

<https://doi.org/10.17116/endoskop20182405145>

Как сообщать плохие новости максимально эффективно? Протокол SPIKES для сообщения «плохих новостей»

М.А. КОТОВ^{1*}, В.В. ГУШИН²

¹ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия; ²Отделение хирургической онкологии клиники Мерси, Балтимор, США

В этой статье читатель найдет пошаговые рекомендации по сообщению «плохих новостей». Тема профессионального общения представляется относительно новой для российской хирургической аудитории, и перечисленная последовательность шагов в общении с пациентом в первой части статьи может показаться не применимой в повседневной практике, декларативной и назидательной. Поэтому для иллюстрации этих рекомендаций авторы предлагают во второй части игровой пример из «личного опыта тяжелого разговора» после эксплораторной лапаротомии по поводу распространенного неоперабельного опухолевого процесса с признаками карциноматоза брюшины. Стиль этой публикации необычен для статьи в научном журнале. С учетом того, что тяжелые разговоры эмоционально обременительны для хирургов, мы решили сохранить стиль дневника, который лучше передаст происходившее в реальной жизни: семантика научного журнала при изложении могла бы выхолостить знакомые каждому хирургу переживания, не передав сути. Вторая часть подвергнута психологическому разбору и снабжена комментариями автора.

Ключевые слова: протокол SPIKES, смертельный диагноз, профессиональный разговор, медицинская этика.

How would you deliver bad news most professionally? SPIKES protocol for breaking bad news disclosure

М.А. КОТОВ^{1*}, V.V. GUSHCHIN²

¹N.N. Petrov National Medical Oncology Research Center, Ministry of Health of Russia, Saint-Petersburg, Russia; ²The Institute for Cancer Care at Mercy, Surgical Oncology, Baltimore, the USA

The reader will find in this article step-by-step instructions for «bad news» disclosure. The professional communication is a relatively new topic for Russian surgical community, to promote some kind of «steps sequence» road map might seem fiddly, declarative and homiletic for the community. That is why the authors endeavor to illustrate their recommendations by a psychological game based on a «personal experience of a hard talk»: a talk after an exploratory laparotomy for inoperable generalized cancer, peritoneum canceromatosis. The style of this paper is quite unusual for a scientific magazine paper. If you take into consideration that bad news hard talks are emotional and do burden down the stand up surgeon, we made the «psychological» part of the article look like a diary with comments. We expect that this way we would be better expressed emotionally the real life, opposite to the emasculating semantics of a scientific article without emotional experience own true to any surgeon. We were afraid to be not felt and misunderstood. The second part of the article has sustained psychological analysis and is provided with author comments.

Keywords: SPIKES protocol, breaking bad news, professional communication, medical ethics.

Сообщение пациенту нежелательной информации является сложной коммуникативной задачей для врача. В англоязычной медицинской литературе такую нежелательную информацию называют «плохими новостями». В 1984 г. R. Buckman [1] опубликовал в Британском медицинском журнале статью, в которой дал следующее определение понятия «плохие новости» применительно к медицине: «Плохие новости — это любая информация, которая может кардинально изменить взгляд пациента на свое будущее». В своей обзорной статье, посвященной проблеме сообщения пациентам нежелательной информации, J. Ptacek и T. Eberhardt [2] предложили интерпре-

тировать термин «плохие новости» как «информацию, которая приводит к когнитивному, эмоциональному и поведенческому дефициту у человека, которому данная информация адресована».

По данным исследований, процесс сообщения «плохих новостей» является сложным как для пациента, которому адресована информация, так и для врача, который является проводником этой информации. Тем не менее 86,8% пациентов с онкологическим заболеванием желают знать всю информацию о диагнозе, прогнозе и вариантах лечения [3], но врачи сообщают «плохие новости» пациенту в полном объеме только в 43% случаев [4]. Причиной этому,

как правило, являются чувство страха и неудачи, недостаток знаний, затруднения при объяснении пациенту научных сведений доступным ему языком, страх перед эмоциями пациента и недостаток времени на беседу с пациентом [5].

