

Лекция 17. Психологически сложные ситуации в медицине.

План лекции:

1. ОТКАЗ ОТ ЛЕЧЕНИЯ.
2. «НЕУДОБНЫЕ» ВОПРОСЫ.
3. ТЯЖЕЛЫЕ, НЕИЗЛЕЧИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И СМЕРТЬ.
4. СООБЩЕНИЕ НЕГАТИВНОЙ ИНФОРМАЦИИ.
5. ТРЕВОГА И ПАНИКА.
6. СИМУЛЯЦИЯ, АГГРАВАЦИЯ И ДИССИМУЛЯЦИЯ.
7. ВРАЧИ И ВЫСОКОПОСТАВЛЕННЫЕ ЛИЦА В КАЧЕСТВЕ ПАЦИЕНТОВ.

1. ОТКАЗ ОТ ЛЕЧЕНИЯ

Принципы демократии позволяют каждому человеку свободно выбирать¹, обращаться за помощью к врачу при возникновении заболевания, попытаться лечиться самостоятельно или вовсе не лечить имеющееся расстройство. Однако такая позиция не может успокаивать врача, который как профессионал знает, что отказ от лечения может нанести больному непоправимый вред и даже стать причиной смерти. Мы полностью поддерживаем тех врачей, которые считают каждый случай отказа от лечения своей личной неудачей, прикладывают все усилия, чтобы изменить позицию пациента.

С психологической точки зрения, не каждое решение о прекращении лечения можно считать свободным. Довольно часто пациент, формируя свое мнение, находится в плену заблуждений, неточных, поверхностных знаний, неосознаваемых психологических защит. По этой причине, прежде чем требовать от больного письменного выражения своего отказа, важно не спеша обсудить ситуацию, подвергнуть ее психологическому анализу. Это можно сделать, только сохраняя стремление

¹ За исключением случаев, оговоренных в Законе «О психиатрической помощи...».

к партнерству и взаимопониманию. В первую очередь следует выразить уважение к точке зрения пациента и заинтересованность в ее более глубоком изучении. Раздражение, бурное несогласие, нетерпеливость - все это может свести на нет все усилия переубедить больного.

Причинами отказа от лечения могут быть:

- страх;
- депрессия;
- анозогнозия;
- убеждения (в том числе религиозные);
- отсутствие взаимопонимания с врачом (недоверие, антипатия, конфликт);
- бредовая концепция.

Чаще всего причиной отказа бывают страх перед операцией, возможными побочными эффектами терапии, боязнь потерять внешнюю привлекательность. При назначении ПФС нередко пациенты высказывают страх психологического порабощения, утраты собственного «Я». Выраженная тревога часто становится причиной включения психологической защиты, поэтому больной не всегда осознает свой страх, стремится заместить его бесконечными рассуждениями (рационализация), обвинениями (проекция), ритуалами (замещение) и др. К примеру, он обосновывает отказ от проведения операции по поводу рака тем, что, по данным литературы, после операции нередко возникают

рецидивы. При этом он игнорирует тот факт, что без операции смертельный исход практически неизбежен.

Важно выяснить причину страха и предоставить больному необходимые гарантии. Так, пациенту, обеспокоенному возможным дефектом внешности, важно рассказать о том, что врачи постараются сделать швы незаметными, скрыть их в складках кожи, будут использовать щадящий шовный материал, привести пример, когда проведение косметической операции полностью компенсировало послеоперационный дефект. Высокая активность психологической защиты указывает на необходимость успокоить больного, продемонстрировать ему благоприятную перспективу. Следует предложить больному в присутствии врача еще раз взвесить все за и против, поискать противоречия в своей концепции. Бессмысленно пугать пациента («Ведь вы же умрете!»), поскольку страх заставляет активнее использовать защиту.

При депрессии больные часто отказываются от помощи, проявляя пессимизм, высказывая уверенность в том, что лечение не поможет. В то же время эти пациенты нередко проявляют пассивность, поэтому они не выражают явного сопротивления. Врач может попросить довериться ему, ведь лечение не потребует существенных усилий от больного. Можно попытаться использовать недирективные методики убеждения, когда больного просят обосновать свою точку зрения логически, взвесить все еще раз, оценить вероятность выздоровления, поскольку даже малую вероятность лучше использовать, чем игнорировать. Многие пациенты в состоянии депрессии сохраняют альтруистические чувства, поэтому они могут согласиться на лечение, «чтобы успокоить близких», «успеть завершить начатое дело», «поддержать своего врача». В случае тяжелой депрессии и суицидальных намерений законом разрешена госпитализация депрессивных больных в недобровольном порядке при соблюдении необходимой юридической процедуры.

Анозогнозия может быть результатом личностной акцентуации и особой жизненной позиции (гипертимическая личность), плохой осведомленности или серьезного поражения мозга. Гипертимные люди особенно активно пользуются защитным механизмом отрицания, они утверждают, что врач ошибся, что болезнь вовсе не такая опасная, как кажется, что приема таблеток будет вполне достаточно, а операция - «это уж слишком». Люди, имеющие низкое образование, могут с недоверием относиться к сложным медицинским терминам, сомневаться в диагнозе, особенно если их самочувствие не очень плохое. Единственный способ убедить пациента во всех указанных случаях - предоставить ему как можно больше информации о его состоянии, результатах обследования в доступной для него форме. Без применения сложной медицинской терминологии необходимо показать (например, на рисунке), что происходит с его организмом и к каким последствиям это может привести. Анозогнозия, обусловленная органическим поражением мозга, возникает при травмах и заболеваниях, затрагивающих лобные доли. Хотя больной не имеет возможности понять суть заболевания, при этом он отличается беззаботностью, пассивностью и обычно не оказывает выраженного сопротивления. Гораздо тяжелее найти общий язык с пациентом, имеющим бредовую концепцию в отношении врачей и их целей. Такой больной может утверждать, что существует стговор против него, осуществляется травля. Он опасается, что во время операции будут изъяты органы. Без применения нейролептиков изменить отношение больного к лечению бывает очень трудно. Следует попытаться расположить пациента по отношению к себе, до-

биться его доверия тем, что выполняются важные для него условия. Недобровольное лечение проводят только в ситуации явной социальной опасности.

