

<https://doi.org/10.29296/25877305-2021-12-02>

## Трудные коммуникации с пациентами

**К.Р. Амлаев**, доктор медицинских наук, профессор,  
**С.А. Бакунц**

Ставропольский государственный медицинский университет  
Минздрава России

**E-mail:** kum672002@mail.ru

*Статья посвящена актуальным вопросам коммуникаций врача и пациента в сложных ситуациях. Особое внимание уделено коммуникации с пациентами онкологического профиля. Представлены рекомендации по сообщению пациенту информации о диагнозе опасного для жизни заболевания. Описана тактика врача при проведении разговоров с пациентами, в отношении их сексуальных проблем, а также коммуникации с ЛГБТ-пациентами.*

**Ключевые слова:** коммуникации в медицине, сообщение об опасном диагнозе, коммуникации по сексуальным проблемам пациентов, коммуникации с ЛГБТ-пациентами.

**Для цитирования:** Амлаев К.Р., Бакунц С.А. Трудные коммуникации с пациентами. Врач. 2021; 32 (12): 11–17. <https://doi.org/10.29296/25877305-2021-12-02>

Пациенты часто выражают свои эмоции косвенно, в виде намеков и сигналов. Поэтому эмоциональные разговоры пациентов во время медицинских консультаций часто называют сигналами и тревогами. Существуют большие различия в том, как медработники реагируют на эти сигналы и опасения, от незначительного признания эмоций или его отсутствия до явных и сочувственных ответов. То, как медицинские работники обращаются с эмоциональными сигналами и проблемами пациентов, может повлиять на их благополучие, например, за счет уменьшения беспокойства и поощрения положительных эмоций во время стресса, а также косвенно повлиять на результаты лечения.

В среднем во время консультации пациенты подают 13 сигналов или опасений. Пациенты и члены их семей склонны выражать эмоциональные проблемы в виде скрытых сигналов, а не явных выражений эмоций.

Пациенты с высоким уровнем тревожности задают больше вопросов, кроме того, врачи, которые тщательно объясняют пациенту ситуацию, получают больше вопросов. Когда пациенты не чувствуют, что их слышат и понимают, они могут быть менее удовлетворены лечением, могут помнить меньше предоставленной информации, неохотно следовать советам врача и в конечном итоге получают менее эффективное лечение.

Коммуникация при лечении рака является сложной задачей, поскольку диагноз рака вызывает тревожные эмоциональные реакции как у врачей, так и у пациентов. Помимо психологически сложного диагноза, пациенты сталкиваются с информацией о своем прогнозе, вариантах комплексного лечения и многочисленными трудными решениями о лечении, которые необходимо принять. Поскольку решения в отношении лечения рака могут привести к неблагоприятным исходам, опыт сожаления о решении после лечения не является чем-то необычным. Известно, что общая траектория онкологического заболевания состоит из 5 стадий: «экзистенциальный кризис» при диагностике; «ориентация на терапию» в течение первого периода лечения; «относительное спокойствие» в период, когда рак не виден визуально; повторный «экзистенциальный кризис» в случае рецидива; «финальный кризис» из-за новости о бесперспективности терапии.

В этой ситуации врачу очень важно проявлять сочувствие, что подразумевает его способность понимать ситуацию, точку зрения и чувства пациента; сообщить об этом понимании и проверить его точность и действовать в соответствии с этим пониманием, чтобы помочь пациенту. Когда несколько вариантов лечения считаются клинически эквивалентными, рекомендуется совместное принятие решений, что положительно сказывается на пациентах. В частности, предоставление информации о потенциальных рисках и преимуществах альтернативных методов лечения должно уменьшить как нереалистичные ожидания результатов, так и сожаления по поводу решения. Данные свидетельствуют о том, что предпочтения пациентов в отношении участия в принятии решений о лечении различаются: большинство пациентов предпочитают активную роль, а некоторые пациенты предпочитают быть пассивными. Хотя предпочтения пациентов различаются, некоторые исследования показывают, что активное участие в принятии решения о лечении обычно связано с меньшим стрессом и меньшим сожалением, независимо от предшествующих предпочтений. В то же время предоставление подробной информации или навязывание выбора может привести к тревоге и конфликту при принятии решений у пациентов, предпочитающих пассивную роль. Таким образом, для врачей представляется важным адаптировать свой стиль консультации к предпочтительному стилю принятия решений пациентом, поскольку успешная адаптация участия пациентов к их предпочтениям может иметь положительное влияние на удовлетворенность пациентов [1].

