

# Μιλώντας με τον άρρωστο: βασικές αρχές της κλινικής επικοινωνίας και αναγγελία της δυσάρεστης είδησης

**Δρ. Αντώνιος Παπαγιάννης**  
**MRCP(UK), DipPallMed, FCCP**  
**Πνευμονολόγος**

Κλινική Άγιος Λουκάς, Θεσσαλονίκη

**Περίληψη:** Η τέχνη της κλινικής επικοινωνίας είναι απαραίτητη για τη λήψη ενός καλού ιστορικού, την παροχή επεξηγήσεων, οδηγιών και συμβουλών προς τους ασθενείς και την ψυχολογική στήριξη του ασθενούς. Προϋποθέσεις για καλή επικοινωνία γιατρού-ασθενούς είναι: η γνήσια διάθεση από την πλευρά του γιατρού να καταλάβει και να βοηθήσει τον άρρωστο, η ευγένεια και η καλοσύνη από την πλευρά του γιατρού, η άνεση χώρου με την απαραίτητη εμπιστευτικότητα, η επένδυση του απαραίτητου χρόνου, η ικανότητα της προσεκτικής ακρόασης, η χρήση γλώσσας κατανοητής από τον ασθενή, και η ευθύτητα και ειλικρίνεια. Η επικοινωνία περιλαμβάνει και τα πρόσωπα που περιβάλλουν τον άρρωστο.

Μια ιδιαίτερη μορφή επικοινωνίας είναι η αναγγελία δύσκολων και δυσάρεστων ειδήσεων. Αυτή πρέπει να γίνεται με σεβασμό στη φυσική ευαισθησία του κάθε ανθρώπου και με την απαραίτητη ανθρωπιά. Ο ασθενής έχει δικαίωμα να γνωρίζει όσα θέλει σχετικά με την κατάστασή του. Έτσι, η δυσάρεστη είδηση αναγγέλλεται σταδιακά, μέχρι εκεί που θέλει ο ασθενής, ενώ δίνεται χρόνος στον άρρωστο να καταλάβει όσα λέγονται και να κάνει ερωτήσεις. Οι πληροφορίες που δίνονται θα πρέπει να είναι ανάλογες με τις ενέργειες που πρόκειται να ακολουθήσουν. Θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με διάκριση οι συναισθηματικές αντιδράσεις του αρρώστου, να προσφέρεται πάντοτε και η ελπίδα, και να παραμένει ανοικτή η πόρτα του διαλόγου για πρόσθετες διευκρινίσεις.

Η καλή επικοινωνία δεν βασίζεται τόσο σε φυσική ικανότητα, όσο στην απαραίτητη εκπαίδευση και την εμπειρία. Όλοι μπορούμε να μάθουμε να επικοινωνούμε καλύτερα στην εργασία μας. Τα αποτελέσματα θα είναι περισσότερη κατανόηση, μεγαλύτερη ωφέλεια των ασθενών και μεγαλύτερη προσωπική ικανοποίηση από την άσκηση της ιατρικής.

## Εισαγωγή

Η τέχνη της επικοινωνίας είναι απαραίτητη σε κάθε ανθρώπινη δραστηριότητα και επαφή. Ειδικά στην κλινική ιατρική, η ικανότητα για επικοινωνία δεν βοηθάει μόνο στις δημόσιες σχέσεις, αλλά στην ίδια την ουσία της: στη λήψη ενός καλού ιστορικού, στην παροχή επεξηγήσεων, οδηγιών και συμβουλών προς τους ασθενείς, στην ψυχολογική στήριξη κατά την πορεία της νόσου.

Ως επικοινωνία μπορούμε να ορίσουμε την ανταλλαγή πληροφοριών, σκέψεων, απόψεων και συναισθημάτων ανάμεσα σε πρόσωπα, με χρήση του λόγου ή άλλων μέσων. Στην ιατρική πράξη που μας ενδιαφέρει αναφερόμαστε πιο συχνά στην προφορική επικοινωνία μεταξύ του γιατρού από τη μια πλευρά και του αρρώστου και των οικείων του από την άλλη. Πρόκειται για μια διαδικασία αμφίδρομη: ο ασθενής πρέπει να μεταφέρει στο γιατρό τα συμπτώματα, τους φόβους και τις ανησυχίες του και να τον βοηθήσει να φθάσει σε σωστή διάγνωση. Ο γιατρός πρέπει να προσλάβει τις πληροφορίες αυτές και να μεταδώσει, με τη σειρά του, άλλες πληροφορίες στον ασθενή για την φύση της νόσου, να ερμηνεύσει τα ενοχλήματά του και να τον συμβουλεύσει σχετικά με την θεραπεία.

