

Ю.К. АБАЕВ

ИСКУССТВО ОБЩЕНИЯ С ПАЦИЕНТОМ

Белорусский государственный медицинский университет

*Испытывая сострадание
к больному, врач лучше лечит,
а, ощущая это сострадание –
больной быстрее поправляется.*

Э. Севрус

Конфликт между врачом и пациентом – всегда психотравмирующая ситуация для обеих сторон, сказывающаяся на лечебном процессе. Исследования свидетельствуют – основными причинами конфликтных ситуаций и ведущей причиной жалоб являются дефекты общения медицинских работников с больными и их родственниками [1]. Сегодня пациент, обращаясь к медику, ожидает быстрого эффекта от лечения, высокий уровень комфорта, а главное – что его выслушают и посочувствуют. В связи с этим удовлетворенность больного медицинской помощью во многом определяется правильно налаженным контактом с врачом и доверием к нему [2].

Какого врача пациент считает хорошим? На этот счет у него есть свое мнение. И если оказывается, что доктор не соответствуем ему, он занижает оценку, разочаровывается и отказывает в доверии. Естественно, это затрудняет работу медика. Что же ожидает больной от врача кроме лечения? В первую очередь он ищет качества, которые обязательны для человека избравшего столь благородную профессию. Доброта, приветливость, сочувствие, терпимость, готовность помочь, внимательность, бескорыстие – вот черты характера, которыми, по его мнению, должен обладать врач. Все это больной может увидеть и почувствовать уже в первые минуты общения. И если он убеждается, что доктор обладает такими качествами, сразу проникается симпатией и доверием [3].

Определенное значение в процессе общения с пациентом имеет внешний вид врача. Это вроде бы не имеет отношения к профессиональным знаниям и умению лечить, однако для большинства людей медицина – область знаний особенная, имеющая отношение к здоровью, жизни и смерти, поэтому она вы-

зывает не только уважение, но и некоторый трепет. И если пациент видит, что доктор одет неряшливо, невольно заключает, что и его профессиональные знания также беспорядочны, как и внешний вид. Впрочем, не в меру щеголеватый облик, а у женщины-врача к тому же обилие косметики и украшений тоже разочаровывают больного и вызывают недоверие [4].

Однако пациент пытается угадать не только черты характера доктора, но и меру его профессиональной пригодности. Казалось бы, ему это недоступно. Адекватно оценить знания врача могут только коллеги по профессии. Какие же особенности поведения позволяют больному оценить умение доктора? Любого мастера своего дела сразу видно по спокойной, уверенной работе, без суеты и лишних движений. Неудивительно, что больные часто выделяют опытного медика и их оценка большей частью оказывается верной. Но пациент ожидает от доктора не только соответствующей внешности, особых положительных черт характера и профессиональных знаний. Для него важен еще один критерий – уровень культуры. Такой врач вежлив, учтив, деликатен, от него не услышишь резкого слова.

Важным определителем человеческих качеств доктора является пунктуальность, поскольку свидетельствует об уважении к другому человеку. Опоздания обычно говорят об административной небрежности, плохом планировании работы, пренебрежении ко времени других людей и распространенной среди медиков уверенности, будто бы пациенты думают, что врач занят более тяжелыми больными. Недоверие вызывает доктор, который прерывает осмотр, чтобы ответить на телефонный звонок.

Существенными факторами в оценке медика являются его характер и манера поведения. От врача должен исходить положительный заряд и оптимизм. Еще три века тому назад Д. Свифт дал совет: «Лучшие врачи в мире – это врач Диета, врач Спокойствие и врач Весельчак». Пациенту необходима надежда, даже если болезнь неизлечима и быстро прогрессирует. Не поддаваясь на фальшивый оптимизм, тяжелобольные рады проявлению человеческой заботы

[5]. Итак, больной хочет, чтобы и внешний вид врача, и его поведение, и манеры соответствовали образу, который он создал себе. Пренебрегать этим разумным и справедливым желанием не следует. Ведь если действительность совпадает с идеалом, возникает доверие, столь важное в лечебной работе.