**Как сообщать о вероятности смерти ребенка?** 40% семей недовольны тем, как врач сообщил им о диагнозе, угрожающем жизни их ребенка. Реакция ребенка на опасное для жизни или изменяющее жизнь заболевание определяется стадией его развития. Дети младше 3 лет понимают только то, что случилось что-то ужас-

ное. Дети в возрасте от 3 до 6 лет не понимают, что смерть необратима. В возрасте от 7 до 11 лет дети осознают окончательность смерти и умирания, но могут периодически горевать, проявляя регрессивное поведение, такое как ночное недержание мочи, истерики и ночные кошмары. Особое внимание следует уделять присутствию детей при первом сообщении диагноза, угрожающего жизни их родителя.

Дети склонны к чувству покинутости, их эгоцентрический взгляд на мир может заставить их чувствовать себя виноватыми в том, что они стали причиной болезни родителей. Дети могут не знать, как реагировать на новости, часто отражая эмоциональные реакции родителя (например, если родитель стоический, ребенок может сопротивляться слезам), от которого они получают утешение.

Если Вы скажете ребенку, что грустить и плакать — нормально, это может помочь нормализовать его чувства и реакции.

Врач должен разъяснить ребенку, что он или она не несет ответственности за болезнь родителя. Заболевший ребенок может предполагать, что он или она умрет, пока ему не расскажут о реальной ситуации. Есть свидетельства того, что умирающие дети лучше справляются с ситуацией, когда им рассказывают о своем диагнозе и поощряют выражать свои эмоции и мысли о своей болезни. Формат раскрытия диагноза семье тяжелобольного ребенка влияет на то, как семья справляется со смертью ребенка [2–4].

### РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СООБЩЕНИЮ ОПАСНОГО ДЛЯ ЖИЗНИ ДИАГНОЗА

**Найдите уединенное место и выделите достаточно времени для разговора.** Во избежание ошибок перепроверьте результаты исследований, имя, номер медицинской карты, дату рождения пациента. Когда раскрывается новый, опасный для жизни диагноз, пациенты и их семьи не любят присутствия других врачей, медсестер, студентов-медиков во время первоначального обсуждения.

**Подготовьте пациента к новости.** Пациенты опасаются, что они больны, но могут не ожидать, что болезнь представляет угрозу для жизни. Вводная фраза, например: «Результаты Ваших анализов отличаются от нормы» или «К сожалению, новости не совсем приятные», может быть сообщением, которое способно помочь пациентам подготовиться к объявлению диагноза. Темп обсуждения может потребовать корректировки в ответ на эмоциональную реакцию пациента.

**Говорите прямо.** Если диагноз установлен точно врачу следует использовать язык, который передает тяжесть состояния пациента. В этом случае может быть уместным использование таких слов, как «рак», «злокачественная опухоль» или «опухоль». Если диагноз не установлен точно, врач должен тщательно определить

ограничения результатов теста, избегая таких слов, как «рак», «злокачественная опухоль» или «опухоль», которые могут преждевременно указывать на неизлечимое заболевание. Сложный медицинский язык и эвфемизм ограничивают глубину понимания пациентом своего опасного для жизни диагноза и препятствуют принятию осознанного решения.