Η επικοινωνία στην Ιατρική έχει και μια πρόσθετη διάσταση, ιδιαίτερα λεπτή και δύσκολη. Ο γιατρός πρέπει συχνά να αναγγείλει μια διάγνωση επικίνδυνη (π.χ. καρκίνο) ή μια εξέλιξη αναπάντεχη (μεταστάσεις, επιπλοκές της θεραπείας, θάνατο) που προδιαγράφει κακή πρόγνωση για τον ασθενή. Τέτοιες ανακοινώσεις, που παρακάτω τις συνοψίζουμε με την ονομασία 'δυσάρεστες ειδήσεις', συνοδεύονται συχνά από συναισθηματικές αντιδράσεις του άλλου προσώπου, που με τη σειρά τους φέρνουν σε δύσκολη θέση τον γιατρό. Η λύση στο πρόβλημα αυτό δεν είναι βέβαια η αποφυγή τέτοιων συζητήσεων, αλλά ο σωστός χειρισμός με διάκριση και λεπτότητα. Στο μεγάλο αυτό θέμα θα αφιερώσουμε το δεύτερο μέρος του άρθρου αυτού, αφού πρώτα καταγράψουμε τις γενικές αρχές της ιατρικής επικοινωνίας.

## Βασικές αρχές και προϋποθέσεις

Αρχή και βασική προϋπόθεση για την επικοινωνία είναι η γνήσια διάθεση από την πλευρά του γιατρού να καταλάβει και να βοηθήσει τον άρρωστο. Ο γιατρός που βλέπει την συνομιλία με τον ασθενή ως 'αναγκαίο κακό' ή ως περισπασμό από την ερευνητική, ακαδημαϊκή ή άλλη ασχολία του δεν μπορεί να επικοινωνήσει σωστά. Αυτό αμέσως γίνεται αντιληπτό από τον ασθενή, ο οποίος 'κουμπώνεται', αποφεύγει να πει όλα όσα θα ήθελε, και μένει με την εντύπωση ότι σπαταλά τον πολύτιμο χρόνο του γιατρού. Το αποτέλεσμα είναι ελλιπής συνεννόηση στην καλύτερη περίπτωση και ζημία του αρρώστου στη χειρότερη.

Η επικοινωνία γιατρού-ασθενούς είναι μια διαδικασία που αρχίζει από την πρώτη επαφή των δύο και διαρκεί όσο και η θεραπευτική τους σχέση. Συχνά λέγεται ότι οι πρώτες εντυπώσεις μένουν και συνεπώς ο γιατρός που θέλει να δημιουργήσει σωστή σχέση και επαφή με τον άρρωστο του πρέπει να τον 'κερδίσει' από την πρώτη στιγμή. Αυτό θα γίνει αν η συνομιλία τους διεξαχθεί με τις κατάλληλες συνθήκες. Ακόμη κι αν φαίνεται αυτονόητο, πρέπει να τονισθεί ότι η ευγένεια και η καλοσύνη από την πλευρά του γιατρού είναι απαραίτητη. Το βαρύ και δύσθυμο ύφος, η υπερβολική αυστηρότητα, η έλλειψη χιούμορ στέλνουν στον συνομιλητή το μήνυμα ότι «Ο γιατρός δεν σηκώνει πολλές κουβέντες», με αρνητικές συνέπειες για τον παραπέρα διάλογο. Στο άλλο άκρο βέβαια μπορεί να συναντήσει κανείς την υπερβολική οικειότητα που φθάνει καμιά φορά στον εκχυδαϊσμό της σχέσεως. Και τα δύο άκρα πρέπει να αποφεύγονται. Ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται άνετα με τον γιατρό του, αλλά ο δεύτερος πρέπει να προφυλάσσει το κύρος του (όχι βέβαια με τρόπο υπεροπτικό) και να μη δίνει αφορμή για παρεξηγήσεις.