Но вот начинается беседа с больным. Иногда врач не разговаривает, а выстреливает вопрос за вопросом и торопливо записывает ответы. Он думает, что так более полно и точно соберет анамнез. Ему кажется, пациент слишком многословен, лучше оборвать его монолог и сразу перейти к вопросам. Действительно такая тактика сберегает время, но она позволяет узнать только то, что врач считает нужным. Это частая ошибка. Не менее важно выяснить, чем на самом деле озабочен пациент, чего он от нас хочет. Беседа не должна превращаться в допрос. Поменьше писать, чаще глядеть больному в глаза, а главное – всем своим поведением показывать, что не только его проблема, но и сам он вам не безразличен и вы искренне хотите ему помочь [6].

Важным фактором является умение медика слушать пациента. Исследования показывают, врачи прерывают больного каждые 15–30 секунд. Это является свидетельством нетерпения, спешки или отсутствия интереса к тому, что важно для пациента. Подробные вопросы показывают готовность изучить насущные нужды больного. Доктор, повторяющий и суммирующий все сказанное пациентом – хорошо подготовленный и умеющий слушать профессионал. Пациент больше доверяет врачу, который скрупулезно изучает историю заболевания, интересуется работой больного, связанными с ней проблемами и обнаруживает искреннюю озабоченность по поводу них. Преимущество будет и у медика, который сыграет роль человека, располагающего массой времени, особенно если пациент точно знает, что доктора ожидают другие больные.

В процессе разговора не всегда решающими для постановки диагноза являются прямые вопросы, которые задают при сборе анамнеза. Важной является эмоциональная реакция больного на, казалось бы, нейтральный вопрос. Когда имеешь дело с интимной, легко ранимой сферой внутренней жизни человека

вопросы «в лоб» могут показаться грубым вторжением в душевный мир и вызвать негодование. Пациент замкнется, контакт будет потерян. Чтобы помочь больному раскрыться, важно создать атмосферу теплоты и симпатии. Если врач привык использовать тактику формального допроса, значительная часть внутренней жизни пациента останется неизвестной. В результате диагноз может оказаться неполным, а то и неверным. Есть и еще одно важное обстоятельство. Когда больной «раскрывается», он не только помогает диагностическому поиску врача. Признание благотворно действует на самого пациента. Если вдуматься, выражение «облегчить душу» удивительно точно в буквальном смысле. Иными словами, выяснение анамнеза в обстановке сочувствия и взаимного доверия является одновременно и началом лечебного процесса [7].

Следует отметить, что присутствие близкого родственника ускоряет получение важной информации и сокращает время, необходимое для сбора анамнеза. Известный американский кардиолог Б. Лаун описывал такой случай. Как-то он спросил больного о сексе и тот быстро ответил: «Секс не проблема». И каждый раз, когда он приходил на прием ответ был тот же. Однажды пациент пришел на прием с женой. На вопрос о сексе последовал обычный ответ, однако при этом жена удивленно посмотрела на него. Б. Лаун спросил пациента: «А какие знаки препинания вы ставите в своем ответе?». Пациент смутился и ответил: «Секса нет. Проблема!» [2].

Существует еще одно ценное врачебное качество. Это готовность признать свою ошибку. Умный пациент знает – медицина не является точной наукой. Ошибки неизбежны даже у самых добросовестных специалистов. Признание своих ошибок – лучший способ довести до минимума их повторение и признак первоклассного врачевания.

Как расположиться для разговора. Нарушение дистанции общения серьезно ухудшает первое впечатление. Оптимальной для интимного разговора является расстояние до 0,5 м, дружеского – до 1,5 м, делового – до 3 м, лекторского – до 7 м. Дистанция существенно влияет на передачу того, что не расска-

жешь словами: чувства жалости, сострадания и т.п. Конечно, сам текст можно усвоить и на большом расстоянии, но из невербальной информации многое ускользает. Еще опаснее для перспективы контакта расположиться ближе, чем положено. Чтобы не нарушить дистанцию общения, лучше предложить больному самому выбрать место возле уже сидящего врача. Это покажет, на каком расстоянии он предпочитает вести беседу. При этом общаться лучше не через стол, а сидя рядом.