В последние годы сталкиваются с отказом от лечения, связанным с религиозными убеждениями. Если это стойкая, взвешенная позиция пациента, очень трудно бывает изменить ее. В любом случае желательно использовать все возможности, чтобы переубедить больного. К примеру, можно предложить обсудить ситуацию вместе с людьми той же веры.

Недоверие и личная неприязнь к врачу часто играют немаловажную роль в решении прекратить лечение. Было бы ошибкой проявлять обиду и раздражение по этому поводу. Более полезно проанализировать свои поступки и высказывания, попытаться сделать выводы из этого опыта. Для общей пользы можно выразить больному сожаление о том, что отношения не сложились, и посоветовать как можно скорее обратиться к другому специалисту, который вызывает большее доверие. Особое внимание необходимо обратить на возможную опасность прекращения лечения. Важно показать пациенту отсутствие обиды, заверить его в том, что если он изменит свою точку зрения, то может вновь обратиться к вам за помощью. Опыт показывает, что именно так чаще всего и происходит. В частности, возбудимые пациенты часто вступают в конфликт с медицинскими работниками, иногда убегают из больницы, не предупредив никого, однако скоро раскаиваются, чувствуют, что совершили глупость, и возвращаются с извинениями.

2. «НЕУДОБНЫЕ» ВОПРОСЫ

Существуют темы, обсуждение которых связано с большим эмоциональным напряжением, страхом, стеснением. К таким темам относятся смерть и ее приближение, денежные вопросы (наследство, долг, оплата услуг), секс и верность в семье, беременность, психическое здоровье, отягощенная наследственность и некоторые другие.

При обсуждении этих вопросов неудобство и скованность ощущают все собеседники: и врачи, и пациенты. Страх определяет активное использование психологических защит, что проявляется подчеркнутой самоуверенностью, торопливостью в обсуждении, склонностью к пространным рассуждениям, стремлением выразиться символически. Так, больной, заявляя о своем стремлении обсудить тяжелую для него тему (возможность выздоровления, вероятность смертельного исхода в результате операции, влияние лечения на сексуальную функцию), часто

выражается очень нечетко, никак не может сформулировать вопрос. Важно уловить это стеснение, скованность, предложить поговорить наедине. Самой большой ошибкой было бы начать отвечать, не выяснив точно, что именно беспокоит пациента. Такой ответ может только подтвердить его ожидание, что врач его не понимает, а значит, от дальнейшего обсуждения следует вовсе отказаться.

Самой верной тактикой было бы *ответить вопросом на вопрос*, то есть выразить согласие откровенно обсудить предлагаемую тему после того, как человек сможет более подробно описать свои переживания и сомнения. Так, на весьма общий вопрос пациента, нет ли каких-либо побочных эффектов у данного препарата, было бы неверным предложить ему прочитать прилагаемую к нему инструкцию. Лучше выразить свое стремление к сотрудничеству и попросить сформулировать вопрос более точно: «Я могу много рассказать о преимуществах и недостатках этого препарата, но не могли бы вы поточнее сказать, побочные эффекты какого рода настораживают вас больше всего».

Вполне возможно, что мужчину интересует влияние на сексуальные способности, а женщина озабочена воздействием средств на ее будущего ребенка.

Врач, отвечая на «неудобные» вопросы, испытывает такое же волнение, как и пациент. Психологические защиты часто заставляют его торопиться, отвечать уклончиво, проявлять раздражение. Все это вызывает недоверие и снижает авторитет врача. Правильнее было бы честно признаться в своей растерянности («Я смущен», «Я должен подумать») и предложить обсудить вопрос не на ходу, пообещать сверить свое мнение с данными литературы или посоветоваться с более опытным коллегой. Очень важно выполнить свое обещание, не откладывая этого надолго.

В любом случае, даже будучи уверенным в правильности своего ответа, важно в первую очередь предоставить пациенту возможность высказать его собственную точку зрения: «А как бы вы сами ответили на вопрос, который мне задали?» Как показывает опыт, такое обсуждение бывает более полезным, чем стремление врача показать свою эрудицию и умение справиться с любой ситуацией.

3. ТЯЖЕЛЫЕ, НЕИЗЛЕЧИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И СМЕРТЬ

Постоянное столкновение со смертью и ее угрозой составляет один из важнейших атрибутов врачебной деятельности. Для многих обывателей это становится источником постоянного страха и страданий. Однако психологи и философы часто совсем иначе оценивают значение смерти для человека. Не случайно так часто звучит призыв *emento mori*», тот же смысл слышится в словах знаменитой проповеди Джона Донна: «И потому не спрашивай никогда, по ком звонит колокол. Он звонит по тебе».

Отношение к смерти и умиранию особенно подробно исследовано в концепции экзистенциализма. Ирвин Ялом, профессор психиатрии Стэнфордского университета, строит свой подход к психотерапии на представлении о том, что человек вынужден постоянно бороться с четырьмя неопровержимыми истинами: конечностью жизни, свободой выбора и ответственностью, одиночеством перед самим собой, отсутствием у жизни смысла как такового. Страх перед этими истинами заставляет человека погружаться в быт, беспокоиться о сделанном прежде и о своем будущем так, как будто он собирается жить вечно. Столкновение со смертью заставляет нас задуматься о ежеминутном существовании, радости каждого дня, счастье здоровья, о том самом главном, что составляет ценность нашей личности. Все это позволяет сделать вывод, что если *физическая смерть* уничтожает человека, то *идея смерти* спасает его.

Работая с неизлечимыми раковыми больными, Ирвин Ялом обращал внимание на тот факт, что на фоне тяжелых мыслей о приближающейся смерти у многих пациентов исчезали признаки невроза, беспокоившие их годами. Так, большинство фобий отступало при сравнении их с неуклонно развивающейся болезнью. Приблизительно такая же психологическая динамика характерна для людей, выживших после попытки самоубийства. Нередко они отмечали, что стали более внимательны к друзьям и откровеннее с ними, полнее чувствуют жизнь, научились наблюдать изменения в природе.