Ενα βασικό στοιχείο, που στην πράξη δυστυχώς συχνά παραβλέπεται, είναι η ανάγκη για ήσυχο περιβάλλον, με απουσία εξωτερικών περισπασμών, το οποίο θα εξασφαλίζει την απαραίτητη εμπιστευτικότητα του διαλόγου. Όχι σπάνια βλέπουμε το φαινόμενο συζητήσεις λεπτές, ακόμη και αναγγελία δυσαρέστων ειδήσεων, να γίνεται στο πόδι, στη μέση του διαδρόμου της κλινικής, «εις επίκοον πάντων». Σε άλλες περιπτώσεις η συζήτηση μπορεί να γίνεται μεν σε κάποιο γραφείο νοσοκομείου, στο οποίο όμως μπαινοβγαίνουν τρίτα πρόσωπα άσχετα με την φροντίδα του συγκεκριμένου ασθενούς. Σ' ένα τέτοιο περιβάλλον οι αποκαλύψεις του αρρώστου σχετικά με την πάθησή του μπορεί να είναι συγκεκαλυμμένες, ή να συνοδεύονται από αίσθημα ντροπής που δυσχεραίνει την έκφρασή τους.

Ας σημειωθεί εδώ ότι δυστυχώς η έννοια της ιδιωτικότητας (privacy) είναι λίγο-πολύ άγνωστη στον ελληνικό νοσοκομειακό χώρο. Η κλινική εξέταση των ασθενών γίνεται σε θαλάμους χωρίς παραβάν ή σε διαδρόμους, σε κοινή θέα των υπολοίπων. Ασθενείς και επισκέπτες των νοσοκομείων κυκλοφορούν σε όλους τους χώρους κατά βούληση. Όλες αυτές οι εκδηλώσεις ανάγονται στην έλλειψη μιας κοινωνικής παιδείας, την οποία δυστυχώς σε μεγάλο βαθμό στερούμαστε κι εμείς οι γιατροί. Από μας όμως εξαρτάται να την απαιτήσουμε και να την διδάξουμε στους συνεργάτες και τους ασθενείς μας, με σωστό τρόπο και με το προσωπικό μας παράδειγμα, ώστε σιγά-σιγά τα πράγματα να αλλάξουν προς το καλύτερο.

Ακόμη περισσότερο από την άνεση του χώρου, η επικοινωνία απαιτεί άνεση χρόνου. Κάθε άρρωστος έχει τον δικό του τρόπο και ρυθμό για να αποκαλύψει το πρόβλημά του, αλλά χρειάζεται και κάποιο χρόνο για να γνωρίσει τον γιατρό (ιδίως αν τον βλέπει για πρώτη φορά) και να νιώσει την απαραίτητη εμπιστοσύνη προς το πρόσωπό

του. Αν βιάσουμε τα πράγματα από την αρχή, η εμπιστοσύνη αυτή μπορεί να χαθεί ή να μη δημιουργηθεί ποτέ. Ακόμη, κάθε άνθρωπος θέλει να έχει μια αποκλειστικότητα. Ο ασθενής πρέπει να έχει την αίσθηση ότι ο χρόνος αυτός (είτε είναι πέντε λεπτά είτε μία ώρα) είναι απόλυτα δικός του. Αν η συζήτησή του με τον γιατρό διακόπτεται συχνά από το τηλέφωνο ή από ενασχόληση του γιατρού με άλλα πράγματα, η αποκλειστικότητα αυτή χάνεται και ο χρόνος σπαταλάται. Ο ασθενής, που έχει την αμέριστη προσοχή του γιατρού, φθάνει στην αποκάλυψη του προβλήματός του πιο σύντομα και με την ικανοποίηση ότι ο θεράπων τον άκουσε και τον πρόσεξε. Στο ζήτημα αυτό η 'γλώσσα του σώματος' (στάση, κινήσεις, έκφραση προσώπου) παίζει πολύ μεγάλο ρόλο. Αν δεν κοιτάζουμε στα μάτια τον άρρωστο, αλλά βλέπουμε έξω από το παράθυρο, ή ανακατεύουμε χαρτιά σε κάποιο συρτάρι, είναι πολύ δύσκολο να πιστέψει ο άρρωστος ότι τον προσέχουμε. Μια εξαίρεση στο θέμα αυτό μπορεί να είναι το επείγον περιστατικό, όπου ενδεχομένως θα πρέπει να εξετάζουμε τον άρρωστο και συγχρόνως να παίρνουμε πληροφορίες από τον συνοδό του. Αυτή η εξαίρεση όμως δεν αναιρεί τον γενικό κανόνα.