Облегчает общение использование *техники присоединения*. Например, присоединение по дыханию. Синхронизируя дыхание с ритмом дыхания больного его легче понять и договориться. Помогает зеркальное повторение позы и выражения лица. Встреча глаз – периодически. Нельзя сверлить пациента глазами, однако при обсуждении интимных вопросов не следует отводить глаз, это приведет к потере контакта. Поза активного слушания – подбородок на руке, легкий наклон головы к собеседнику. Приемы активного слушания – умение молчать, поддакивать, ни в коем случае не оценивать, то есть вовлеченность врача при минимальном словесном участии в разговоре. Медик, задающий тон в беседе выигрывает в информации и во времени, но теряет контакт. Врач активно слушающий, выигрывает в контакте, но утрачивает ведущую роль [8].

С помощью приемов эмпатии (от греч. *empathiea* – сопереживание) можно передать свою заинтересованность. Это психологические приемы, позволяющие показать больному свое сочувствие: «Я представляю, что Вы тогда чувствовали...», «Сколько же Вам пришлось пережить...», «У Вас вид усталого человека...», «Как Вам достается...» и т.п. Но перегружать беседу подобными фразами нельзя, так как сверхсочувствие – это разновидность бесчувственности. Как задавать вопросы? В положительной или ложноположительной форме? Например: «Степан Иванович, боли в сердце у Вас нет?» Психологи рекомендуют вести опрос с применением ложноположительной формулировки вопросов. В таком случае при наличии боли в сердце больной должен возразить врачу. Психологически возразить всегда труднее. И прежде чем это сделать, чело-

веку надо хорошенько подумать. Значит, мы получим более точное описание состояния пациента [9].

Первая встреча с больным или его родственниками имеет особое значение. Беседа должна быть неторопливой. Если пациент заметил, что врач спешит, хорошего сотрудничества, складного рассказа о жизни и болезни не получится. Настойчивость в выяснении деталей жизни, болезни, динамики самочувствия всегда вызывает доверие у пациента, ощущение, что он попал в «надежные руки». Больной проникается доверием к врачу, который не делает сразу записей в ходе беседы, смотрит прямо в глаза, не осуждает медицинских работников, которые до этого «пользовали» больного.

Что касается взгляда «глаза в глаза», то им надо уметь пользоваться. С пациентами молодого и среднего возраста можно чаще встречаться взглядом, они это выдерживают. А вот люди пожилого и старческого возраста такой взгляд могут истолковать превратно, сочтут его нахальным или непочтительным. Правда, в истории медицины зафиксирован такой примечательный факт. После осмотра хирургом Р. Леришем знаменитый французский маршал Ф. Фош сказал ему: «Я хочу, чтобы эту операцию сделали Вы, потому, что Вы первый, кто говорил со мной, глядя прямо в глаза. Я Вам поверил».

В начале беседы важно разговаривать собеседника и получить максимум информации. Эффективен прием «эхо», когда врач повторяет конец фразы пациента:

- На работе случилась авария и у меня были большие неприятности.
- Были большие неприятности?

Имеются психологические приемы усиления диалога: «Продолжайте, это очень важно», «А с этого момента, пожалуйста, поподробнее», «Мне кажется, Вы сейчас чувствуете...». Надо уметь видеть симптомы напряженности в речи собеседника: появление пауз, слов-паразитов, штампов, если их не было раньше. Убыстрение темпа речи, появление иронии тоже свидетельство психологического неблагополучия в отличие от юмора, который, напротив, свидетель-

ствуется о хорошем контроле над ситуацией. Не будем говорить о сатире – часто это оружие интеллигентного агрессора. Предупреждающие сигналы – слова «просто» и «вообще»: «Сколько у Вас детей? – Вообще-то двое...» и т.д.

В процессе беседы важно выявить признаки напряженности у собеседника. Человек лучше всего «держит» лицо, а на лице – глаза. А вот нижняя челюсть лжет гораздо меньше: сжатые зубы выдают агрессию, не говоря о желваках на скулах. Еще хуже человек контролирует руки: постукивание пальцами, игра с очками или ручкой – тоже признаки напряженности. Совсем плохо человек контролирует ноги: покачивание или носки стоп, направленные к выходу – признак напряженности и желания окончить разговор.