Защиту от страха смерти вынуждены применять и пациенты, и врачи. Обычно эта защита выражается либо в виде веры в собственную исключительность («Ко мне это не имеет никакого отношения»), либо в надежде на конечного спасителя («Врачи обязательно что-то придумают»). Считают, что первый вариант характерен для более силь-

ных личностей с внутренним локусом контроля (см. раздел 2.2), второй - для людей с низкой самооценкой, зависимых, нуждающихся в посторонней поддержке.

Наблюдение за страданиями пациентов в терминальную фазу болезни нередко вызывает у медицинских работников еще один крайне деструктивный вид психологической защиты - стремление приблизить смерть, скрытое под якобы гуманной целью облегчить страдания пациентов. Такое стремление рассматривается как удовлетворение неосознаваемых потребностей врача и родственников больного в ущерб интересам самого пациента (защита врача от собственного страха смерти и боли). Существует множество способов облегчить страдания пациентов без приближения их смерти (психотерапия, обезболивающие средства, транквилизаторы, антидепрессанты, противорвотные, инструментальные и оперативные методы восстановления питания и кишечной проходимости, уход и гигиена). Кроме того, наблюдение за тяжелобольными показывает, что лишь небольшая их часть высказывают желание расстаться с жизнью, в большинстве случаев вызывает удивление способность людей в таком состоянии радоваться мелочам и каждому проявлению жизни. Некоторую аналогию можно заметить в наблюдениях Виктора Франкла, который отмечал, что среди заключенных концентрационных лагерей, большую часть которых ждала неминуемая смерть, стремление к самоубийству было исключительной редкостью.

Нужно проявить особое понимание к пациентам, которые прямо обращаются к врачу с просьбой помочь им умереть. Чаще всего такое обращение нужно рассматривать как скрытый призыв о спасении, ведь если человек действительно решил умереть, он не станет предупреждать об этом кого-либо и возлагать на другого эту непомерную ответственность. Такое поведение, вероятнее всего, свидетельствует о депрессии. Следует помнить, что депрессивные больные стремятся к прекращению жизни даже в том случае, когда никакой реальной опасности для их существования нет. Своевременное лечение депрессии (психотерапевтическое и лекарственное) показывает, что по выходе из состояния подавленности пациенты выражают благодарность врачам, которые не позволили им реализовать их стремление к самоубийству. Часто появлению депрессии способствуют боль и соматические симптомы, которые должны быть купированы в полной мере. Показано, что прекращение депрессии способствует также повышению защитных сил организма и коррелирует с большей продолжительностью жизни у безнадежно больных. В специальных исследованиях было показано, что применение безопасных антидепрессантов продлевает жизнь раковых больных.

Исследователи, анализирующие психологию неизлечимо больных, обычно выделяют несколько стадий осознания приближающейся смерти. • *Фаза шока* проявляется растерянностью, ступором, чувством взрыва, оглушения.

• *Фаза отрицания* выражается неверием в реальную опасность, убежденностью, что произошла ошибка, поиском доказательств того, что существует выход из непереносимой ситуации.

• *Фаза агрессии* определяется признанием опасности и поиском виновных, стенами, раздражением, стремлением наказать всех вокруг. Одним из проявлений этой фазы у больных СПИДом бывают попытки заразить кого-либо из окружающих.

• *Фазу депрессии* некоторые психологи рассматривают как чувство раскаяния в совершенных в жизни прегрешениях, попытку искупления вины собственным страданием.

• *Стадия примирения с судьбой* указывает на состоявшуюся перестройку в сознании, переоценку физических и материальных истин ради духовных потребностей.

Способы психокоррекции зависят от фазы переживаний и особенностей личности пациента, но все они направлены на более быстрое и безболезненное достижение этапа примирения.

Психологическая работа с неизлечимо больными основана на преодолении привязанности к быту и повышении чувства самоценности (самореализации). Полноте восприятия жизни способствуют такие мелочи, как удобная постель, любое ласковое слово, неформальное обращение, возможность наблюдать смену природных явлений за окном. Следует быть более внимательным к, казалось бы, несущественным просьбам и замечаниям, которые в действительности составляют для человека, прикованного к постели, целый мир, ни в коем случае нельзя относиться к ним как к капризам. Недопустим формализм в общении («Это запрещено регламентом нашего учреждения»), ведь перед лицом смерти любой запрет представляется ничтожным. Гораздо уместнее стремление к сотрудничеству («Мы так никогда не делали, но если вы считаете это важным, давайте попробуем»).

Очень тяготит умирающих пациентов сознание нереализованности и отсутствия смысла прожитых лет. Попытки указать на реальные заслуги и достижения часто не успокаивают, поскольку эти заслуги всегда можно сравнить с чьими-то другими. Гораздо важнее указать в беседе на ценности, которые связаны только с этим человеком и никаким другим. Так, сын является незаменимой радостью для матери, жена - незаменимым счастьем для мужа. Обсуждение пережитых вместе счастливых дней, воспоминание о минутах, наполненных радостью существования, разговор о том, что является важным только для близких людей, - вот что приближает человека к ощущению ценности своей жизни. В драме Генрика Ибсена «Пер Гюнт» есть глубоко интимный момент, когда главный герой, тратящий жизнь понапрасну, становится свидетелем смерти своей матери, его яркие фантазии, основанные на воспоминаниях о годах детства, помогают матери преодолеть страх и достичь умиротворения.