Όπως είπαμε στην αρχή, η επικοινωνία είναι αμφίδρομη. Αυτό σημαίνει ότι πρέπει όχι μόνο να μιλήσουμε στον άρρωστο, αλλά και να τον ακούσουμε, με προσοχή και χωρίς διακοπές. Η ικανότητα της ακρόασης δεν είναι τόσο φυσική όσο νομίζουμε. Έχουν μαγνητοφωνηθεί συζητήσεις γιατρών με ασθενείς και στη συνέχεια μετρήθηκε ο χρόνος ομιλίας του ασθενούς πριν τον διακόψει για πρώτη φορά ο γιατρός. Ο χρόνος αυτός βρέθηκε να είναι κατά μέσον όρο 18 δευτερόλεπτα (!), πράγμα που σημαίνει ότι ο άρρωστος δεν πρόλαβε καν να μπει στην ουσία του προβλήματός του. Ο William Osler, από τους πιο φημισμένους κλινικούς, συμβούλευε τους μαθητές του: «Ακούτε τον άρρωστο! Σας λέει ο ίδιος την διάγνωση». Η συμβουλή αυτή ισχύει πάντοτε. Μόνο όταν ο ασθενής αρχίζει να μακρηγορεί και να φεύγει πολύ από το θέμα θα χρειασθεί, με τακτ και όχι απότομα, να τον επαναφέρουμε στην αφήγηση με συγκεκριμένες ερωτήσεις.

Στο σημείο αυτό πρέπει να σημειώσουμε και το ακόλουθο 'σενάριο', συχνό στην σύγχρονη ιατρική με τις πολλές ειδικότητες. Ο ασθενής μπορεί να προσέλθει σταλμένος από τον οικογενειακό ή άλλο γιατρό, που έχει ήδη ενημερώσει τον ειδικό για το πρόβλημά του. Είναι μεγάλο σφάλμα να προχωρήσει ο ειδικός σε διαγνωστικές ή θεραπευτικές πράξεις χωρίς να ακούσει από το στόμα του αρρώστου την εμφάνιση και την εξέλιξη της νόσου του. Κάτι τέτοιο δεν αφήνει στον άρρωστο τον χρόνο να γνωρισθεί με τον καινούργιο θεράποντα και να αναπτύξει την απαραίτητη εμπιστοσύνη. Το σημείο αυτό έχει μεγάλη σημασία στη σχέση γιατρού-ασθενούς, ακόμη κι αν ο πρώτος πρόκειται να κάνει απλώς μια διαγνωστική πράξη (π.χ. μια ενδοσκόπηση ή μια στερνική παρακέντηση) και να δώσει τα αποτελέσματα σε κάποιον άλλο. Ακόμη πιο σημαντικό όμως είναι όταν ο νέος θε-

ράπων πρόκειται να αρχίσει μια θεραπεία (π.χ. χημειοθεραπεία), που θα είναι μακροχρόνια και με σοβαρές συνέπειες για τον ασθενή, ή να προχωρήσει σε κάποια σοβαρή χειρουργική επέμβαση. Στις περιπτώσεις αυτές πρέπει να δίνεται στον ασθενή όλη η άνεση που χρειάζεται προκειμένου να οικοδομηθεί η σωστή θεραπευτική σχέση. Ας προσθέσουμε ότι σε εργασίες που έγιναν στο εξωτερικό βρέθηκε ότι το κυριότερο παράπονο των ασθενών από τους γιατρούς (που συχνά οδήγησε και στα δικαστήρια ακόμη) ήταν η ελλιπής επικοινωνία σχετικά με την διάγνωση, τις εξετάσεις και την θεραπεία του αρρώστου.

Αφού ο γιατρός ακούσει τον άρρωστο, θα πρέπει και να του μιλήσει. Έχει μεγάλη σημασία η γλώσσα που θα χρησιμοποιήσει για το σκοπό αυτό. Συχνά επικρατεί η επιστημονική 'αργκό', με αποτέλεσμα ο ασθενής να βομβαρδίζεται από μεγάλες λέξεις με λίγη ή και καμία σημασία γι' αυτόν. Άλλοτε πάλι μπορεί ο γιατρός να μη κάνει μεν κατάχρηση επιστημονικών όρων, αλλά να απευθύνεται στον άρρωστο με τρόπο ακατανόητο. Οι ασθενείς, από ντροπή για την άγνοιά τους ή από δισταγμό, αποφεύγουν να ζητήσουν τις πρόπουσες εξηγήσεις, με αποτέλεσμα η συνεννόηση να είναι ανεπαρκής και να μην οδηγεί στο σωστό για τον άρρωστο αποτέλεσμα. Η γλώσσα της επικοινωνίας πρέπει να είναι στο επίπεδο του ακροατή, ο οποίος δεν είναι σε θέση να εκτιμήσει τις επιστημονικές μας γνώσεις, αλλά πρέπει να καταλάβει όσα θα του πούμε.