Для того чтобы врачам стало легче сообщать пациенту «плохие новости», были разработаны специальные протоколы [1, 2, 6, 7]. Они представляют собой линейный алгоритм, выполнение которого шаг за шагом позволяет врачу выполнить четыре основные задачи при сообщении «плохих новостей». Самым известным является протокол SPIKES, разработанный W. Baile и соавт. [7] в MD Anderson Cancer Center, состоящий из шести последовательных шагов.

Процесс сообщения неблагоприятной медицинской информации онкологическому пациенту можно сравнить с другой медицинской процедурой, которая требует выполнения поэтапного плана. В медицинских протоколах, например сердечно-легочной реанимации или ведения диабетического кетоацидоза, каждый шаг должен быть выполнен, и успех мероприятий зависит от успешного выполнения каждого предыдущего шага [8, 9].

Цель беседы о плохих новостях. Процесс сообщения плохих новостей можно представить как попытку достижения **четырёх целей**.

Первая цель — сбор информации от пациента. Это позволит врачу определить знания пациента, его ожидания и готовность к восприятию плохих новостей.

Вторая цель — дать пациенту информацию в соответствии с его нуждами и переживаниями.

Третья цель — поддержать пациента, используя навыки для снижения эмоционального воздействия и сознания изоляции у получателя плохих новостей.

Четвертая, конечная цель — разработать план лечения при участии пациента.

Достижение этих целей осуществляется последовательным выполнением шести шагов, каждый из которых связан с конкретным навыком. Не всегда при сообщении плохих новостей необходимо выполнение всех шагов, но при их выполнении необходимо строго соблюдать последовательность.

6 шагов протокола SPIKES

Шаг 1: S — SETTING UP the interview (настройте беседу). Ментальная репетиция является полезным способом подготовки к стрессовой ситуации. Это может быть достигнуто путем составления плана будущей беседы с пациентом, а именно вы должны знать, каким образом вы будете реагировать на эмоциональное состояние пациента и его трудные вопросы. Как вестник плохих новостей вы должны подготовиться к негативным эмоциям, отчаянию и ответственности за них. Полезно напомнить, что сообщение плохих новостей может расстроить пациента, но в то же вре-

мя данная информация будет очень важна для планирования его будущего.

Несколько полезных рекомендаций.

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. Большинство пациентов желают, чтобы в разговоре участвовал кто-то еще, однако этот выбор должен сделать 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 будет говорить о том, что вы, разговаривая, не станете спешить. Когда вы сидите, между вами и пациентом не должно быть барьеров (например, стола). Если вы только что обследовали пациента, то перед началом разговора предложите ему одеться.

Наладьте связь с пациентом. Поддержание зрительного контакта может быть некомфортно, однако это важный способ создания взаимопонимания между вами. Прикоснитесь к руке пациента, держите его за руку (если, конечно, ему это комфортно) либо используйте другие методы для достижения взаимопонимания.

Управляйте временем и отвлекающими факторами. Сообщите пациенту о том, что у вас ограничено время и что вас могут отвлечь от разговора. Отключите на время разговора свой мобильный телефон и попросите коллег не беспокоить вас.

Шаг 2: Assessing the Patient's PERCEPTION (оценка восприятия пациента). Шаги 2 и 3 протокола SPIKES являются важными моментами в беседе, где вы действуете по правилу «**прежде чем сказать — спроси**». То есть прежде чем обсуждать медицинскую тему, врач при помощи открытых вопросов получает точную картину того, как пациент воспринимает ситуацию — что он понял и насколько важно это для него. Например: «Что Вы расскажете о своей болезни до этого момента?» или: «Как вы думаете, почему мы выполнили Вам МРТ?». Основываясь на полученной информации, вы сможете скорректировать имеющиеся у пациента заблуждения и сообщить плохие новости с учетом того, чего пациент пока не понимает. Это также поможет выполнить важную задачу — определить, есть ли у пациента какая-нибудь форма отрицания болезни: выдавать желаемое за действительное; пропускать существенные, но неприятные детали относительно своей болезни; преувеличивать ожидания от лечения.