Неопределенность может вызвать неправильное понимание серьезности состояния пациентом. Когда врач сообщает родителям об опасном для жизни диагнозе ребенка, такая двусмысленность может причинить вред. Родители больных детей часто испытывают большее беспокойство, когда от них скрывают истинную тяжесть болезни их ребенка.

**Оцените понимание пациентом диагноза.** Пациенты и их семьи часто воспринимают только самую основную передаваемую информацию. Они могут вспомнить только название болезни или такие фразы, как «рак» или «опухоль». Они могут неправильно понять серьезность своей болезни, сосредоточив внимание исключительно на проблеме их неизбежной смерти, а не на диагностике и лечении.

Следует задать простые вопросы, например: «Что Вы поняли?», для того чтобы убедиться, что темп обсуждения позволяет пациенту и его семье понять серьезность опасного для жизни заболевания.

Оценка понимания пациентом нового диагноза имеет важное значение. У детей может возникнуть множество вопросов, и врач должен ответить на них как можно более прямо, чтобы дети смогли понять передаваемую им информацию.

Если пациент сопротивляется дальнейшему обследованию и лечению, важно, чтобы он понимал возможные последствия отказа от дальнейшего лечения. Врач должен попытаться изучить конкретные проблемы пациента и его семьи, способствующие такому сопротивлению, и попытаться решить их индивидуально или с помощью других членов медицинской команды.

**Проявите сочувствие и постарайтесь завоевать доверие независимо от того, как на это отреагируют пациент или его семья.** Как только пациенту сообщили негативную информацию о состоянии его здоровья и неблагоприятном прогнозе, следует предложить эмоциональную поддержку (например, положить руку на плечо, сделать поддерживающие комментарии, предложить салфетки, если пациент плачет, связаться с членом семьи).

Врач должен осознавать серьезность ситуации для пациента и его семьи и выразить это в своих комментариях (например, «Я знаю, что это трудно понять. Пожалуйста, позвольте мне попытаться объяснить, о чем говорят анализы»). Пациентам или членам семьи с тяжелыми депрессивными или тревожными реакциями может потребоваться экстренная психотерапевтическая помощь. Ребенок может реагировать молчанием,

раскачиваться взад и вперед, бесконтрольно рыдать или вообще не реагировать.

Такие заболевания, как шизофрения, алкоголизм или наркомания у пациента или члена его семьи могут вызвать агрессию пациента. Если он или член его семьи реагируют бурно или нерационально, врач должен попытаться успокоить пациента или члена семьи. Разделение людей, которые взаимодействуют друг с другом или усугубляют поведение друг друга, также может предотвратить эскалацию ситуации.

Предложение мягкого седативного средства без осуждения может помочь успокоить человека.

В редких случаях, когда эти меры не дают результата, следует применять соответствующие химические и физические меры сдерживания для обеспечения безопасности пациента и персонала с последующей консультацией психиатра, если она требуется.

**Укажите общие, но реалистичные временные рамки для оказания помощи пациенту.** Неудовлетворенность пациентов часто связана с восприятием чрезмерно долгого ожидания оказания помощи, а не с фактическим временем ожидания.

Таким образом, когда спрашивают о необходимом для получения лечения времени, врач должен «ошибиться» в сторону его увеличения, чтобы свести к минимуму разочарование пациента. Заблаговременно уведомите пациентов об ограниченных ресурсах и дефиците мест в стационаре. Сообщите пациенту, что задержки часто неизбежны, но они не повлияют на качество оказываемой ему медицинской помощи.

**Привлеките других специалистов.** После того, как диагноз установлен и у пациента и его семьи было время осмыслить диагноз, врач может представить других членов медицинской команды для решения конкретных медицинских и немедицинских проблем, например, социального работника, узкого специалиста и т.д. Если пациент верующий, возможно привлечение священника, чтобы помочь пациенту и его семье принять горе.