Μια τελευταία, αλλά όχι μικρής σημασίας προϋπόθεση για σωστή επικοινωνία, είναι η ευθύτητα και η ειλικρίνεια. Δεν εννοούμε εδώ την ψυχρή παρουσίαση της αλήθειας, όσο κι αν στοιχίζει για τον άρρωστο. Απλώς σημειώνουμε ότι η συζήτηση με τον ασθενή πρέπει να γίνεται σε τόνο που δεν αφήνει υποψίες, ενδοιασμούς, επιφυλάξεις ή αφορμή για παρεξηγήσεις. Για παράδειγμα, αν ο ασθενής υποψιάζεται ότι ενώ μιλούμε σ' αυτόν κάνουμε νοήματα ή ματιές προς κάποιον συνοδό του, θα υποψιασθεί ότι δεν του λέμε ολόκληρη την αλήθεια. Εκεί που υπάρχει ανάγκη για μια χωριστή συζήτηση με κάποιο πρόσωπο του περιβάλλοντος του ασθενούς θα πρέπει να είμαστε ιδιαίτερα προσεκτικοί στον τόπο, τον τρόπο και τον χρόνο της επικοινωνίας αυτής, που θα πρέπει να είναι ανεξάρτητη από τον διάλογο με τον ίδιο τον άρρωστο. Για τα θέματα αυτά θα πούμε περισσότερα στο τμήμα για τις 'δυσάρεστες ειδήσεις'.

Πριν κλείσουμε το θέμα αυτό, θα πρέπει να σημειώσουμε δυο ακόμη παρατηρήσεις. Η κλινική επικοινωνία είναι βέβαια αμφίδρομη, όμως η ευθύνη για τη σωστή διεξαγωγή της βαρύνει τον γιατρό (αλλά και τον νοσηλευτή ή άλλο επαγγελματία). Ο ασθενής προσέρχεται στον διάλογο κάτω από την πίεση των γεγονότων και την συναισθηματική φόρτιση που αυτά του έχουν δημιουργήσει. Ανάλογα με την ψυχοσύνθεσή του μπορεί να είναι περισσότερο ή λιγότερο ψύχραιμος. Αντιδράσεις όπως θυμός, δυσπιστία, αμφισβήτηση, γκρίνια, ιδιοτροπία,

επιθετικότητα και άρνηση της πραγματικότητας αποτελούν γνωστούς αμυντικούς μηχανισμούς, που επιστρατεύονται για να βοηθήσουν την προσαρμογή στη νέα ανίατη κατάσταση που προέκυψε, και δεν στρέφονται εναντίον συγκεκριμένων προσώπων. Ο οργισμένος άρρωστος συνήθως δεν έχει 'προσωπικά προηγούμενα' με τον γιατρό, έστω κι αν ο τελευταίος είναι ο άμεσος αποδέκτης της οργής. Ο γιατρός θα πρέπει να κατανοήσει και να αποδεχθεί τους μηχανισμούς αυτούς (που εξυπηρετούν το υποκείμενο άγχος του ασθενούς) και να απαντήσει όχι με μια εξίσου οργισμένη αντιπαράθεση, αλλά με την πληροφόρηση, την ανοικτή διάθεση για ενημέρωση και την πρόθυμη παροχή κάθε δυνατής βοήθειας.

Τέλος, οι άνθρωποι διαφέρουν στις ανάγκες τους για επικοινωνία. Μερικοί θέλουν να μεταδώσουν όλα όσα έχουν μέσα τους και περιμένουν ή απαιτούν την υπομονετική ακρόαση, χωρίς να νοιάζονται τόσο πολύ για τις απαντήσεις. Άλλοι είναι πειστικοί στα ερωτήματά τους και θέλουν συγκεκριμένες εξηγήσεις για κάθε τι που τους συμβαίνει. Οι διαφορετικές αυτές ανάγκες θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ανάλογα από τον γιατρό, που θα πρέπει να έχει την διάκριση να ανιχνεύει τι θέλει κάθε ασθενής. Αυτό που πρέπει οπωσδήποτε σε κάθε περίπτωση να αποφεύγεται είναι η σιωπή και η αδιαφορία (πραγματική ή φαινομενική) απέναντι στα ερωτήματα του άλλου: ο ασθενής θα φύγει στην καλύτερη περίπτωση απογοητευμένος και στη χειρότερη πραγματικά αγανακτισμένος με τον γιατρό.