В процессе беседы с некоторыми больными полезно использовать метод «дефицита». Сказав, например, об очереди на фиброколоноскопию, удастся быстрее доказать необходимость данного исследования. Такой подход лучше использовать для убеждения женщин. Метод выбора: описав все «за» и «против», подвести собеседника максимально близко к решению вопроса, например, об операции и... остановиться. Решение пациент примет сам. Прямые советы, как правило, вызывают сопротивление. Лучше работает косвенное внушение. Психологические клише: «Я бы на Вашем месте поступил так...», «Мое мнение, если хотите знать, такое...» [3].

Необходимо учитывать – важная информация должна исходить от человека, имеющего влияние на больного. Если контакт с пациентом формальный, лучше поискать в его окружении родственника или друга, к которому он прислушивается и через него довести необходимую информацию. Определённую помощь оказывает тест с пуговицами. Больному предлагается набор больших и маленьких пуговиц черного и белого цвета. Пуговицу «Я» нужно поставить в центре, а вокруг наподобие Солнечной системы пациент располагает свое ближайшее окружение (родственники, друзья, коллеги и др.). Анализ теста – степень близости или удаленности от пуговицы «Я» остальных участников «системы», цвет и размер. Белые приятны пациенту, черные враждебны.

Однако чтобы лечить не просто болезнь, а заболевание пациента, который находится перед вами, нужно знать не только его жалобы, но и что это за человек. Для этого врач не может ограничиться формальным набором вопросов. В простом общении мы постигаем собеседника не только на основе его ответов. Не менее важные сведения дают его умолчания, интонация речи, мимика, жесты, то есть все поведение человека – то, что называется «невербальная информация». Мы не только слушаем, мы одновременно используем и другие органы чувств. Призыв библейского пророка «Слушайте и внимайте!» – не только ораторский прием, когда второе слово усиливает или поясняет первое. Это точное обозначение двух разных способов познания. Надо не только слышать, что отвечает нам больной, но и внимать, то есть воспринимать нашего собеседника всеми органами чувств [10]. Немало информации могут передать темп речи, предпочтение цвета в одежде, косметика и др.

Оценивая невербальные признаки нужно помнить – все они имеют значение лишь в контексте данного разговора. Жест не имеет смысловой нагрузки, если он существовал до беседы. Рассогласованность речи и жестов является серьезным предупреждением – верить следует больше невербальной информации. Правильное понимание позиции пациента, выраженной на языке бессловесного общения, подскажет, как изменить тактику, чтобы достичь желаемого результата. Группа жестов, свидетельствующих о сомнениях собеседника: потирание рук, переносицы, подбородка, покусывание дужки очков. Их появление сигнализирует о том, что прерывать беседу в этот момент нельзя. Вы еще не убедили пациента в своей правоте, либо он думает, что вы говорите неправду. Необходимо дать время подумать, а затем привести более убедительные аргументы. Жест «палец вдоль щеки» выражает скепсис. В ответ на него следует изменить тактику беседы. Жест «закрытый рукой рот» – показывает, что в разговоре нащупана горячая точка, о которой собеседник пока говорить не намерен. Какие невербальные знаки предупредят о том, что собеседник занял оборонительную позицию? Это жесты защиты: руки, скрещенные на груди сцеп-

ленные, спрятанные за спину или в карманы, удаление с одежды воображаемой пылинки. Жесты агрессии: руки на поясе или на бедрах, указующий перст, сжатые кулаки.

Стоит сказать о жестах, показывающих, что внимание собеседника исчерпано, информация больше не воспринимается и разговор пора заканчивать. Во-первых, это взгляд на часы. Кстати, в кабинете у врача они должны быть расположены так, чтобы в любую минуту можно было узнать время, не оскорбляя собеседника взглядом на часы. Это грубый жест – «пора заканчивать». Во-вторых, ерзание на стуле, комплекс «оживление взора: на вас – на дверь». В-третьих, переключивание бумаг на столе.

Через прикосновение к пациенту легче проникнуть в суть проблемы. Первая встреча с врачом, как правило, бывает безликой. Отношения коренным образом меняются после физического осмотра больного. Напряженность в общении переходит в непринужденную беседу. Вопросы воспринимаются без обиды. То, что пациент скрывал, выясняется без особого труда. Чужой становится своим в течение нескольких минут и говорит об интимных вещах, о которых можно поведать только близкому другу [11].