Ирвин Ялом предлагает следующие психологические приемы для пациентов, напуганных приближающейся смертью. Формула *«существование не может быть отложено»* призывает задуматься о необходимости безотлагательно добиваться того, чего больше всего хочется в жизни. Так, он описывает удовлетворение пациентки, которая много лет прожила в несчастливом браке и, наконец, настояла на разводе после того, как узнала, что больна раком. Призыв *«подсчитывайте свои сокровища»* означает стремление обратить внимание не только на страдание, но и на те маленькие удачи, которые дарит нам каждый день. В этом смысле примечательна радость одной из умирающих пациенток, которая искренне благодарит посетителя, принесшего ей шоколад, который сама она есть не может: «Ну вот, теперь мне есть что подарить моим добрым медицинским сестрам!». Последнее выражение *«для личности нельзя найти тождества»* призывает отказаться от попыток примитивного отождествления: «Я - это моя работа», «Я - это мои ученики», «Я - это мое тело». Поиск нематериального содержания собственной личности часто помогает легче воспринять свой уход от дел и переход в другой мир.

Оказывая помощь умирающему пациенту, следует позаботиться и о его родственниках. Известно, что родные часто переживают приблизительно те же чувства, что и

сам больной, хотя их жизни ничто не угрожает. Статистические исследования показывают, что в семьях, перенесших тяжелую потерю, в следующий за ней год отмечают повышение заболеваемости, смертности, высока вероятность развода. Известен психотерапевтический опыт создания волонтерских клубов вдов и вдовцов, чьи супруги умерли в хосписе. Такие люди могут направить свою деятельность на помощь другим безнадежным пациентам или сиротам, чьи родители умерли от неизлечимой болезни.

Прикосновение к чужой смерти часто обогащает и облагораживает человека. Многие пациенты, страдающие наркоманией и алкоголизмом, добились ремиссии после того, как стали свидетелями смерти друга, вызванной передозировкой. Полезным опытом для молодых врачей было бы чтение знаменитой повести Льва Толстого «Смерть Ивана Ильича» и просмотр фильма Кшиштофа Занусси «Жизнь как смертельная болезнь, передаваемая половым путем». Безусловно, не всем меди-

цинским работникам удастся преодолеть свой страх смерти, довольно часто защитой от этого страха становится равнодушие, которое влечет за собой усталость и раздражение (симптомы эмоционального выгорания). Такая защита не приносит пользы не только пациентам, но и самим врачам.

4. СООБЩЕНИЕ НЕГАТИВНОЙ ИНФОРМАЦИИ

Сообщение негативной информации - особое обстоятельство в работе врача. К негативной информации относятся любые данные, которые способны отрицательно повлиять на дальнейшее благополучие пациента. В медицине к такого рода информации относятся диагноз заболевания с сомнительным или плохим прогнозом, результаты обследования, свидетельствующие об отрицательной динамике болезни, неэффективность или нецелесообразность дальнейшего радикального лечения и необходимость перехода к паллиативной помощи, тяжелые и неизбежные побочные эффекты или осложнения терапии. Медицинский работник любой специальности сталкивается в повседневной работе с необходимостью обсуждения с больными или их родственниками подобных тем.

Врач, имеющий негативную информацию, нередко стоит перед дилеммой. С одной стороны, он обязан уважать право каждого пациента на получение исчерпывающей информации о его здоровье и планируемом лечении. В частности, Законом «О психиатрической помощи...» за больными закреплено право на получение «в доступной для них форме и с учетом их психического состояния информации о характере имеющихся у них психических расстройств и применяемых методах лечения». С другой стороны, врач не имеет права своими действиями причинять пациентам неоправданные страдания, которые они, возможно, не способны вынести. Пугающий диагноз может лишить пациента всякой надежды, привести к усугублению болезни, отказу от лечения, а порой и к суициду.

Часто возникает вопрос: в какой момент следует начать обсуждать с пациентом неприятные вопросы? Испытывая сомнения и страх, врач часто оттягивает этот момент до последнего, внушая больному неоправданные надежды, мешает ему ориентироваться в реальности. С точки зрения некоторых авторов, важнейшими принципами, которым должен следовать врач в данной ситуации, должны быть искренность и ступенчатость.

Искренность означает, что в словах, мимике и поступках врача должны проявляться именно те чувства, которые он испытывает. Так, не следует прятать свою обес-

покоенность за беспечной улыбкой и дружеским похлопыванием по плечу. Если положение дел серьезное, то и лицо у врача должно быть серьезным и обеспокоенным. *Ступенчатость* предполагает, что информацию необходимо сообщить с самого первого момента, когда возникло подозрение о высокой вероятности нежелательного исхода, однако ее нужно выдавать малыми порциями, сначала в неопределенной, потом в предположительной и, наконец, в совершенно определенной форме.

Различные степени определенности информации *Неопределенная форма*

- К сожалению, результаты анализов меня не радуют. Пока трудно сказать, в чем причина, но в норме так не должно быть.

- Эта боль в животе мне не нравится. Нужно хорошенько вас обследовать. Мы должны подумать, отчего это может быть.

Предположительная форма

- Такие изменения на электрокардиограмме могут быть при нестабильной стенокардии, воспалительных заболеваниях сердца, поражении проводящих путей сердца, а могут быть и при инфаркте.

- Трудно сказать, что это за узлы в легких, это могут быть туберкулез, атипичная пневмония, но мы также должны думать и об опухоли.

- Эти образования в молочной железе могут быть и доброкачественными, и злокачественными. Мы должны сделать биопсию, чтобы ответить на этот вопрос.

Определенная форма

- К сожалению, эти круглые образования в легких свидетельствуют о распространении опухолевого процесса. Операция в такой ситуации не показана, вы нуждаетесь в проведении химиотерапевтического лечения.

- Полностью вылечить это психическое заболевание невозможно, но прием таблеток поможет лучше справиться с уходом и самообслуживанием.

Еще один важный принцип, о котором следует помнить, звучит так: *«Прежде чем сказать, спроси»*. Каждый имеет право решать, готов ли он получить полную информацию о своем здоровье, исходя из своих

личностных ресурсов, сложившейся ситуации, обязанностей перед другими, в том числе связанных с финансами, имуществом и юридической ответственностью. Есть люди, которые напрямую заявляют о своем праве на информацию. Есть больные, которые делегируют решение всех вопросов, связанных с их здоровьем, своим близким - супругам, детям, другим родственникам или друзьям, избегая какой-либо информации. Понятно, что тактика работы с этими пациентами должна быть различной.