**Сосредоточьтесь на реалистичных целях.** Пациенты не знают о сроках и последовательности дальнейших исследований после постановки первоначально диагноза. Четкое определение следующих шагов, таких как биопсия, хирургическое вмешательство, лучевая терапия, химиотерапия, онкологическая консультация, может помочь пациенту. Страх может побудить пациентов потребовать немедленной консультации, биопсии, операции или госпитализации. Информирование пациента о том, что дальнейшее обследование и лечение будут проводиться своевременно, может решить некоторые из этих проблем. Врач должен подтвердить, что ожидание приема в клинику не приведет к отсрочке лечения и не ухудшит течение болезни.

Если пациенту требуется пребывание в стационаре, краткое обсуждение запланированных диагности-

ческих и терапевтических процедур может облегчить переход пациента к более интенсивному медицинскому обследованию.

**Обсудите прогрессирующее известное неизлечимое заболевание и его осложнения.** В ходе лечения установленного заболевания пациенты обращаются в стационары с медицинскими и хирургическими осложнениями, связанными с их первичным заболеванием (например, инфекция, тромбоэмболия легочной артерии, метастатическое заболевание). В этом случае врач должен проявлять такую же внимательность и осторожность при раскрытии новых диагностических данных (например, новых метастазов, тромбоэмболии легочной артерии, сепсиса).

**Документируйте свои действия по информированию пациента и его семьи.** Врач должен задокументировать, какая информация была раскрыта пациенту, любые проблемы, вызванные обсуждением, и решение, включая рекомендации по дальнейшим действиям, если пациент не будет госпитализирован. Эту информацию следует передать медицинской бригаде, которая будет вовлечена в лечение пациента [4].

### РАЗГОВОР О СМЕРТИ

Члены семей пациентов в конце жизни ценят высокое качество общения о прогнозе жизни и смерти своих родственников. Пациенты в терминальной фазе болезни часто испытывают трудности в общении, и поэтому их родственникам нужна четкая информация для принятия решений от их имени. Честное и своевременное общение может дать родственникам время попрощаться и улучшить психологическое состояние, а также удовлетворенность уходом за пациентом в конце его жизни [5].

Одной из частых жалоб на лечение в конце жизни является неспособность врачей распознать, когда человек умирает, и сообщить об этом пациенту и его родственникам. Данная коммуникация требует участия в принятии решений, взаимодействия после принятия решений, адаптации, честности и ясности, конкретных методов предоставления информации и вовлечения различных медицинских работников.

Для того, чтобы отметить резкое ухудшение состояния пациента, следует перечислить предыдущие и текущие проблемы пациента, чтобы предоставить доказательства того, что дальнейшее активное лечение будет бесполезным и пациент приблизился к концу жизни.

Совместное принятие решения заключается в обращении к пожеланиям пациента. Медицинские работники спрашивали семьи, каким был пациент до госпитализации и обсуждали ли они свои предпочтения в отношении завершения жизни. При этом член семьи должен выражать желания пациента, а не принимать решения, основанные на их собственных чувствах.

Кроме того, следует предоставить семье возможность, например, отменить некоторые поддерживаю-

щие жизнь методы лечения и оставить другие. Семьям следует предоставить время для принятия решений о том, как и когда это произойдет.

Интерактивная работа после принятия решения заключается в том, что медицинские работники должны гарантировать, что они обеспечат пациенту комфорт, объяснить, что произойдет дальше, и заверить семьи в своей доступности для дальнейших обсуждений.

Следует подготовиться к наиболее частым вопросам семьи о сознании и осведомленности пациентов, процессе умирания и о том, чего ожидать в дальнейшем [6].

Медицинские работники должны оценить уровень понимания и готовности обсуждать смерть с помощью вопросов и наблюдения за вербальными и невербальными сигналами от семей, а также учитывать различные культурные и религиозные особенности семей.

Необходимо использовать прямой простой язык для обеспечения понимания, избегать формирования у родственников ложной надежды и быть честными, чтобы построить доверие с семьей.

Следует повторить информацию и убедиться в конце беседы, что информация об ухудшении состояния пациентов правильно понята.