Шаг 3: I — Obtaining Patient's INVITATION (получение приглашения пациента). В то время как большинство пациентов желают получить полную информацию о своем диагнозе, прогнозе и деталях своей болезни, некоторые пациенты не хотят видеть исчер-

пывающую картину. Когда врач видит, что пациент желает получить полную информацию о своей болезни, это способствует снижению волнения при сообщении плохих новостей. Однако избегание информации является действенным механизмом психологической защиты и проявляется более вероятно при тяжелом течении заболевания. Обсуждая в беседе ту информацию, которую врач сообщил пациенту, врач может одновременно планировать дальнейший ход беседы. Вот примеры вопросов, которые врач может задать пациенту: «Как бы Вы хотели, чтобы я сообщил Вам о результатах исследований?» или: «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 задать вам любые интересующие его вопросы, которые у него появятся, или поговорить с родственниками и друзьями.

Шаг 4: К — Giving KNOWLEDGE and Information to the Patient (дайте информацию пациенту)

Предупреждение пациента о том, что вы собираетесь сообщить ему плохие новости, может уменьшить шок от них и способствовать более легкому пониманию предъявленной вами информации. Пример фраз, которые можно использовать для этих целей: «К сожалению, у меня для Вас плохие новости», «Я сожалею о том, что должен Вам сообщить...».

Во-первых, начинайте разговор на уровне понимания и словарного запаса пациента. Во-вторых, используйте общедоступные слова вместо специальных терминов: «распространение» вместо «метастазирование» или «кусочек ткани» вместо «биоптат». В-третьих, не используйте чрезмерное упрощение («У вас очень плохой рак, и если вы не получите немедленного лечения, то умрете»), так как это отстранит пациента, он будет зол на вас и будет склонен обвинять вас как посланника плохих новостей. В-четвертых, сообщайте информацию небольшими частями и периодически проверяйте, понимает ли вас пациент. В-пятых, если прогноз у пациента плохой, при общении избегайте таких фраз как «Мы больше ничего 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.

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 до неверия, плача, отрицания или гнева. Когда пациенты узнают плохие новости, их эмоциональные реакции проявляются как шок, сознание своей изоляции, горе. В этой ситуации врач

может поддержать пациента, быть солидарным с ним при помощи эмпатии (сочувствия).

Проявляя эмпатию, придерживайтесь четырех правил.

Во-первых, смотрите на любые эмоции со стороны пациента. Это могут быть слезы, печальный взгляд, молчание или шок.

Во-вторых, определите эмоции, которые испытывает пациент. Используйте открытые вопросы для того, чтобы узнать, что пациент думает и чувствует.

В-третьих, определите причину этих эмоций. Обычно они связаны с плохими новостями. Но если вы не уверены в этом, снова спросите об этом пациента.

В-четвертых, после того как вы дали пациенту время для выражения своих эмоций, дайте пациенту понять, что вы связаны с причиной этих эмоций. Например:

Врач: Я сожалею, рентген показал, что химиотерапия больше неэффективна [пауза]. Опухоль увеличилась в размерах.

Пациент: Я боюсь этого [плачет].

Врач [передвигает свой стул ближе к пациенту, предлагает ему платок]: Я знаю, что это не то, что вы хотели бы услышать. Я тоже хотел бы, чтобы новости были лучше.

В вышеприведенном диалоге врач наблюдал плач пациента и понял, что плач был вызван плохой новостью. Подошел ближе к пациенту, прикоснулся к его руке и подождал, пока к нему не вернулось самообладание. Он помог пациенту почувствовать, что понимает, почему тот расстроен, и сказал, что он его понимает.

Пока сильны эмоции, трудно перейти к обсуждению других вопросов. Если взволнованность, огорчение или отчаяние пациента не проходят, следует продолжить выражать сочувствие до тех пор, пока он не успокоится. Вы также можете поделиться собственными чувствами («Я бы хотел, чтобы новости были лучше»). Это выразит вашу эмпатию и убедит пациента в вашей искренности.

