бы очень хотел, чтобы новости были лучше», «Меня тоже печалит такой результат нашего лечения»). Когда эмоции пациента не явно выражены, например, пациент молчит, врач должен задать уточняющий вопрос, прежде чем сочувственно реагировать. В тоже время, позволяйте присутствовать в вашем разговоре паузам. Паузы очень важны. Не нужно стараться «забивать» общение своими словами и мыслями. Когда эмоции пациента едва уловимы, или проявляются косвенно, или в завуалированной форме, такие, как разочарование или гнев («Я полагаю, мне снова придется страдать от химиотерапии»), вы все еще можете продолжать реагировать с сочувствием («Я вижу, вы опасаетесь (вас расстраивает) от

неприятных ощущений от химиотерапии»). То есть используйте формулу «Я понимаю (вижу, слышу), что ... + изложение опасений пациента». Кстати, будет лучше, если вы, повторяя опасения пациента, изложите их другими словами, придав им более конструктивный смысл (в психологическом консультировании этот прием называется рефрейминг).

Шаг 6.: S-STRATEGY and SUMMARY. Пациенты, ясно представляющие свое будущее, чувствуют себя более уверенно. У них снижается тревога, вызванная неопределенностью. До обсуждения плана лечения, важно спросить пациента, готов ли он сейчас к этому обсуждению. Изложение пациенту вариантов лечения, важно не только потому, что в ряде случаев это простая необходимость, но также создает впечатление того, что врач считает желание пациента важным. Разделение ответственности за принятие решения с пациентом может также снизить любое чувство неудачи со стороны врача, когда лечение не эффективно (это особенно важно для профилактики профвыгорания). Проверка понимания пациентом сказанного может предотвратить переоценивание пациентом эффективности лечения или наоборот, недопонимания цели лечения и игнорирования некоторых рекомендаций. Врачи часто чувствуют себя некомфортно, когда обсуждают с пациентом прогноз или варианты лечения, если информация неблагоприятная. Данный дискомфорт основан на переживаниях, которые испытывает врач. Они включают в себя неуверенность относительно ожиданий пациента, страх разрушить надежду у пациента, страх в собственном бессилии перед лицом бесконтрольно прогрессирующей болезни, отсутствием уверенности в том, что он сможет управлять ожидаемыми эмоциями пациента и иногда смущение за ранее оптимистично обрисованный прогноз для пациента. Но следует отметить, что многие пациенты имеют некоторое представление о серьезности своего заболевания и ограниченных возможностях лечения, но боятся поделиться ими или спросить о последствиях. Исследование знаний пациента, его ожиданий и надежд (Шаг 2 Протокола SPIKES) позволяет врачу понять, где сейчас

находиться пациент в своих представлениях, и именно с этой опорной точки начать разговор. Когда пациенты имеют нереалистичные ожидания («Мне сказали, что Вы творите чудеса»), просьба пациента рассказать историю болезни обычно выявит страхи, тревогу и эмоции, которые лежат за этими ожиданиями. Пациенты могут видеть в излечении решение нескольких различных проблем, значимых для них. Это может быть, как мы говорили выше, потеря работы, неспособность заботиться о семье, боль и страдание, ощущение причинения неудобства для других или ограниченная подвижность. Выражение этих страхов и опасений часто позволяет пациенту признать серьезность своего состояния. Если пациент выражает надежду на спонтанное исцеление, на восстановление трудоспособности, можно использовать следующую фразу «Я бы очень хотел, что - бы так и произошло. Вместе с тем, думали ли вы о том, если что-то пойдет не так, как вы ожидаете? Что тогда может быть и что вы будете делать в таком случае?». И здесь неважно, что ответит пациент. Но тем самым, вы на бессознательном уровне позволите ему «зацепиться» за реальность, какой бы неудобной или нежелательной она бы не была. Если пациент стал грустным при обсуждении своих опасений, будет уместно применить методики, описанные в Шаге 5 протокола SPIKES. Далее, понимание важных конкретных целей, которые есть у многих пациентов, такие как контроль симптомов, и уверенность в том, что они получают лучшее возможное лечение и постоянную заботу позволяет врачу надеяться на достижение этих целей. Это позволит дать пациенту такую важную вещь, которой нельзя человека лишать ни при каких обстоятельствах – надежду. Надежду на то, что он сможет прожить отпущенный ему срок осмысленно и достойно. Увидеть, что жизнь не свернулась в тесное пространство болезни, а за пределами этого пространства есть бесконечное поле жизни с ее радостями и возможностями. Его собственной жизни.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, используя знания, изложенные в пособии, расширяя свои умения в эффективной коммуникации, постепенно переводя их в навык, врач сможет избежать конфликтных ситуаций, снизить стрессовую нагрузку, что будет так же являться одной из эффективных мер предупреждения профессионального выгорания. Овладев вышеизложенной информацией на практике, вы сможете даже в самых сложных ситуациях, чувствовать себя профессионалом высокого уровня, сохраняя душевное равновесие, удерживать своего пациента в фокусе внимания, оставаясь при этом не только врачом, но и человеком с большой буквы.

