

В.А. Чулкова, Е.В. Пестерева

КОММУНИКАТИВНЫЕ НАВЫКИ В РАБОТЕ ВРАЧА-ОНКОЛОГА

ФБГУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России,
ФБГУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий» Минздрава России,
Санкт-Петербург

Врачу-онкологу в процессе профессиональной деятельности приходится взаимодействовать с пациентом, который испытывает сильнейшее психо-эмоциональное напряжение, сопровождающееся мучительными переживаниями и страданиями. Успешная коммуникация врача и больного влияет на отношение пациента к лечению. Онкологу необходимо владеть профессиональными коммуникативными навыками, которых позволят ему более эффективно взаимодействовать с больными. Среди коммуникативных навыков авторы рассматривают следующие: присутствие, эмпатию, разделение чувств, активное слушание, обозначение временных и пространственных границ.

Ключевые слова: общение врача с больным, онкологический пациент, коммуникативные навыки, осознание профессионального взаимодействия.

В настоящее время является признанным представлением о том, что профессия врача включает в себя коммуникативную деятельность. Использование врачом профессиональных коммуникативных навыков влияет на удовлетворенность пациентов качеством оказания им медицинской помощи: больные лучше осознают имеющиеся у них проблемы, понимают необходимость и смысл диагностических и лечебных мероприятий, в результате чего они в большей мере привержены терапии и принимают более осознанное и активное участие в лечении заболевания [4]. Владение профессиональными коммуникативными навыками повышает качество жизни и самого врача: увеличивает его стрессоустойчивость и профессиональное самоуважение, что является профилактикой эмоционального выгорания и способствует успешной профессиональной реализации [3]. Отсутствие у врача профессиональных коммуникативных навыков может проявляться в компенсаторном поведении в виде отрицания необходимости психологически грамотного общения с пациентами, тенденции к пассивному игнорированию социально-психологических потребностей больных, а так-

же в стремлении реализовать собственные авторитарные установки.

Таким образом, врачу необходимо владеть определенными профессиональными навыками, среди которых можно выделить, прежде всего, следующие: присутствие, эмпатию, разделение чувств, активное слушание, обозначение временных и пространственных границ [1].

Присутствие. Пожалуй, никто не будет отрицать, что для того, чтобы взаимодействовать с пациентом, необходим контакт с ним. Важнейшим условием контакта является присутствие, которое включает не только физическое присутствие (рядом, в одном помещении), но и психологическое — которое подразумевает включенность в ситуацию пациента в настоящий момент. Нередко можно наблюдать, как врач, предлагая больному рассказать о заболевании, его симптомах и самочувствии, как бы слушает пациента и одновременно может заполнять медицинскую карту предыдущего больного, что не способствует его контакту с больным. Данный пример иллюстрирует психологическое отсутствие (неприсутствие) врача в ситуации взаимодействия с пациентом, хотя физически он находится рядом с ним. Как правило, врачи для себя и для других объясняют такое поведение недостатком времени, выделяемым на конкретного пациента. И это — правда. Но с другой стороны, в ситуациях лимита времени качество общения имеет еще большее значение: в то время, которое врач уделяет больному, он должен быть психологически полностью сосредоточен на конкретном пациенте, не отвлекаясь ни на какие внешние (звонки, обращение коллег по другим вопросам и др.) и внутренние (мысли о незавершенных личных проблемах) факторы.