Και μια ακόμη υπόμνηση. Ο ασθενής συνήθως δεν είναι μόνος στην αντιμετώπιση του προβλήματος της υγείας του. Γενικά περιβάλλεται από συγγενείς ή άλλα κοντινά του πρόσωπα, που κι αυτά έχουν παρόμοιες ανάγκες επικοινωνίας σχετικά με το πρόβλημα που απασχολεί τον άνθρωπό τους, όπως παροχή πληροφοριών και ενημέρωση, ανακοίνωση δυσάρεστων ειδήσεων, συναισθηματική εκφόρτιση. Με μόνη εξαίρεση τον σεβασμό του απορρήτου (αν ο άρρωστος δεν θέλει να κοινοποιηθεί το πρόβλημά του στους οικείους του), οι ίδιοι κανόνες ισχύουν και για την οικογένεια. Η πόρτα του διαλόγου θα πρέπει να είναι ανοιχτή και για τους συγγενείς, ιδίως σε περιπτώσεις χρόνιων παθήσεων, όπου οι άνθρωποι αυτοί έχουν το ισόβιο έργο της φροντίδας του πάσχοντος. Είναι χρέος μας να τους βοηθούμε να επιτελούν το έργο αυτό με την αναγκαία ψυχική αντοχή, με τις απαιτούμενες οδηγίες και συμβουλές.

## **Άσχημες και δυσάρεστες ειδήσεις**

Με τον όρο 'άσχημες' ή 'δυσάρεστες ειδήσεις' εννοούμε εδώ οποιαδήποτε πληροφορία μπορεί να μεταβάλει προς το χειρότερο την ιδέα που έχει ο άρρωστος για το μέλλον του. Η διάγνωση ενός καρκίνου ή η αναγγελία ενός θανάτου είναι τα πιο χτυπητά παραδείγματα δυσάρεστων ειδήσεων που έρχονται στο νου μας. Ωστόσο,

δεν πρέπει να ξεχνούμε ότι εκτός από το περιεχόμενο της είδησης, οι συνέπειες και η σημασία της εξαρτώνται και από τον αποδέκτη. Ετσι, π.χ. αλλιώς θα δεχθεί την διάγνωση ενός εμφράγματος ένας άνθρωπος 75 ετών και αλλιώς ένας 40 ετών. Ο ακρωτηριασμός ενός δακτύλου μπορεί να σημαίνει τελείως διαφορετικά πράγματα για ένα συνταξιούχο και για ένα τεχνίτη που χρησιμοποιεί τα χέρια του για λεπτή εργασία. Το ίδιο ισχύει για την απώλεια της όρασης ή για την αναγγελία της σοβαρής νόσου ενός παιδιού στους γονείς του. Η ανάγκη για ανακοίνωση δυσάρεστων ειδήσεων μπορεί να παρουσιασθεί σε διάφορο βαθμό σε πολλές ειδικότητες. Συνεπώς η γνώση των βασικών κανόνων για τον χειρισμό τέτοιων καταστάσεων είναι απαραίτητο εφόδιο του καλού κλινικού γιατρού.

Θα πρέπει να ομολογήσουμε ότι ως επαγγελματική ομάδα οι γιατροί φοβόμαστε ιδιαίτερα τα άσχημα νέα. Αποφεύγουμε να συζητήσουμε με τους ασθενείς τις δύσκολες διαγνώσεις, καλυπτόμενοι πίσω από προφάσεις όπως «Αν του πούμε ότι έχει καρκίνο, ο άρρωστος μπορεί να αποπειραθεί να αυτοκτονήσει». Η πραγματικότητα μας δείχνει ότι αυτό δεν έχει συμβεί παρά σπανιότατα και κυρίως σε περιπτώσεις όπου η αναγγελία της διαγνώσεως έγινε με τρόπο λανθασμένο. Η αληθινή αιτία της αποφυγής είναι συνήθως ότι δεν είμαστε προετοιμασμένοι και δεν ξέρουμε πώς να αντιμετωπίσουμε τις συναισθηματικές αντιδράσεις των ασθενών. Ακόμη, στην απόκρυψη συντελεί και το επίμονο αίτημα των συγγενών «Να μη μάθει ο άρρωστος τίποτε».

Το άκουσμα μιας δυσάρεστης είδησης είναι φυσικό να προκαλέσει δυσάρεστες αντιδράσεις. Οι ασθενείς είναι άνθρωποι. Μπορεί να κλάψουν, να οργισθούν ή να αμφισβητήσουν τη διάγνωση. Αν η ανακοίνωση γίνει χωρίς την απαιτούμενη ευαισθησία, μπορεί να νομίσουν ότι πράγματι έφθασε το τέλος και δεν απομένει πλέον καμιά ελπίδα. Οι αντιδράσεις των ασθενών είναι αναμενόμενες και ο γιατρός πρέπει να είναι προετοιμασμένος γι' αυτές και να ανταποκριθεί σωστά, ώστε να βοηθήσει τον ασθενή και τους οικείους του να περάσουν από την φάση του αρχικού σοκ στην ριζική αντιμετώπιση του προβλήματος.