Вместе с тем, если пациент сдержан и не выражает явно своих эмоций или молчит, врач должен задать уточняющий вопрос, прежде чем сочувственно реагировать. Когда пациент старается скрыть свои эмоции либо проявляет их косвенно или в завуалированной форме, например гнев, разочарование («Я полагаю мне снова придется страдать от химиотерапии»), вы все еще можете реагировать с сочувствием («Я вижу, что эти новости печальны для вас»). Пациенты считают, что их лечащий онколог является важным источником психологической поддержки, и его сочувствие, объяснения и подтверждения сказанного — наиболее сильный стимул доверять врачу. Доверие уменьшает отстраненность пациента, вызывает солидарность и облегчение от того, что с ним разделяют его горе.

Шаг 6: S-STRATEGY and SUMMARY

Пациенты, ясно представляющие свое будущее, меньше подвержены тревоге и чувству неопределенности. До обсуждения плана лечения важно спросить пациента, готов ли он сейчас к этому обсуждению. Рассказ пациенту о вариантах лечения, если это уместно, не только обязателен, но свидетельствует о том, что врач считает мнение и пожелания пациента важными. Кроме того, разделение ответственности с пациентом за принятие решения может также снизить переживание со стороны врача, если лечение окажется неэффективным. Правильное понимание пациентом своего состояния поможет избежать завышенных ожиданий от лечения или недопонимания цели лечения. Врачи часто чувствуют себя некомфортно, когда обсуждают с пациентом прогноз или варианты лечения, если информация неблагоприятная. Дискомфорт создают переживания, которые испытывает врач: неуверенность относительно ожиданий пациента, страх разрушить его надежду, собственное бессилие перед лицом бесконтрольно прогрессирующей болезни, неуверенность в том, что он сможет контролировать эмоции пациента, и иногда смущение за оптимистичный, обнадеживающий прогноз, который он дал пациенту ранее.

Эти непростые беседы можно облегчить, используя некоторые приемы.

Во-первых, многие пациенты имеют 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, отталкиваясь от них, строить беседу. Когда пациенты имеют нереалистичные ожидания («Мне сказали, что Вы творите чудеса»), то их вопросы об истории болезни обычно выявляют страхи, тревогу, которые лежат за этими ожиданиями. Пациенты могут связывать с излечением разрешение различных проблем, очень значимых для них. Это могут быть потеря работы, неспособность заботиться о семье, боль и страдание, нежелание быть обузой для других, страх перед ограниченной подвижностью. Выражение этих страхов и опасений часто позволяет пациенту признать серьезность своего состояния. Если пациент стал грустным при обсуждении своих опасений, будет уместно применить методики, описанные в Шаге 5 протокола SPIKES. **Во-вторых**, понимание важных конкретных

целей, которые есть у многих пациентов, такие как контроль симптомов, уверенность в том, что они получают лучшее возможное лечение и постоянную заботу, позволяет врачу надеяться на достижение этих целей. Это может очень обнадеживать пациентов.

Пример сообщения пациенту «плохих новостей» в клинической практике.

Операция закончена. Результатом недоволен никто: опухоль сковала поверхность тонкой кишки так, что нельзя было разобрать, где заканчивается одна петля и начинается другая. Компьютерная томограмма живота этой почти 40-летней женщины выглядела гораздо лучше и невиннее, чем живот на операции. Ее ноги унесли, надеюсь, не навредив. За 3 ч операции не смог продвинуться далее 2 см от разреза. Такой пациентке операцией не помочь.

Итак, закончили операцию. Каждый занимается своим делом. Анестезиолог готовится к завершению наркоза, операционная сестра заполняет документацию, ассистенты третий раз проверяют и пересчитывают инструменты, салфетки и иголки. Я прошу, чтобы семью пациентки пригласили в комнату для бесед, чтобы рассказать об операции. «Ни пуха...», — напутствует меня операционная сестра, опустив взгляд. «Не хотела бы я оказаться на твоём месте». — «Все о'кей, — говорю, — я не против. Кроме меня ведь этого никто не сделает, поэтому я даже люблю эти сложные разговоры».