Авторы надеются, что информация, изложенная в этом пособии, поможет врачам наладить продуктивный диалог с тяжелобольными пациентами, с их родственниками. И что немаловажно, наладить диалог с собой, со своими страхами говорить о неизбежном. Следует сказать, что эффективная коммуникация, это навык, который шлифуется годами. А навык приходит через осознание «белых пятен» в своих способностях и в своей готовности к трудному разговору. Приобретая умения, оттачивая их, врач приобретет устойчивый навык, вершиной которого будет мастерство общения, не нуждающегося уже ни в каких алгоритмах, что позволит гибко и эффективно строить беседу с разными пациентами на разном этапе их непростого жизненного пути.

К сожалению, объем пособия не позволяет рассказать детально о некоторых нюансах, которые могут возникнуть в процессе коммуникации. Например, за рамками этого пособия остается такая немаловажная часть как умение управлять своей психикой в стрессогенных состояниях, к которым относится разговор о сообщении плохих новостей. Мы надеемся изложить это в следующих наших пособиях. Нам так же хочется надеяться, что наши коллеги не ограничатся лишь материалом данного пособия, а продолжат изучение этой важной составляющей лечебного процесса темой, используя другую литературу, знания, полученные на тренингах, семинарах, опыт коллег.

ОБ АВТОРАХ:

Дорошенко Роман Викторович – кандидат медицинских наук, доцент, психолог. Работает психологом в центре «Меридиан надежды» и как независимый консультант. Проводит консультации и занятия с онкопациентами, их родственниками, врачами. Проводит тренинги по кризисным ситуациям, эффективной коммуникации, профессиональному выгоранию. Совмещает работу психолога с преподавательской работой в Гомельском государственном медицинском университете.

Петкевич Олег Владимирович – врач анестезиолог-реаниматолог высшей квалификационной категории, главный внештатный специалист по трансплантологии УЗО Гомельского облисполкома, заведует кабинетом трансплантационной координации ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии человека». Стоял у истоков Гомельской трансплантационной службы, неотъемлемой частью работы которой, является коммуникация с родственниками пациентов с гибелью головного мозга.

Кривенчук Виталий Александрович – врач-онколог, онкохирург высшей квалификационной категории. Заведующий операционным блоком ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии человека».

Литература

1. Baile WF, Kudelka AP, Beale EA et al. Communication skills training in oncology. Description and preliminary outcomes of workshops in breaking bad news and managing patient reactions to illness. *Cancer* 1999;86:887-897. CrossRefMedline
2. Maguire P, Faulkner A. Communicate with cancer patients: 1. Handling bad news and difficult questions. *BMJ* 1988;297:907-909.
3. Premi JN. Communicating bad news to patients. In: Division of Mental Health, World Health Organization. *Communicating Bad News*. Geneva: Division of Mental Health, World Health Organization, 1993:15-21.
4. Lubinsky MS. Bearing bad news: dealing with the mimics of denial. *Genet Couns* 1999;3:5-12.
5. Walter F. Bailea, Robert Buckman, Renato Lenzi *The Oncologist* August 2000 vol. 5 no. 4 302-311
6. Дорошенко Р.В. Лечебная деятельность как фактор психоэмоционального напряжения/ Материалы международного научного форума «ОБРАЗОВАНИЕ. НАУКА. КУЛЬТУРА». Гомель ГГУ 2017. – С. 878
7. Как правильно сообщать пациентам плохие новости. Интернет портал Медицинская Россия 17. 05. 2017 <https://medrussia.org/4779-kak-pravilno-soobshhat-pacientam-plokhie-novosti/#hcq=8satT5r>
8. Кузьков В.В., Недашковский Э.В., Брюс Маккормик Основы интенсивной терапии. Кафедра анестезиологии и реаниматологии, Архангельск, Северный государственный медицинский университет. 2016 г.
9. Материалы курса «Онкопсихология», Москва 2016 г. Ассоциация профессиональных психологов и психотерапевтов. Автор и ведущий Д. Гильфантинова.
10. Материалы курса эффективной коммуникации с онкопациентами и их родственниками для волонтеров и врачей центра онкопомощи «Меридиан надежды», Гомель. Автор и ведущий Р.В. Дорошенко

11. Силуянова И. В. Биомедицинская этика : учебник и практикум для академического бакалавриата / И. В. Силуянова. — М. : Издательство Юрайт, 2016. — 312 с. — Серия : Бакалавр. Академический курс.

12. Фролова Ю.Г. Медицинская психология. Минск. «Высшая школа» 2011. – 283 с.

13. Харди Иштван. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. 1981. – 288 с. - Akademiai Kiado

14. Шейнов В.П. Управление конфликтами. Издательство «Питер» 2014

15. Элизабет Кюблер-Росс. О смерти и умирании. Издательство «София» 2001