Первым прикосновением врача к пациенту должно быть рукопожатие – радушное приветствие, жест гостеприимства, сигнал готовности принять больного как своего ближнего. Для врача в этом ритуале кроется целый кладезь информации о характере и психологическом состоянии пациента: протянута ли рука с пылом или с робостью, не дрожит ли она? Или человек сдержанно, как бы нехотя отвечает на рукопожатие? Твердая рука человека, который держит все под контролем, совсем не то, что скользкая ладонь смущенного и обеспокоенного пациента, едва касающаяся пальцев врача. Человек, избравший позицию превосходства, подает руку ладонью вниз, тогда как в позиции подчиненного здороваются ладонью вверх. Рукопожатие равных – параллельными, вертикально расположенными ладонями. Разоружить здоровающегося с вами «агрессора»

не сложно: надо встретить его руку обеими руками. Это жест готовности к контакту, кстати, точно также как раскрытые руки, расстегнутый пиджак.

Еще один важный вопрос: как сообщить пациенту плохую новость о его болезни? Мы откладываем это до последнего момента, стараемся не оставаться с больным наедине, игнорируем его намеки. Почему, по образному выражению наших западных коллег мы ведем себя как рабочие кладбища – скорбно, мрачно, закрыто? Мы слишком профессиональны – термины, назначения все кроме эмоционального ответа. Мы боимся, что нас обвинят, боимся реакции больного, что не сможем ответить на все его вопросы, боимся, наконец, сами проявить свои эмоции и расстроится.

В странах Запада считают, честность – лучшая стратегия. У нас нет единого взгляда на эту проблему до сих пор. По-видимому, задача врача – выяснить ту дозу правды, которую пациент хочет услышать. Как получить представление об этом? Один из путей – «расскажите о своей жизни». Естественно, без умения разговаривать больного нечего и думать о том, чтобы сообщить ему плохие новости. Эмоциональность врача здесь только полезна. Говорить лучше не наедине, а в присутствии нескольких людей. Желательно, если неприятное известие сообщит близкий человек. Еще лучше – сказать, минуя слова. Страшно оказаться в одиночестве перед страхом смерти поэтому, чем больше людей будет рядом (родственники, друзья, медики) тем лучше. Никогда не стоит прогнозировать, сколько осталось жить, это отнимает надежду у больного и у врача. Полезно иметь в виду, что лучше усваивается конец беседы, хуже – начало, и совсем плохо – середина. Вот и подумаем, куда поставить неприятное сообщение, чтобы оно не привело к спору или конфликту [12].

Без споров не обойтись ни в жизни, ни в медицине. В спорах мы становимся умнее, логичнее. Знание, преподнесенное в беседе – лишь информация к размышлению. Знание, полученное в споре, становится убеждением. Спор – это борьба и побеждает тот, кто лучше вооружен. Необходимо различать два вида спора: конструктивный – в нем совершается поиск истины и конфликтный –

истина не важна, необходима победа любой ценой. В конструктивный спор вступать можно и нужно, спора конфликтного следует избегать. Признаки конфликтного спора: нежелание слушать – монолог, а не диалог; небезопасность спорящих – эмоциональная агрессия, демонстрация своей значительности, предубежденность.

Как поступать, будучи втянутым в конфликтный спор? Во-первых, дать противнику возможность полностью изложить свою точку зрения. Первым высказывается, как правило, тот, кто больше «заряжен». Спокойствие – мощная сила в конфликте. Пока собеседник говорит, есть время собраться с мыслями, успокоить дыхание и т.п. Во-вторых, попытаться локализовать спор, не игнорируя доводы противоположной стороны. Возможно, спорщик увидел что-то важное с этим нужно согласиться. Психологическое клише: не «неужели Вы даже этого не знаете», а «как Вы конечно, знаете». Попытаться навести мосты: «Не исключено, я в чем-то ошибаюсь, давайте разберемся вместе». Показателем хорошей самооценки является следующая фраза: «Меня задело то-то..., а Вас? Давайте попробуем больше этого не делать». Выгодно на какое-то время отвести пациенту доминирующую роль. Одна из техник в подобной ситуации – «замаскированная похвала»: «Не знаю, как и поступить, посоветуйте, пожалуйста». Помогает метод пересаживания, особенно если собеседник находится в оборонительной позе. При этом самому не следует обнаруживать невербальных оборонительных знаков. Собственный переход в позу активного слушания или другие жесты открытости в такой ситуации стоят усилий, но эффект от них очевиден.