Эмпатия. Профессиональная деятельность врача осуществляется в процессе его взаимодействия с пациентом. В этой связи перед врачом стоит психологическая задача: выстроить взаимоотношения с больным, который испытывает сильнейшее психо-эмоциональное напряжение, сопровождающееся мучительными переживаниями и страданиями. Врачу необходимо стремиться к психологическому пониманию

больного. Это становится возможным при наличии у него эмпатии (от греч. *empathia* — сопереживание). Эмпатию можно определить как способность «поставить себя на место другого человека». Считается, что каждый человек в той или иной мере обладает эмпатией, даже если она очень слабо выражена. Также установлено, что эмпатическая способность человека в течение его жизни может развиваться. В отличие от симпатии и антипатии, которые являются оценочными суждениями по отношению к другому человеку (нравится — не нравится), эмпатия — это безоценочное суждение: врач видит, понимает эмоции и реакции больного в ситуации заболевания, но не оценивает, хороши они или плохи, нравятся ему или нет. Эмпатия позволяет врачу не только лучше понять больного человека, его мысли, чувства, желания, но и показать ему то, что врач его понимает и сочувствует ему. Эмпатия позволяет врачу видеть и понимать не только внешне проявляемое поведение пациента, но и его внутреннее состояние, которое явно не проявляется. Существует два вида внешнего поведения человека: невербальное и вербальное:

Невербальное поведение включает в себя позу, жесты, мимику, взгляд, кивки головы и т.д., то есть «язык» тела. Необходимо учитывать, что невербальное поведение менее осознаваемо, поэтому оно более правдиво: 70% информации о состоянии человека мы извлекаем из его невербального поведения. Так, врач, в процессе беседы, наблюдая за пациентом, может получить информацию о его состоянии. Следует подчеркнуть, что взаимодействие всегда двустороннее: больной также может «считывать» информацию по невербальным реакциям врача. Отведенный в сторону взгляд, мрачные интонации в голосе, которые могут быть обусловлены усталостью, последствием разговора с другим пациентом, личными проблемами врача, могут нарушить контакт с больным. Онкологические больные очень чутки к невербальному поведению врача: грустный взгляд, удивленные глаза при осмотре пациента или выразительный взгляд в сторону коллег или родственников — все это воспринимается нередко больными как «приговор».

Вербальное поведение подразумевает словесное общение: вопросы, ответы, то есть разговор, беседа, в которых могут использоваться навыки активного слушания.

Внешнее поведение — это то, что можно наблюдать. Однако внешнее поведение не всегда соответствует внутреннему состоянию человека, его чувствам, мыслям, намерениям. Например, больной может не выразить словами свои страхи и тревоги по поводу того, что увидел, на-

блюдая за поведением врача, но он проинтерпретировал (внутри себя) увиденное как устрашающую для себя информацию. При этом, естественно, его страх и тревога увеличились. Не все вопросы, которые задает больной, следует воспринимать врачу однозначно, иногда пациент их «кодирует». Так, задавая вопрос: «Сколько мне осталось жить?» — больной ожидает услышать не конкретные сроки своей жизни, а то, что он имеет шансы выздороветь. Иногда можно услышать: «Спасибо, у меня все нормально». При этом можно увидеть, как глаза больного «говорят»: «Я все знаю, у меня нет шансов поправиться, я устал, мне ничего не хочется». При этом больной остается один на один со своими мучительными переживаниями. Врачу важно слышать, что стоит за невербальными и вербальными сообщениями больного. Именно наличие эмпатии у врача позволяет ему находить те слова, те жесты, те действия, которые необходимы в определенной ситуации лечебного процесса, и строить адекватные отношения с пациентом.

Разделение чувств. Врач-онколог находится в одной ситуации с пациентом, которая наполнена сверхсильными переживаниями больного, и он непроизвольно вовлекается в эти переживания. Эмпатически понимая чувства пациента и выражая ему сочувствие, врачу также необходимо осознавать свои чувства и переживания, возникающие в процессе взаимодействия с пациентом, особенно, если это онкологический больной. Врачу важно не только осознавать свои чувства, но и уметь их конструктивно выражать. Нередко возникает ситуация, когда врач в разговоре с больным, испытывая эмоциональное напряжение, вызванное различными внешними и внутренними причинами, не может сдерживать это напряжение и выражает его неконструктивно. Например, повышает голос на больного, резко прекращает разговор или показывает неуместность чувств, мыслей и вопросов больного и т.п. После этого, как правило, у врача возникает, не всегда осознаваемое, чувство вины, которое он пытается рационализировать (объяснить свою несдержанность приемлемым для себя образом): «Врач ведь тоже человек». Конечно же, врач как человек имеет самые разнообразные чувства, и они сопровождают его профессиональную деятельность. Проблема состоит не в том, что врач не имеет право иметь чувства, а в том, что он должен уметь их конструктивно выражать при взаимодействии с больным.