Это правда только на две трети или одну треть. Надо быть законченным психопатом, чтобы любить такие моменты. Однако правда и другое. Ни один психолог не может заменить хирурга, который находится в центре внимания семьи, ожидающей окончания операции. Только оперирующий хирург обладает ореолом бога или дьявола в тот момент после операции, когда родные узнают о том, оправдались ли их ожидания. Скорее всего ради этого тоже я стал хирургом. Теперь самое время призвать на помощь весь профессионализм, которому я так долго учился, и провести разговор, которой родные будут помнить очень долго и скорее всего обрастет многими существенными и вымышленными подробностями. Именно теперь мой шанс направить этот момент в полезное для всех участников русло¹.

Технические моменты начала разговора простые. Вошел с широкой улыбкой, мне всех приятно видеть. Сел на низкий стул, чтобы видеть большинство, не избегая прямого взгляда, поздоровался со всеми. Ска-

¹Перед тем как проводить беседу на сложные, нежелательные для собеседников темы, хирургу следует подготовиться к этому. (Шаг 1 — SETTINGUP) Мало кто любит сообщать плохие новости. Это происходит прежде всего потому, что понятные негативные эмоции и ответ собеседников на сами новости проецируются в восприятии хирурга на него самого. Хирург при этом непроизвольно чувствует себя виноватым, беспомощным и чувствует потребность оправдать свои действия даже тогда, когда никто из собеседников не просит его об этом. Само знакомство с такими собственными эмоциями значительно облегчает хирургу участие в сложной беседе. Более того, знание, что никто другой не сможет за него выполнить эту часть работы (так же как и в операционной), обычно придает особенную уверенность в ведении такого разговора.

зал, что с пациентка хорошо перенесла операцию. Вокруг меня вздох облегчения².

Продолжаю. Говорю, что операция прошла без-опасно; однако мои худшие ожидания того, что симптомы непроходимости вызваны опухолью и ничего с этим не поделаешь, эти много раз озвученные опасения оправдались. Смотрю на медленно меняющееся лицо мужа, жду его ответа на эту новость³. Так и есть, переспрашивает. Повторяю, что хирургически его жене не помочь, более того, не думаю, что у нас есть действенные методы повлиять на эту агрессивную опухоль вообще. Обвожу глазами всех присутствующих: брата пациентки, старшего сына, дочь-подростка. Настроение меняется на грозное⁴. Готовлюсь, что фигура хирурга-спасителя полетит с раз-маха с пьедестала. Так и есть. «Мы же искали вас по всей стране, такие отзывы о вашей практике! Мы лети-ли через несколько штатов, чтобы попасть в вашу клинику!» Пока все по плану. Ожидаю главного «за-прещенного» приема. Ну, вот и он. «Что же мы ска-жем нашей 6-летней дочке? Она же ожидает, что ма-ма поправится!» У мужа глаза краснеют, наливаются неподдельными слезами. В такой момент легко рас-ценить реакцию семьи как прямую агрессию.

Спокойно, мы это проходили и ожидали. Ни сло-ва оправдания (что мы до операции проговаривали са-мые неблагоприятные варианты). Из последних сил надо реагировать на горе⁵, которое вымещается на единственно подходящем для этого объекте — на мне.

Конец дня, хочется домой. Думаю, заходить ли в офис, отвечать ли на стопку телефонных сообщений от коллег и пациентов⁶. А что на ужин? Наверное, на-до будет купить по дороге светильники для дорожки перед домом. Пытаюсь смотреть на себя со стороны. Отмечаю, что вот сейчас закончится разговор, я пой-

ду заниматься своими делами, семья моей пациент-ки — переживать один из самых тяжелых вечеров в своей жизни. Только я из этой компании могу опре-делить исход разговора. В мой адрес прозвучало уже довольно много обидных слов, слов разочарования. Судя по темпу разговора, практически каждый имел возможность высказаться. Я автоматически прояв-ляю интерес и участие⁷. Теперь надо искать зацепки, чтобы найти теплое слово для каждого.