Среди 1251 опрошенного американца 96% хотели бы, чтобы их своевременно поставили в известность в случае обнаружения у них злокачественной опухоли, а 85% желали бы знать, сколько им еще осталось жить. В Шотландии 91% участников опроса хотели бы знать свои шансы на излечение, а 94% - о побочных эффектах терапии. Такие результаты не вполне отражают реальные чувства пациентов. Важно понимать, что ответы давали здоровые люди, которые предполагали, что в ближайшее время смерть им не угрожает. Это своеобразная психологическая защита от страха смерти. Человек как бы успокаивает себя тем, что он будет способен сам распоряжаться своей жизнью. В ситуации реальной болезни пациенты тоже часто настойчиво спрашивают о диагнозе, только делают они это в надежде, что врач их успокоит и обнадежит.

То, как преподнесена негативная информация, влияет на осознание пациентом социальных фактов, его готовность сотрудничать с врачом, удовлетворенность оказываемой медицинской помощью, общий психологический настрой и адаптацию в целом.

Авторы считают полезным ознакомить читателей с принятым в США 6-шаговым протоколом сообщения негативной информации - SPIKES.

- Шаг 1 - S (*Setting*), подготовка к беседе. На этом этапе следует позаботиться:

- об организации приватности, то есть пригласить пациента в отдельное помещение, где никто не сможет помешать беседе;

- привлечении значимых для пациента людей (по его выбору это могут быть 1-2 близких родственника, друзья, коллеги, которым он доверяет);

- удобном размещении в комнате, так, чтобы врач в случае необходимости мог коснуться пациента (положить ему руку на предплечье, немного приобнять); обычно врач садится не напротив больного, а под углом к его стулу; если в беседе участвуют три или четыре человека, лучше, чтобы стулья были расположены по кругу;

- том, чтобы беседу ничто не прерывало (отключить телефон, попросить коллег не беспокоить, приготовить салфетки, чтобы не искать их, если больной вдруг заплачет).

- Шаг 2 - P (*Perception*), оценка представлений пациента о его медицинской ситуации. Здесь реализуется принцип: «Прежде чем сказать, спроси». В начале беседы врач выясняет, что в целом известно пациенту о его здоровье, как он представляет себе цель направления его на то или иное исследование (например, проведение коронарографии, МРТ, повторное гистологическое исследование). Ответы на эти вопросы позволяют понять, насколько неожиданной будет для больного негативная информация. Порой пациент бывает охвачен плохими предчувствиями, почти готов услышать подтверждение своих предположений. Однако нередко больные совсем не видят серьезности ситуации, считают свое пребывание в стационаре случайностью, а обращение к врачу - следствием собственной мнительности.

- Шаг 3 - I (*Invitation*), получение врачом приглашения со стороны пациента к сообщению информации. Этот шаг может быть предпринят заранее при назначении того или иного обследования, когда врач интересуется у пациента, в какой форме тот хотел бы в последующем обсудить полученные результаты. Имеет смысл спросить у пациента, хотел бы он получить всю информацию или предпочел бы пропустить результаты обследования и сосредоточиться на вопросах терапии? Если пациент не хочет вникать в детали, ему можно предложить обратиться к врачу с любым вопросом позже или предоставить врачу возможность поговорить с кем-либо из родственников. В вышеприведенных результатах исследования желая людей получить информацию в случае серьезного или опасного для жизни заболевания стоит обратить внимание на оставшиеся 4 и 15% из выборки опрошенных, которые предпочли бы делегировать обсуждение подобных вопросов близким или просто следовать предложенному плану лечения. Этот шаг помогает решить основной вопрос, который мучит и молодых, и зрелых врачей: нужно ли сообщать больному о тяжелом диагнозе? Единого правильного ответа на него не существует, так как пациенты отличаются друг от друга и по характеру, и по реакции на болезнь. Однако алгоритм предлагает универсальный подход - признание того, что прежде чем говорить с любым человеком о жизненно значимой для него теме, он дол-

- жен выразить свое согласие и готовность услышать и обсуждать серьезную информацию.

• Шаг 4 - К (*Knowledge*), сообщение информации пациенту. Прежде чем сообщить неприятную информацию, следует предупредить пациента, что вы сейчас намерены это сделать. Вариантами такого предупреждения могут быть фразы: «К сожалению, нам с вами предстоит очень непростой разговор», «Я сожалею, но у меня для вас информация, которая потребует понимания и серьезного отношения», «Я надеялся, что мне не придется с вами говорить о вашем здоровье в данном ключе». Сразу вслед за сообщением о чем-то пугающем необходимо обнадежить больного известием о том, что медикам хорошо известны или в медицине существуют точно разработанные подходы к лечению этого заболевания или помощи в данной ситуации. Рекомендуют следовать нескольким правилам. Информация должна соответствовать уровню образования и понимания пациента. Важно использовать общеупотребительные слова, а не специальные термины (например, «распространение» вместо «метастазирование», «проба ткани» вместо «биопсия»). Следует настойчиво избегать резких и категоричных формулировок (например: «У вас очень плохая опухоль, и если вы не будете лечиться, то умрете»). Информацию нужно давать порциями, с проверкой уровня ее понимания пациентом. Если прогноз плохой, врач должен избегать фраз наподобие: «Нам нечего вам предложить», «Мы ничего не можем сделать». Медицине всегда есть чем помочь страдающему, и в случае невозможности радикального лечения в действие вовлекаются ресурсы паллиативной медицины, то есть целью помощи пациенту становятся облегчение страдания (обезболивание, помощь в приеме пищи, поддержание способности к самообслуживанию) и повышение качества оставшейся жизни.