Общаясь с онкологическим больным, врачу важно уметь отделять свои чувства от чувств пациента. Так, чувство, которое врач осознает в себе (например, чувство вины) — это его соб-

ственное чувство или это переживание чувства вины больным? Конечно, процесс разделения чувств непростой и необходимо иметь определенные навыки и опыт.

Разделению чувств предшествует их осознание и понимание. Осознание чувств напрямую связано со способностью человека к рефлексии (от лат. reflexio — обращение назад, отражение). Следует отметить, что у людей по-разному представлена способность к рефлексии. Есть люди, склонные проживать жизнь рефлексивно, осознавая свои мысли, чувства и соприкасаясь с душевной болью, которая сопровождает человеческую жизнь. Другая категория людей имеет сильную бессознательную психологическую защиту, предохраняющую их от осознания психотравмирующих обстоятельств жизни и связанных с ними душевных страданий.

Осознание и понимание врачом своего бытия, своих переживаний и своих чувств позволяет ему не идентифицироваться с чувствами пациента, а разделять свои чувства и чувства пациента, что является условием эффективной психологической поддержки больного.

Активное слушание. Активное слушание заключается в оказании пациенту поддержки в разговоре для того, чтобы активировать его речь, помочь ему выразить и осознать свои чувства, признать их естественность и нормальность в ситуации заболевания. Активное слушание является инструментом, который позволяет врачу вести беседу с пациентом в необходимом как для него, так и для больного направлении, в результате чего она становится более конструктивной и быстрее достигается цель беседы, а время, затраченное на нее, сокращается. В процессе активного слушания проявляется эмпатия врача. Активное слушание состоит в умении врача кратко суммировать (перефразировать) сказанное пациентом, уточнить правильность своего понимания сути происходящего с больным. При этом врач задает больному вопросы не только закрытые, требующие ответа «да» или «нет», но и открытые, которые позволяют пациенту говорить о существующих страхах и тревогах.

В настоящее время навыки и техники активного слушания широко применяются во многих областях профессиональной деятельности, в которых происходит взаимодействие между людьми.

Пространственные и временные границы. Осмотр врачом больного и беседа с ним всегда происходит в каком-то помещении, поэтому врачу важно учитывать соответствие выбранного места целям беседы. Необходимо учитывать соблюдение интимности: не все разговоры с врачом больной хочет вести в присутствии других людей, даже близких ему, особенно это касает-

ся онкологических пациентов. В свою очередь, обозначенное пространство для взаимодействия с больным позволяет врачу быть более включенным в это взаимодействие. Пренебрежение врачом выбора места для беседы нередко приводит к ненормированным и неформальным разговорам с больным, вследствие которых врач может стать объектом манипуляции со стороны больного. Практикующие врачи жалуются на нехватку времени для бесед с больным. За этим может стоять опасение врача быть втянутым в длительный, неструктурированный разговор с больным, что часто и бывает. При этом врач испытывает естественное раздражение, так как у него нарушается распорядок рабочего дня: в данный момент у него нет времени, и он не готов беседовать на волнующую больного тему. Обозначение временных границ взаимодействия с пациентом может помочь врачу справиться с этой проблемой. Здесь уместна реальная оценка и озвучивание врачом своих временных возможностей: «У меня есть сейчас 5 минут. Вас устроит это время?». И порой сам больной отказывается обсуждать то, что его волнует, в быстром темпе. Больной понимает, что беспокоящий его вопрос невозможно обсудить в течение короткого времени, кроме того, он начинает осознавать, что врач, отказываясь от обсуждения волнующего пациента вопроса наскоро, проявляет к нему и его проблеме уважение. Дальнейшим шагом в этом диалоге будет договоренность об удобном для того и для другого времени беседы.