Προκειμένου να ανακοινώσουμε δυσάρεστες ειδήσεις θα πρέπει πρώτα να σκεφθούμε:

- **Ποιος θα μιλήσει;**

Γενικά η ευθύνη της αναγγελίας ανήκει στον θεράποντα γιατρό, αυτόν που έκανε τις απαραίτητες διαγνωστικές ενέργειες και έχει αναπτύξει ήδη μια θεραπευτική σχέση με τον πάσχοντα. Στο περιβάλλον του νοσοκομείου τον ρόλο αυτό θα πρέπει να αναλάβει ο υπεύθυνος της θεραπευτικής ομάδας (π.χ. διευθυντής ή επιμελητής) και όχι ο ειδικευόμενος, ο οποίος όμως θα πρέπει να παρακολουθήσει τον διάλογο, όχι μόνο για λόγους εκπαιδευτικούς, αλλά και για να είναι σε θέση να απαντήσει αργότερα σε τυχόν ερωτήσεις του ασθενούς.

- **Σε ποιόν θα μιλήσει;**

Παραδοσιακά στην ελληνική πραγματικότητα ίσχυε (και σε μεγάλο βαθμό εξακολουθεί να ισχύει) η άποψη ότι ο ασθενής δεν πρέπει να μάθει τίποτε. Δεοντολογικά η θέση αυτή είναι απαράδεκτη. Αν σκεφθούμε ότι συχνά θα ακολουθήσει κάποιο είδος θεραπείας με περισσότερες ή λιγότερες παρενέργειες, τις οποίες θα υποστεί ο ασθενής, είναι αυτονόητο ότι ο τελευταίος πρέπει να έχει κάποια ιδέα για την πάθηση που θεραπεύουμε και την σοβαρότητά της. Αυτή η ανάγκη γίνεται ακόμη πιο επιτακτική αν ο ασθενής πρόκειται να ενταχθεί σε κάποιο ερευνητικό πρωτόκολλο μιας πειραματικής αγωγής. Με βάση την δεοντολογική 'αρχή της αυτονομίας', η άποψη του ασθενούς υπερέχει από τις (έστω και καλοπροαίρετες) γνώμες των συγγενών και φίλων του.

Εξ ίσου όμως απαράδεκτο είναι και το άλλο άκρο, ότι δηλ. πρέπει να πούμε στον άρρωστο με κάθε λεπτομέρεια την φύση και την έκταση της νόσου. Η φυσική ευαισθησία του ανθρώπου μπροστά στο δυσάρεστο νέο θα πρέπει να γίνει σεβαστή και να δοθεί στον ασθενή ο χρόνος που χρειάζεται για να αφομοιώσει την πληροφορία αυτή και τις επιπτώσεις της. Εξ άλλου, επειδή το αρχικό 'μούδιασμα' από την άσχημη είδηση εμποδίζει τον ασθενή να συλλάβει και να θυμάται όλες τις πληροφορίες που του δίνουμε, είναι καλό να μιλήσουμε ταυτόχρονα στον ίδιο και σε ένα ακόμη πρόσωπο του στενού περιβάλλοντος και της εμπιστοσύνης του (σύζυγος, παιδιά, αδέρφια), που θα συγκρατήσει τις πληροφορίες και θα είναι σε θέση αργότερα να συμπληρώσει τα κενά. Σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις (π.χ. όταν ο ασθενής βρίσκεται σε βαριά κατάσταση, όπως κώμα ή προχωρημένη καχεξία), η αποκάλυψη θα περιορισθεί στο συγγενικό περιβάλλον για λόγους ανθρωπιστικούς, αλλά και καθαρά πρακτικούς.

- Τι θα πούμε;

Είναι αυτονόητο ότι για να μιλήσουμε για μια σοβαρή διάγνωση, όπως ο καρκίνος, πρέπει να έχουμε στα χέρια μας όλες τις απαραίτητες πληροφορίες. Αν απομένει διαγνωστική αμφιβολία, δεν έχουμε δικαίωμα να πανικοβάλλουμε τον ασθενή, εκτός αν υπάρχει ανάγκη για κάποια δραστική λύση (π.χ. όταν πρόκειται να συστήσουμε μια ερευνητική επέμβαση). Στην περίπτωση αυτή ο άρρωστος πρέπει να ξέρει ότι υπάρχει διαγνωστικό πρόβλημα, ότι μέσα στις ενδεχόμενες διαγνώσεις περιλαμβάνεται και η κακοήθεια και ότι η επέμβαση είναι απαραίτητη και μπορεί να έχει και θεραπευτικό χαρακτήρα.