Важную роль в разговоре о смерти играют медсестры, которые «переводят» сказанное врачом на понятный родственникам язык [7].

### ПРОБЛЕМА РАЗГОВОРА О СЕКСЕ: ВАЖНОСТЬ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПАЦИЕНТА И ВРАЧА

Сексуальные проблемы, несмотря на их важность для пациентов, нечасто становятся темой для обсуждения врача и пациента. Есть несколько очень специфических особенностей человеческой сексуальности, взаимодействующих с физическим и психическим здоровьем, которые врач должен понять и отреагировать на них в ходе беседы с пациентом, когда поднимаются сексуальные вопросы. Врач должен понимать, что:

- сексуальность — это субъективный внутренний опыт;
- у каждого человека есть свое собственное представление о сексуальности;
- сексуальность тесно связана с сильными эмоциями, самооценкой и самосознанием;
- страдание от сексуальных проблем субъективно и является результатом несоответствия между желаемой и пережитой сексуальной жизнью;
- субъективная природа сексуальности имеет значение для врача, лечащего пациента.

Врач в этой ситуации должен:

- быть способен реагировать на сложные эмоции, такие как стыд, и уважать и не осуждать сексуальные практики пациента;
- уметь одновременно оценить биологические, психологические и социальные данные, включая данные о партнере;

- знать, как общаться с парой;
- интегрировать полученные данные в комплексную модель понимания проблемы и уметь выработать адекватную тактику [8].

Изменяющийся характер сексуальности пациента требует, чтобы врач адаптировал вербальное и невербальное общение к жизненному этапу пациента (например, подростковый возраст, средний возраст, менопауза, старость).

Переход от сексуального благополучия к плохому здоровью является континуумом. Таким образом, у большинства мужчин и женщин когда-нибудь будут возникать сексуальные проблемы, в свою очередь сексуальное здоровье не тождественно отсутствию сексуальных проблем, и сексуальное здоровье больше связано со способностью реагировать на проблемы и изменения.

Нормальному общению врача и пациента на сексуальные темы может препятствовать чувство стыда у пациента. Раскрытие сексуальных проблем может вызывать смущение, потому что пациенты могут чувствовать себя неуверенно. Это чувство усугубляется, когда пациент боится возможного отрицательного суждения врача [9].

Пациенты могут думать, что сексуальность не является проблемой для медицинской организации, занятой лечением болезней, поскольку они могут не рассматривать это как болезнь. Медицина — это болезни, и сексуальность может показаться им «роскошью», которой они не хотят беспокоить врача.

У некоторых пациентов создается впечатление, что у их врача нет времени говорить о сексуальных проблемах, или они могут чувствовать, что врач не интересуется или не компетентен в этой области.

Наконец, пациенты могут совершенно не осознавать тот факт, что существуют специальные методы лечения сексуальной дисфункции, и они могут полагать, что «ничего нельзя сделать с сексуальными проблемами».

Некоторые врачи считают, что решение сексуальных проблем создает слишком большую близость к пациенту, и они боятся, что могут причинить им боль или смутить их, если поднимут этот вопрос [10].

Часть медицинских профессионалов считает, что на разговоры о сексуальности уйдет слишком много времени. Это мнение часто сочетается с чувством терапевтической беспомощности, поскольку не все врачи сообщают, что чувствуют себя достаточно подготовленными в области сексологии.

Предложены следующие рекомендации по коммуникации в области сексуального здоровья. Общение по данной теме должно быть ориентированным на пациента и в то же время иметь хорошую структуру, позволяющую собирать биомедицинские и психосоциальные данные, проактивно решать интимные вопросы и в то же время не исследовать их слишком агрессивно,

предоставить достаточно времени для адекватного общения, одновременно соблюдая временные рамки медицинской консультации, сочетать биомедицинские, диагностические и терапевтические процедуры с устным общением, которое следует принципам консультирования:

- Используйте открытые вопросы, чтобы выяснить, что действительно его беспокоит.
- Покажите, что Вы открыты для вопросов, например, «если у Вас возникнут вопросы, касающиеся сексуальных проблем, не бойтесь задать их мне».
- Предложите пациенту рассказать свою историю. Такой подход дает пациенту возможность выбрать свои собственные слова, свой ритм и т.д.
- После повествования пациента врач может задать структурированные вопросы. Обладая полученной информацией, врач может установить первичный диагноз, выделяя различные типы проблем.