«Какая сплоченная семья!» Очень приятно, что вы за Анн стоите горой. Ей очень повезло. Что вы думаете нам нужно сейчас делать?», — говорю в первую же паузу между прямыми и косвенными проклятиями в мой адрес. Как можно больше искренних компли-ментов, постараться семантически встать на сторо-ну семьи, а не против. «Что теперь будет с мамой?»⁹, — спрашивает дочь, давась слезами. Протягиваю ей салфетки для лица, она растирает тушь вокруг глаз. Переводим разговор в практическое русло. Разгова-риваем про симптомы, методы их устранения, каче-ство жизни. Про то, что важно, что нет. Идея — отой-ти от глобальных проблем «выживаемости», которые все обсуждают, но которые трудно «пощупать». Про себя думаю, что надо не забыть мужу посоветовать больше внимания уделить старшей дочери-подрост-ку, чем 6-летней — младшая гораздо легче пере-несет смерть матери. Время будет для такого разговора.

Терпеливо отвечаю на вопросы. Тут вступил брат пациентки. «Не сердитесь за нашу несдержанность, я вижу вам сложно под конец дня». (Я с трудом под-бираю слова, когда устал, а пересохший рот не спо-собствует правильному английскому произноше-нию). Я не удивился такому повороту событий. Если все сделано правильно, то это вполне ожидаемая фра-за. Главное, чтобы это исходило от родственников¹⁰,

²Этот разговор происходил в особой комнате, специально отведенной для беседы с родными и близкими пациента, которому только что выполнена операция. Такое помещение должно обеспечивать спокойную обстановку для разговора сидя с несколькими людьми.

³Один из основных навыков общения с пациентом — это активное слушание и выдержка пауз после каждой своей реплики или вопро-са. Это позволяет, во-первых, лучше понять информацию, которую вы доносите пациенту, а во-вторых, завоевать доверие пациента.

⁴Хирурги часто обращают внимание исключительно на семантическую сторону разговора, т.е. на буквальное значение сказанного. Не-вербальное общение, однако, по информативности выступает на первое место. Это необходимо помнить как в качестве говорящего, так и в качестве слушателя.

⁵Эмпатия — основной прием, который необходим при общении в сложной обстановке. Следует активно выявлять эмоции собеседни-ка и реагировать на них. «Естественное» поведение, которого следует избегать, — реакция на собственные эмоции, что может приве-сти к возникновению конфликта.

⁶Для врача «тяжелый разговор» — лишь одно из событий и одна из обязанностей в его профессиональном распорядке. Проблемы, ко-торые занимают врача на момент разговора, отличаются от проблем пациента и семьи. Поэтому одни и те же слова и жесты могут ин-терпретироваться по-разному. Это обстоятельство создает предпосылки для взаимного недопонимания.

⁷Здесь дается описание приема эмпатии. Этот прием может выполняться аналитически без значительной эмоциональной энергии со стороны врача, что является одним из основных практических отличий от симпатии.

⁸Похвалить семью пациента — эффективный способ реагирования на эмоциональные высказывания пациентов. В большинстве слу-чаев такая реакция врача позволяет снизить эмоциональную напряженность и повысить уровень доверия к нему.

⁹Такие вопросы, прежде всего, имеют эмоциональную окраску и не всегда пациенты или их родственники хотят получить на них ис-черпывающие ответы прямо сейчас. При ответе на такие вопросы самым главным является реакция врача на эмоции пациента. Это помогает пациенту успокоиться и повышает уровень доверия к врачу.

¹⁰Советуем особенно обратить внимание на это условие эффективного разговора. Оно перекликается с Шагом 3 протокола SPIKES. Инициатива разговора и изменение характера разговора должны быть предложены пациенту и родственникам, а не жестко контроли-роваться хирургом. Ощущение контроля в безвыходной ситуации высоко ценится собеседником.

а не было моей мольбой: я же все делал, что мог, при чем тут я, это же опухоль, разве это не очевидно?!