• Шаг 5 - Е (*Emotions*), сопереживание, эмпатическое реагирование на эмоциональное состояние пациента. Это наиболее сложный этап, требующий адекватного реагирования со стороны врача. Эмоциональные реакции на сообщение негативной информации могут быть разными: это и глухое молчание, и неверие, и плач, а может быть ярость с поиском виновных. Пациенты переживают шок, одиночество, страх, горе. Для того чтобы помочь пациенту справиться с охватившими его эмоциями, рекомендуют называть словами чувства, которые переживает больной (страх, беспомощность, горе, отчаяние). Примерами эмпатического реагирования врача могут быть такие высказывания, как: «Я вижу, что вы пережили настоящий шок», «Я вижу, как вам тяжело», «Я хочу разделить с вами вашу печаль», «Я тоже надеялся на лучший результат». Смягчить чувство изолированности могут высказывания, подчеркивающие, что реакция пациента нормальна, естественна и ожидаема: «Многие пациенты пережили этот опыт», «Любой человек на вашем месте испытывал бы шок», «Я ожидал такой реакции». Невербальные знаки сопереживания (поглаживание, прикосновение) вполне уместны, но они не должны быть продолжительными и настойчивыми. Чем больше суетливости и драматизма в действиях врача, тем труднее больному успокоиться. Лучше всего справиться с эмоциями позволяют настойчивые попытки проанализировать их логически и установить их причину. Для этого важно вновь задать пациенту вопросы, побуждающие его к объяснению: «Вы сказали, что это вас испугало. Чего конкретно вы опасаетесь?», «Вы можете сказать мне, о чем вы беспокоитесь больше всего?» Побуждать пациента к называнию своих чувств и их объяснению следует до тех пор, пока эмоции не снизятся в своей интенсивности. Без этого невозможно продолжить беседу и перейти к обсуждению плана лечения.

- Шаг 6 - S (*strategy and summary*), план лечения и завершение беседы. Важно спросить у больного, готов ли он в данный момент обсуждать вопрос, связанный с его лечением. Если получен положительный ответ, врач сообщает пациенту о существующих подходах к терапии его заболевания. Сначала говорит о возможностях и преимуществах каждого метода или подхода, а затем речь должна пойти о риске, имеющемся при каждом виде терапии, побочных эффектах и осложнениях. Врач в общих чертах может сказать о том, как планируется минимизировать побочные эффекты или осложнения терапии, какие подходы приняты в целях дальнейшей реабилитации пациентов с данным заболеванием. Один из главных человеческих страхов - опасение, что заболевание может принести физическую боль. Если заболевание несет риск переживания болевых ощущений, врач должен сообщить пациенту о предполагаемых мерах по их устранению. Важным обстоятельством этого этапа беседы становится подчеркивание того, что пациенту доступны все виды помощи, существующие в арсенале у медиков на современном этапе развития медицинской науки, что все ресурсы медицины будут использованы, чтобы помочь пациенту справиться с недугом.

В заключение беседы больному предлагают задать интересующие его вопросы. Если таких вопросов у него в данный момент нет, ему советуют задать их позже, если они возникнут.

Врачам хорошо известно, что большая часть сведений, полученных при первой беседе, не запоминается или не перерабатывается из-за состояния эмоционального шока. По этой причине все этапы объяснения, как правило, приходится пройти еще раз через несколько дней.

В случаях, когда сообщать отрицательную информацию врачу приходится не самому больному, а его родственнику или другому доверенному лицу, заключительным пунктом беседы становится информация о том, как врач собирается объяснить больному суть его состояния и план помощи. Не рекомендуют заключать с родственниками какие-либо договоренности о том, в какой мере они могут информировать своего больного родственника о его состоянии здоровья.

5. ТРЕВОГА И ПАНИКА

Тревога - одна из самых частых реакций на возникновение болезни и предлагаемое лечение. Считают, что тревога выполняет важную защитную функцию, предупреждая о надвигающейся опасности, предотвращая необдуманные, причиняющие вред поступки. Отсутствие тревоги проявляется беззаботностью и может стать причиной прекращения начатого лечения, несоблюдения предписанного режима, отказа от обращения за помощью. Вместе с тем и чрезмерно выраженная тревога также дезорганизует поведение, не позволяет человеку следовать предлагаемым советам и инструкциям, вызывает панику, может приводить к опасному поведению.

Чрезмерная тревога может быть проявлением:

- реакции на экстраординарную ситуацию;
- ухудшения соматического состояния;
- невроза (фобий, панических атак, истерических расстройств);
- тревожной депрессии; •деменции;
- начинающегося психоза (делирия, острого приступа шизофрении).

Вполне естественным кажется появление тревоги в самых различных *экстраординарных ситуациях*. Так, неожиданно возникшая боль, экстренная госпитализация, направление на дополнительные обследования, неожиданно выявленная беременность, преждевременное начало родов вполне закономерно будут сопровождаться тревогой. Серьезной травмой для пациентов бывает резкое ухудшение состояния или смерть кого-либо из соседей по палате. Особенно подвержены тревоге пациенты с тревожно-мнительной акцентуацией. У демонстративных и возбудимых тревожные реакции могут быть избыточно яркими, нелепыми, инфантильными. Наличие ясной причины тревоги не означает, что данные пациенты не нуждаются в какой-либо помощи и лекарственной коррекции. Суэта медицинских работников, их серьезные, сосредоточенные лица, отсутствие какой-либо информации о планируемых действиях - все это усиливает тревогу, беспокойство, уменьшает доверие пациентов к медицине. Приведем пример из практики.

Психиатра вызвали к *мужчине 72 лет*, который был госпитализирован в урологическое отделение в плановом порядке для проведения операции по поводу аденомы предстательной железы. Лечащего врача удивило поведение пациента, который высказывал неуверенность в том, что ему нужна операция, задавал слишком много вопросов. В беседе с психиатром пациент сообщил, что он никогда раньше не лечился в стационаре. За два прошедших дня он видел врача дважды только мельком. Периодически его вызывали в различные кабинеты, но результатов проведенного обследования никто ему не сообщил. Он встретил в отделении пациентов после проведенной аденомэктомии, которые пользовались приемниками для подтекающей мочи. Прошедшую ночь не спал, все время думал о необходимости операции. Нарушений памяти и интеллекта не обнаружено. Психиатр обсудил с пациентом проблемы, которые вызывает болезнь, и необходимость проведения операции, пообещал назначить снотворные и успокаивающие средства. После беседы больной высказал благодарность за внимание и сочувствие, заявил, что уверен в том, что операция нужна, пообещал проявлять выдержку и терпение.