Затем врач должен исследовать возможные факторы, которые могут повлиять на сексуальное функционирование, например:

- биомедицинские факторы, включая заболевания (такие как диабет, заболевание щитовидной железы, депрессию, анемию), лекарства, гормоны и др.;
- индивидуальные психологические факторы, такие как сексуальное развитие и жизненные события, связанные с сексуальностью;
- межличностные и социальные факторы, включая сексуальные проблемы партнера, стили общения, условия жизни и т.д.

Врачи и пациенты должны создать общую платформу понимания, которая является основой для терапевтических вмешательств.

Пациентов следует поощрять определять для себя цели терапии. Например: «Каковы для Вас основные цели терапии? Какая самая важная цель? Что следует изменить, а что оставить?».

Уяснив цели терапии с пациентом, врач может рассказать пациенту или паре о различных доступных терапевтических вариантах. Эта информация должна быть дана небольшими частями, чтобы пациент мог задавать вопросы и оставлять свои отзывы.

На заключительном этапе пациент и врач вместе решают, какой тип лечения или комбинация методов лечения с наибольшей вероятностью будут эффективными, имеют наименьший риск для пациента и наилучшим образом вписываются в систему ценностей и жизненную ситуацию пациента [11, 12].

### КОММУНИКАЦИИ С ЛГБТ-ПАЦИЕНТАМИ

Среди пациентов, которые бывают у врача на приеме, 3–6% являются геями или лесбиянками. Их потребности в медицинской помощи могут отличаться от потребностей гетеросексуальных пациентов. Наиболее

значительным медицинским риском для лесбиянок и геев является отказ от обычной медицинской помощи. Например, лесбиянки получают более низкий уровень профилактической помощи, включая услуги по скринингу рака, такие как маммография или тесты Папаниколау, чем женщины в общей популяции. Геи также реже обращаются за профилактической медицинской помощью, чем мужчины общей популяции.

В то же время у геев существует повышенный риск определенных заболеваний, например, желудочно-кишечных инфекций и заболеваний, передаваемых половым путем, включая вирусы ВИЧ и гепатита В. В свою очередь, меньше женщин-лесбиянок беременеют, чем их гетеросексуальные сверстницы, и эпидемиологические исследования показывают повышенный риск у них различных видов рака в зависимости от детородного статуса, курение более распространено среди лесбиянок, чем среди гетеросексуальных женщин, равно как и злоупотребление алкоголем, что приводит к более высокому риску заболеваемости и смертности от рака молочной железы, яичников, легких и эндометрия.

Пытались или всерьез задумывались о самоубийстве 30–40% подростков-геев, что в 6 раз превышает средний показатель в популяции. При этом 39,4% опрошенных врачей признали, что им иногда или часто было неудобно оказывать медицинскую помощь пациентам-геям. Те, в свою очередь, реже обращались за медицинской помощью из-за опасения непринятия их сексуальной идентичности [13].

Существует ряд стратегий, которые могут быть полезны для более эффективного общения с пациентами-геями и лесбиянками.