Один за другим на мою сторону перешли все. Удивительно, как быстро рушится самый агрессивный воинственный напор, если не отвечаешь рефлексивно такой же агрессией! Быстро набросали план действий¹¹ на ближайшие 2—3 дня, кто остается в больнице, кто будет приходить навещать и прочие практические вещи. Самое важное я оставляю на конец. «Мы все понимаем, что находки на операции означают достаточно скорую гибель больной. Не забывайте, что она еще живой человек и нуждается в каждом из вас. Я с вами остаюсь до конца, все равно, каким бы этот конец ни случился!»

Потихоньку поднимаюсь. Все тоже встают. Вместо рукопожатия муж пациентки раскрывает руки для настоящего байкерского медвежьего объятия. Таким же образом я прощаюсь с каждым. Дочка оставляет на моей груди черные кляксы туши для ресниц. По-

вод для завершающей улыбки: «Хорошо, что не сменил операционный костюм на рубашку, иначе перед женой не оправдаться!». Попытка самой плоской шутки часто воспринимается с благодарностью в такой обстановке. Все смеются. Самое время завершить¹² разговор на этом.

В раздевалке смотрю на часы — уложился в 15 минут¹³. Я не получил ни малейшего удовольствия от операции, но похвалил себя, что выполнил все запланированные приемы¹⁴ общения в разговоре. Теперь осталось решить, идти в офис или домой. Сделаем так: если попадется первой навстречу женщина — иду домой, мужчина — поработаю с бумагами. В лифте односложно отвечаю на простенькие электронные письма. Открываются двери. Передо мной операционная сестра: «Ну как?».

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

¹¹К концу «тяжелого разговора» рекомендуется озвучить конкретный план действий, который реально выполнить и который отвечает на непосредственные и практические вопросы пациентов и родственников. См. Шаг 6 протокола SPIKES.

¹²Завершение разговора — второй критический момент (начало — это первый), который в большей степени, чем середина, эмоционально окрашивает весь разговор.

¹³Хирурги часто испытывают нетерпение при разговоре с пациентом и его родственниками, считая, что такое общение неоправданно для их плотного расписания. Однако пошаговое, систематическое общение с пациентом на практике занимает много меньше времени, чем хирурги представляют.

¹⁴Правильно выполненные приемы общения не гарантируют результата во всех случаях, но увеличивают его вероятность. Это также дает удовлетворение врачу, что он полностью выполнил все известные на сегодняшний день шаги по достижению результата.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1984;288:1597.
2. Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking bad news. A review of the literature. *JAMA*. 1996;276:496.
3. Cox A, Jenkins V, Catt S, Langridge C, Fallowfield L. Information needs and experiences: an audit of UK cancer patients. *Eur J Oncol Nurs*. 2006;10:263.
4. Back AL. (2013) Vital Talk (1.0) [Mobile Application Software] Retrieved from <http://vitaltalk.org>.
5. Friedrichsen M, Milberg A. Concerns about losing control when breaking bad news to terminally ill patients with cancer: physicians' perspective. *J Palliat Med*. 2006;9:673.
6. Narayanan V, Bista B, Koshy C. «BREAKS» protocol for breaking bad news. *Indian J Palliat Care*. 2010;16:61.
7. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Globera G, Beale EA, Kudelkba A. SPIKES — a six-step protocol for deliver bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5:302.
8. Rabow MW, McPhee SJ. Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. *West J Med*. 1999;171:260.
9. Hopper AN, Zamawi F, Jackson C, Dave B, Bowen R, Willacombe A, Blackshaw G, Crosby TD. Comparison of patients' needs and doctors' perceptions of information requirements related to a diagnosis of oesophageal or gastric cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2011;20:187.

Поступила 05.06.18

Сведения об авторах:

Котов Максим Андреевич — врач-онколог ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова», резидент программы «Высшая школа онкологии»; e-mail: dr.kotovmaxim@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-2586-1240>

Гущин Вадим Викторович — директор отделения хирургической онкологии клиники Мерси, Балтимор, США