Тревогу можно уменьшить, предоставив больному больше информации о происходящем. Очень важно продемонстрировать ему свою уверенность в правильности проводимого лечения («Вы в руках профессионалов, мы точно знаем, что следует предпринять в данной ситуации»). Желательно дать больному четкие инструкции, что именно он должен делать («Снимите рубашку и обувь, положите документы в этот ящик, ложитесь спиной на кушетку, лежите спокойно, сейчас сестра сделает укол, и боль пройдет»). В экстренных ситуациях для купирования тревоги весьма эффективны сильные транквилизаторы [диазепам, лоразепам, алпразолам, бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (феназепам) и др.]. Они действуют очень быстро, даже при приеме внутрь (лучше под язык). Принимать эти средства следует недолго (несколько дней), только пока существуют основания для беспокойства.

Тревога может быть симптомом острого приступа *соматического заболевания*. Так, известно, что приступы стенокардии, аритмии, бронхоспазма часто сопровождаются чрезвычайной тревогой, паникой, страхом смерти. Хаотичные действия больных в этом случае мешают оказывать им помощь. Важно привлечь внимание пациента громким голосом, потребовать от него точного выполнения ваших инструкций, пообещать ему быструю и эффективную помощь, подчеркнуть отсутствие непосредственной опас-

ности. Дальнейшее назначение соматотропных препаратов должно привести к улучшению самочувствия. Если после улучшения состояния тревога исчезает дополнительного приема транквилизаторов обычно не требуется.

При *неврозах* тревога может сохраняться длительное время или возникать периодически. Простые успокаивающие слова не могут улучшить состояние пациента. Часто он сам понимает необоснованность своих страхов, но ничего не может сделать, чтобы избавиться от них. Причина невроза обычно бывает неявной, механизмы психологической защиты не всегда позволяют пациенту правильно осознавать суть имеющейся проблемы. Эффективная помощь при неврозах основана на направленном и планомерном использовании психотерапии, которую лучше поручить профессиональному психотерапевту или психологу. Транквилизаторы при неврозах вызывают лишь кратковременное улучшение, их назначают только при резкой декомпенсации (приступе паники).

Депрессия очень часто сопровождается тревогой, больше она бывает выражена у пациентов пожилого возраста. Такие больные не могут усидеть на месте, вздыхают, со страхом и надеждой смотрят на всех проходящих мимо. Лечение тяжелой депрессии должен проводить психиатр, всегда необходим тщательный надзор за пациентом в связи с опасностью суицида. Следует назначить лекарственные средства с выраженным седативным эффектом (левопромазин, кветиапин, хлор-протиксен, диазепам, миансерин, миртазапин).

Многие больные с начинающейся *деменцией* (слабоумием) чувствуют тревогу и растерянность. Особенно ярко это проявляется в дебюте болезни Альцгеймера, когда у пациента еще сохраняется ощущение, что что-то происходит не так, как обычно. Нарушения памяти мешают больному узнавать окружающих людей, все кажется ему новым, незнакомым, непонятным. Он недоумевает, что собираются делать все эти неизвестные ему люди, бывает напуган, постоянно обращается с вопросами, требует, чтобы его отпустили домой (даже если он уже находится дома). Особенно усиливается чувство растерянности при помещении таких пациентов в стационар, где больной совсем не может ориентироваться, не находит туалета, своей палаты и койки. Транквилизаторы таким больным лучше не назначать, так как они вызывают слабость и нарушают координацию движений, гораздо безопаснее небольшие дозы нейролептиков (кветиапина, хлорпро-тиксена, галоперидола в каплях). Важно пояснить пациентам смысл происходящего: «Я ваш лечащий врач», «Вы сейчас в больнице», «Скоро будет обед».

Иногда суэта и тревога бывают первым проявлением начинающегося *острого психоза*. В соматическом стационаре нередко приходится наблюдать самые различные острые психозы: делирий, онейроид, острый параноид. Причиной их может быть прием лекарственных средств (противопаркинсонических, противотуберкулезных, антиаритмических или гипотензивных препаратов, стероидных гормонов, средств для снижения массы тела и др.). Часто психозы бывают следствием болезней зависимости (алкоголизма и наркоманий). Возможна также провокация эндогенного психоза (острый приступ шизофрении).

6. СИМУЛЯЦИЯ, АГГРАВАЦИЯ И ДИССИМУЛЯЦИЯ

Определение понятий «симуляция», «аггравация», «диссимуляция» и рекомендации по их диагностике были даны ранее. В настоящей главе рассмотрена тактика врача в указанных ситуациях.

Целенаправленный обман врача при симуляции и аггравации основан на желании получить конкретную выгоду (материальные льготы, освобождение от службы в армии, признание невменяемым в судебном разбирательстве). Раскрытие планов пациента ставит врача перед необходимостью сообщить свое решение о бессмысленности дальнейшего обследования, лечения, пребывания в стационаре. Фактически приходится обвинять человека в аморальном поступке, что заставляет его активно применять психологические защиты, настаивать на своей правоте, искать новые доказательства болезни. Конфликт может даже завершиться написанием жалобы, по поводу которой врач как провинившееся лицо вынужден будет давать объяснения начальству. Большинство опытных врачей считают более правильным высказать свое решение без использования прямых обвинений, так, чтобы у пациента оставался шанс сохранить самоуважение.