Еще одной распространенной проблемой, встречающейся во взаимодействии врача с пациентом, является трудность завершения разговора с больным, даже если он происходит в отведенное для этого время. При этом у врача может возрастать напряжение и, как следствие, раздражение, на фоне которого включенность его в ситуацию больного снижается. В данном случае врач сталкивается с проблемой неумения отказать другому человеку, особенно если это тяжело больной человек, и сказать ему «нет». В основе трудностей врача лежат некоторые его психологические проблемы. Это может свидетельствовать о личностной неуверенности врача. Подчеркиваем, что речь идет не о его профессиональной неуверенности, а именно о личностной, которая проявляется в профессиональном взаимодействии. Это, может быть, также связано с проблемой установления своих личных границ. Человек сам определяет, до какой степени другой может внедряться в его личное пространство, не нарушая при этом его личных границ, в том числе временных. Эти процессы, как правило, человеком не осознаются, но болезненно переживаются в виде ощущений, что его «используют».

В настоящее время актуален феномен поведения человека в обществе, называемый ассертивностью (англ. assertiveness), которая определяется как «способность человека уверенно и с достоинством отстаивать свои права, не попирая при этом прав других» [2]. На наш взгляд, развитие врачом своей ассертивности, проявляемой в поведении, позволяет ему более успешно взаимодействовать с другими людьми, в том числе с больными, и сохранять собственное душевное здоровье.

Таким образом, коммуникативные навыки являются неотъемлемой частью врачебной деятельности. При этом врачу-онкологу недостаточно знать о необходимости использования коммуникативных навыков, а также быть информированным о том, какие это навыки и как они применяются. Это то же самое, как и невозможно стать хирургом, изучая только книги по хирургии. С другой стороны, недостаточное осмысление врачом своей профессиональной деятельности и непонимание им смысла профессионального взаимодействия нередко влечет формальное применение врачом психологических приемов и техник коммуникации, что извращает само понятие о профессиональном психологическом взаимодействии. Необходимо подчеркнуть, что профессиональные коммуникативные навыки формируются в процессе психологических тренингов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мастерство психологического консультирования / под редакцией А.А. Бадхена, А.М. Родиной // СПб.: Речь. — 2007. — 240 с.
2. Мещеряков Б.Г., Зинченко В.П. Большой психологический словарь // СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК. — 2009. — 816 с.
3. Чулкова В.А., Комяков И.П., Карелов А.Е., Демин Е.В., Донских Р.В. Эмоциональное выгорание врачей-онкологов и медицинских сестер онкологической клиники. Учебное пособие // СПб.: Изд-во ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова. — 2012. — 30 с.
4. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Врач и медицинский психолог: взаимодополняющие подходы при оказании психологической помощи онкологическому пациенту // Вопр. онкол. — 2014. — Т. 60. — № 2. — С. 94-98.

Поступила в редакцию 24.07.2014 г.

V.A. Chulkova, E.V. Pestereva

Communication skills in oncologist's work

N.N. Petrov Research Institute of Oncology
Russian Research Center of Radiology and Surgical
Technologies
St. Petersburg

During the process of own professional activities any oncologist has to interact with a patient who experiences severe psycho-emotional stress, accompanied by painful sufferings. Successful communication between a doctor and a patient influences on patient's attitude to treatment. An oncologist should be able to possess professional communication skills, which allow interacting more effectively with patients. Among communication skills the authors consider the following items: presence, empathy, sharing of feelings, active listening, marking the temporal and spatial boundaries.

Key words: communication between a doctor and a patient, cancer patient, communication skills, awareness of professional interaction