До тех пор, пока сексуальная ориентация пациента не станет известна, формулируйте вопросы, используя нейтральную с гендерной точки зрения и деликатную формулировку, позволяющую пациенту высказаться, например:

- задайте вопрос «У Вас есть партнер?» или «Вы в настоящее время состоите в отношениях?»;
- если Вы спрашиваете о контроле зачатия, спросите: «У Вас есть необходимость обсудить противозачаточные средства?»;
- пусть пациент предоставит информацию в своем собственном темпе с обнадеживающими заявлениями: «Я буду рад обсудить любые Ваши опасения»;
- отправьте пациенту успокаивающее сообщение, например: «Я понимаю, что обсуждение сексуальности иногда бывает трудным. Есть ли что-нибудь, связанное с сексуальной ориентацией, что Вы хотели бы обсудить?»;
- объясните, почему такие личные детали необходимо обсуждать, например: «Мне полезно понимать образ жизни и поведение каждого моего пациента, чтобы я мог точно и тщательно оценить его или ее потребности в здоровье»;

- ознакомьтесь с некоторыми распространенными сексуальными практиками геев и лесбиянок и общей терминологией по данной теме;
- объясните политику конфиденциальности, включая то, что записано в медицинской карте (как это следует делать со всеми пациентами);
- узнайте о важных отношениях и структуре семьи пациента. Спросите: «На кого Вы рассчитываете в своей жизни?»;
- проявляйте позитивное, принимающее отношение, когда раскрываются аспекты социальной и семейной жизни;
- поощряйте вовлечение партнера или другого значимого человека в терапевтический альянс.

Пациенты, которые чувствуют себя понятыми, уважаемыми и уверенными в коммуникативных и технических навыках своих врачей, в партнерстве с ним составляют высокоэффективное сотрудничество, которое может привести к положительным результатам для здоровья пациентов [14].

### КАК ОБЩАТЬСЯ ПО ПРОБЛЕМАМ АЛКОГОЛЯ, ДЕПРЕССИИ И СУИЦИДОВ

Проблемы, связанные с депрессией, злоупотреблением алкоголем и суицидами встречаются довольно часто.

Необходимо, чтобы в медицинских организациях проводилась оценка употребления алкоголя, чтобы определить, есть ли у пациента суицидальные мысли, а также алкогольная зависимость. Лучше всего этого добиться, задавая конкретные, непредвзятые, объективные вопросы и избегая расплывчатых вопросов и субъективных терминов, таких как «Есть ли у Вас проблемы с алкоголем?» или «Вы пьете много или мало?» или «Вы алкоголик?». Врач должен задать следующие вопросы:

- Сколько бокалов вина или рюмок крепких алкогольных напитков Вы выпиваете в течение обычной недели?
- Вы обычно выпиваете больше, чем первоначально планировали?
- Вызывало ли употребление алкоголя у Вас проблемы на работе, школе, в семье супруга или родителя?
- Когда последний раз Вы выпивали алкоголь? Какой именно? Сколько?

Помимо вопросов, врач должен определить, влияет ли употребление алкоголя каким-либо образом на чувства человека. Следует проводить оценку психического статуса, которая включает оценку настроения и аффекта, а также других признаков и симптомов депрессии. Для оценки риска самоубийств следует задать следующие прямые вопросы:

- Было ли Вам недавно так грустно, что Вы думали о смерти?
- Были ли у Вас мысли о том, что жизнь не стоит того, чтобы продолжать жить?

- Были ли у Вас мысли или намерения нанести себе вред или увечье?

Когда пациенты отрицают суицидальные идеи или поддерживают их, но заявляют, что они не будут действовать в соответствии с ними, их также следует спросить о факторах, сдерживающих самоубийство (например, религиозные убеждения, страх неодобрения и т.д.). Кроме того, следует спросить членов семьи или друзей, дает ли пациент сигналы или подсказки, такие, например, как раздача собственности.

Если пациент имеет суицидальные мысли, но не имеет плана их реализации, не является психотиком, обладает здравым смыслом, имеет несколько факторов риска, следует активировать социальную сеть поддержки. Необходимо немедленно обсудить ситуацию с членом семьи или другим значимым для пациента лицом. Затем следует проинформировать соответствующего специалиста о суицидальных мыслях и планах пациента и определить уместность стационарного или амбулаторного лечения.