К примеру, можно сказать: «Мы рады вам сообщить, что, к общему удовлетворению, ваша болезнь оказалась не такой опасной, как это казалось вначале. Того краткого курса лечения, который мы уже провели, вполне достаточно для того, чтобы восстановить здоровье. Если у вас в дальнейшем возникнут какие-либо вопросы, их легко можно будет решить в процессе амбулаторной консультации». В большинстве случаев пациент, услышав такие слова, прекрасно понимает, что врач раскрыл его замысел и предлагает ему устраивающий всех выход из неприятной ситуации. Вероятнее всего, он постарается воспользоваться этим выходом, чтобы не привлекать к себе еще большее внимание. Только интеллектуально ограниченные люди могут в этом случае продолжать настаивать на своей правоте, тогда следует пригласить их в кабинет врача и в беседе один на один попытаться показать невыигрышность их позиции («Неужели вы хотите, чтобы вас поставили на учет по психическому заболеванию?», «Имейте в виду, что с таким заболеванием вы не сможете получить водительские права», «Вы не опасаетесь, что признание больным может помешать вам получить выгодную работу?»). Безусловно, в медицинских документах следует без обиняков описать сущность ситуации.

При диссимуляции отношение к пациенту несколько иное. Хотя он и является обманщиком, однако одновременно его следует оценивать и как жертву. В основе его поведения лежат беспомощность и страх, ощущение, что возникшая болезнь может существенно изменить его жизнь, помешать продолжить работу на прежнем месте, внести раздор в семейные отношения, дискредитировать его в глазах друзей, стать причиной его длительной изоляции для лечения в стационаре. Отчаянное стремление скрыть болезнь в таком случае можно рассматривать как коупинг-стратегию.

Для того чтобы помочь пациенту более эффективно преодолеть неприятную ситуацию, необходимо продемонстрировать ему свое понимание и стремление к сотрудничеству. Так, в первую очередь следует гарантировать ему сохранение тайны, затем попытаться обсудить, чем именно болезнь пугает его, пообещав учесть все страхи в своей дальнейшей тактике. Готовность идти на компромисс, искренняя забота о проблемах пациента в большинстве случаев позволяют убедить его в бессмысленности дальнейшего избегания помощи врача. Назначение транквилизаторов и седативных антидепрессантов также помогает больному избавиться от страхов и мрачных прогнозов. Спокойное размышление часто приводит таких пациентов к мысли о необоснованности их страхов («Да я и сам понимаю, что когда-то придется прекращать летную работу», «Я подумал и решил сам рассказать все жене»).

7. ВРАЧИ И ВЫСОКОПОСТАВЛЕННЫЕ ЛИЦА В КАЧЕСТВЕ ПАЦИЕНТОВ

Особая ответственность ложится на врача в том случае, когда его пациентом становится коллега. При этом сложности могут возникать и на этапе диагностики, и при проведении лечения, и во время психологической реабилитации.

На примере врача-пациента особенно четко прослеживается дезорганизирующее влияние психологической защиты на внутреннюю картину болезни. Специалист, который безошибочно устанавливает диагноз многим больным, редко может быть объективен в оценке собственного здоровья. Причем чем опаснее предполагаемое заболевание, тем труднее бывает признать его у себя самого. Показателен пример Чехова, который, будучи опытным врачом, долгое время отказывался признать свой кашель признаком опасной болезни, которая стала причиной его ранней смерти. Таким образом, уже при первом обращении следует с осторожностью относиться к диагнозам, выставленным врачом самому себе. Никак не выражая своего сомнения, необходимо указать коллеге на необходимость (якобы формальную) полного и корректного обследования, включая проведение соответствующих анализов. Выражая благодарность за советы и комментарии, необходимо относиться к ним как к субъективным взглядам обычных пациентов.

Сам факт госпитализации для врача часто становится психологически более травматичен, чем для любого другого человека, так как он свидетельствует о наличии действительно серьезной проблемы (ведь легкое расстройство врач постарается вылечить самостоятельно в амбулаторных условиях). Выслушивание рассказов соседей по палате, наблюдение за действиями коллег подчеркивает бездеятельность, выключенность из привычного круга профессиональных обязанностей. Избыток свободного времени заставляет постоянно анализировать свое состояние и возможную опасность. На память приходят эпизоды из собственного опыта, когда приходилось обманывать пациента, что заставляет подозревать коллег в неискренности. При этом лечащий врач часто ошибочно считает, что такой пациент требует меньше времени для общения («Он сам все понимает»).

Еще одним источником переживаний для врача становится осознание того, что он как человек, спасший много других жизней, заслуживает чего-то большего, чем все остальные пациенты. Нельзя не учитывать это в данной ситуации. Поскольку невозможно лечить врача лучше, чем других больных, особое отношение следует выразить хотя бы в небольших знаках внимания и поблажках. Безусловно, коллегу следует принять вне очереди, беспокоиться о том, чтобы предлагаемое ему место в палате полностью его устроило, уделить такому больному немного больше внимания, разговаривая с ним не только в палате, но и приглашая для беседы в кабинет. Заведующий отделением должен поручить ведение такого больного наиболее опытному врачу (желательно того же пола). Важно разрешить такому пациенту некоторые незначительные отступления от режима (прием посетителей в удобное для него время, разрешение прогулок, краткие отпуска домой). Такая тактика способствует повышению самоуважения, смягчает переживания, вызванные собственной беспомощностью, повышает степень удовлетворения проведенным лечением.

Похожие проблемы возникают при обслуживании высокопоставленного лица (VIP¹). Врач должен без раздражения воспринимать тот факт, что определенные уступки и знаки внимания необходимы в этом случае для того, чтобы человек был удовлетворен

оказанной ему медицинской помощью. Следует позаботиться о том, чтобы персонал отделения также проявил большую терпимость, это следует специально обсудить с медицинскими сестрами и санитарями. Приходится с пониманием относиться к тому, что родственники больного предпочитают предоставлять анамнестические данные не лечащему врачу, а заведующему отделением или главному врачу клиники. Считается необходимым постоянно информировать высшее руководство о ходе лечения данного пациента, важно организовать специальные консультации (возможно, с привлечением известных специалистов из других учреждений), даже если диагноз в целом ясен и лечение проходит успешно.