Если позитивных тенденций недостаточно, можно использовать психологическое клише: «Как Вы думаете, что будет, если мы не договоримся?» или приемы корректного отбоя: «Ваша точка зрения, безусловно, интересна, но...», «Вы, конечно, можете со мной не согласиться, но я совершенно уверен в том, что...». Врач должен без напряжения уметь пользоваться следующими фразами: «Когда со мной говорят в таком тоне, я прекращаю разговор», «Подумайте,

в какое положение Вы меня ставите», «Я хотел бы сменить тему разговора», «Поговорим позже, когда у Вас настроение будет лучше».

Данные приемы позволяют вести спор без больших психологических потерь. Главное в конфликтном споре – узнать мотивы собеседника, для чего он затеял полемику. Если это стремление к превосходству, не стоит обвинять себя в несостоятельности по сути спора. Опытный врач всегда анализирует конфликтные ситуации, иногда даже с излишней рефлексией и самообвинениями. После разговора полезно спросить себя: «Что хорошего я сделал, чего удалось добиться, что сделал бы по-другому». Умение говорить с пациентом отличает, по словам известного клинициста Б.Е. Вотчала, хорошего врача от врача эрудированного [6].

Болезнь всегда содержит выраженный психологический компонент. Чтобы воздействовать на больного необходимо проникнуть в его душевный мир. Этому способствуют приветливость и сочувствие, неподдельный интерес к деталям заболевания и обстоятельствам жизни, уверенное выполнение диагностических манипуляций. Такое поведение врача глубоко впечатляет пациента, вызывая у него чувство благодарности. Это позитивное психологическое воздействие происходит даже без использования специальных психотерапевтических методик. Больной уже подготовлен и даже простые слова, что все обойдется, что можно помочь, и опасности нет, будут восприняты с доверием и радостью. В такой атмосфере все дальнейшие высказывания доктора окажутся плодотворными.

Успокоить и ободрить пациента, вдохнуть в него надежду, укрепить волю, заставить активно бороться с недугом – все это не менее важно, чем лечебные процедуры, таблетки и инъекции. Это и есть психотерапия. Вот почему хороший врач всегда оказывает мощное благотворное психотерапевтическое воздействие, даже если просто беседует с больным. Пациент хочет найти медика, для которого он не являлся бы безликим больным и которому мог бы рассказать о своих проблемах. И главное, он хочет найти врача, чья забота о нем вы-

звана желанием выполнить свой долг и оправдать ни с чем несравнимую честь своей профессии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шпаковская Е. В. //Онкологический журнал. – 2009. – Т. 3, № 4. – С. 90–93.
2. Лаун Б. Дети Гиппократы XXI века: дела сердечные. /Пер. с англ. – М., 2010.
3. Магазаник Н. А. Психология врачевания. – М., 2007.
4. Шпаковская Е.В. // Онкологический журнал. – 2009. – Т. 3, № 1. – С. 78–83.
5. Харди И. Врач, сестра, больной: психология работы с больными. – Будапешт, 1972.
6. Решетова Т. В. // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. – 2000. – № 4. – С. 48–51.
7. Деонтология в медицине. В 2 т. /Под ред. Б.В. Петровского. – М., 1988.
8. Кондурцев В. А. // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. – 2007. – № 2. – С. 37–44.
9. Кондурцев В. А. // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. – 2007. – № 3. – С. 16–28.
10. Гусаренко В. В., Тяжельников Ю.А. // Сибирское медицинское обозрение. – 2009. – № 1. – С. 106–107.
11. Тюльпин Ю. Г. Медицинская психология. – М., 2004.
12. Лили Ч. //Психологическая наука и образование. – 2003. – № 1. – С. 28–35.

Резюме

ИСКУССТВО ОБЩЕНИЯ С БОЛЬНЫМ

Ю.К. Абаев

Рассмотрены практические приемы общения врача с пациентом. Отмечена значимость коммуникативной компетенции в профессиональной деятельности врача.

Ключевые слова: врач, пациент, общение.