\* \* \*

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.*

*Работа не имела финансовой поддержки.*

## Литература/Reference

1. Nicolai J., Buchholz A., Seefried N. et al. When do cancer patients regret their treatment decision? A path analysis of the influence of clinicians' communication styles and the match of decision-making styles on decision regret. *Patient Educ Couns.* 2016; 99 (5): 739–46. DOI: 10.1016/j.pec.2015.11.019
2. Woolfson R.C. Breaking the bad news. *Practitioner.* 2000; 244: 247–50.
3. Sahler O.J.Z. The child and death. *Pediatr Rev.* 2000; 21: 350–3. DOI: 10.1542/pir.21-10-350
4. Takayesu J.K., Hutson H.R. Communicating life-threatening diagnoses to patients in the emergency department. *Ann Emerg Med.* 2004; 43 (6): 749–55. DOI: 10.1016/S0196064403013386

5. Odgers J. et al. No one said he was dying: families' experiences of end-of-life care in an acute setting. *Aust J Adv Nurs.* 2018; 35 (3): 21–31. URL: <https://www.ajan.com.au/archive/Vol35/Issue3/3Odgers.pdf>

6. Lind R. Sense of responsibility in ICU end-of-life decision-making: relatives' experiences. *Nurs Ethics.* 2019; 26 (1): 270–9. DOI: 10.1177/0969733017703697

7. Richards C.A., Starks H., O'Connor M.R. et al. Physicians' perceptions of shared decision-making in neonatal and pediatric critical care. *Am J Hosp Palliat Care.* 2018; 35 (4): 669–76. DOI: 10.1177/1049909117734843

8. Lindau S.T., Schumm L.P., Laumann E.O. et al. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med.* 2007; 357 (8): 762–74. DOI: 10.1056/NEJMoa067423

9. Brandenburg, U., Bitzer J. The challenge of talking about sex: The importance of patient–physician interaction. *Maturitas.* 2009; 63 (2): 124–7. DOI: 10.1016/j.maturitas.2009.03.019

10. Brandenburg, U. Sexual history. Ed. by I. Goldstein, C.M. Meston, S.R. Davis. Women's sexual function and dysfunction. London: Taylor and Francis, 2006; p. 343–6.

11. Nusbaum M.R., Hamilton C.D. The proactive sexual health history. *Am Fam Physician.* 2002; 66 (9): 1705–12.

12. Jones R., Barton S. Introduction to history taking and principles of sexual health. *Postgrad Med J.* 2004; 80 (946): 444–6. DOI: 10.1136/pgmj.2003.016873

13. Bonvicini K.A., Perlin M.J. The same but different: clinician–patient communication with gay and lesbian patients. *Patient Educ Couns.* 2003; 51 (2): 115–22. DOI: 10.1016/s0738-3991(02)00189-1

14. Mitchell A.M., Garand L., Dean D. et al. Suicide Assessment in Hospital Emergency Departments: Implications for Patient Satisfaction and Compliance. *Top Emerg Med.* 2005; 27 (4): 302–12.

## DIFFICULT COMMUNICATION WITH PATIENTS

Professor **K. Amlaev, MD; S. Bakunts**  
Stavropol State Medical University

*The article is devoted to topical issues of communication between a doctor and a patient in difficult situations. Special attention is paid to communication with cancer patients. Recommendations for informing the patient about the diagnosis of a life-threatening disease are presented. The tactics of the doctor when conducting conversations with patients, regarding their sexual problems, as well as communication with LGBT patients are described.*

**Key words:** communication in medicine, communication about a dangerous diagnosis, communication on sexual problems of patients, communication with LGBT patients.

**For citation:** Amlaev K., Bakunts S. Difficult communication with patients. *Vrach.* 2021; 32 (12): 11–17. <https://doi.org/10.29296/25877305-2021-12-02>

**Об авторах/About the authors:** Amlaev K.R. ORCID: 0000-0001-6576-4720; Bakunts S.A. ORCID: 0000-0002-3134-1006