Επίσης, η ύπαρξη ή όχι αποτελεσματικής ριζικής θεραπείας μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο με τον οποίο θα ανακοινώσουμε τη διάγνωση. Στην περίπτωση π.χ. μιας οξείας λευχαιμίας, η οποία όμως επιδέχεται θεραπεία με μεταμόσχευση μυελού, πρέπει να ενημερώσουμε τον πάσχοντα για τις διάφορες επιπτώσεις και της νόσου και της θεραπείας, ώστε να μπορέσουμε να προχωρήσουμε χωρίς χρονοτριβή (αυτό δεν σημαίνει βίαια αποκάλυψη

χωρίς διάκριση, αλλά σεβασμό του χρόνου που δεν πρέπει να χαθεί για την θεραπεία).

Σε άλλες περιπτώσεις, όπου είτε υπάρχει αμφιβολία για την διάγνωση, είτε δεν ενδείκνυται ριζική διαγνωστική ή θεραπευτική παρέμβαση και υπάρχει ένα περιθώριο αναμονής (π.χ. ένας πνευμονικός όζος σε άτομο μεγάλης ηλικίας με αντενδείξεις για θωρακοτομή και χωρίς συμπτώματα), μπορούμε να εξηγήσουμε στον άρρωστο ότι δεν απαιτείται θεραπεία και ότι θέλουμε να δούμε την εξέλιξη του προβλήματος με τον χρόνο. Εδώ η συζήτηση για την ακριβή διάγνωση μπορεί να αναβληθεί για το συμπτωματικό στάδιο, όπου μπορεί να παρουσιασθεί ανάγκη π.χ. για παρηγορητική ακτινοθεραπεία.

Πόσα θα πούμε στον άρρωστο; Και εδώ ισχύει αυτό που σημειώσαμε παραπάνω. Οι δυο ακραίες θέσεις ('όλα' και 'τίποτε') είναι γενικά απαράδεκτες. Η αποκάλυψη της αλήθειας πρέπει να εξατομικεύεται. Ο βαθμός και ο ρυθμός της αποκάλυψης θα εξαρτηθεί από τον συγκεκριμένο ασθενή. Μερικοί άνθρωποι θέλουν ξεκάθαρες εξηγήσεις, χωρίς περιστροφές, και εκτιμούν την αλήθεια γυμνή. Άλλοι αρκούνται σε μια βασική γνώση ότι «κάτι δεν πάει καλά» κι αυτό το κάτι είναι ενδεχομένως σοβαρό και μπορεί να εξελιχθεί άσχημα στο μέλλον. Η συζήτηση θα πρέπει να γίνεται με τέτοιο ρυθμό ώστε να προλαβαίνουμε να εκτιμήσουμε τις αντιδράσεις του αρρώστου και να σταματήσουμε ή να προχωρήσουμε περισσότερο ανάλογα με αυτές.

Ενα παράδειγμα διαλόγου μπορεί να μας βοηθήσει. Ο γιατρός έχει διαγνώσει καρκίνο του πνεύμονα.

**Γιατρός:** - Νομίζω ότι ολοκληρώσαμε τις εξετάσεις σας πλέον.

**Ασθενής:** - Τι βρήκαμε, γιατρέ;

**Γιατρός:** - Τα πράγματα δεν είναι τόσο απλά όπως νομίζαμε στην αρχή.

**Ασθενής:** - Δηλαδή δεν ήταν πνευμονία;

**Γιατρός:** - Η πνευμονία ήταν η αφορμή για την έρευνα που κάναμε. Η αιτία της ήταν ένα εμπόδιο σε έναν βρόγχο.

(Παύση. Ο ασθενής σιωπά, αλλά φαίνεται ότι περιμένει να ακούσει κι άλλα).

**Γιατρός:** - Ο δεξιός βρόγχος στην εξέταση που κάναμε φάνηκε να είναι πολύ στενός, κι έτσι πήραμε κάποια δείγματα για βιοψία.

**Ασθενής:** - Βγήκε τίποτε κακό;

**Γιατρός:** - Το εργαστήριο ανακάλυψε κάποια κύτταρα που μοιάζουν να είναι κακοήγη.

**Ασθενής:** - Δηλαδή γιατρέ μιλάμε για καρκίνο;

**Γιατρός:** - Νομίζω ότι μπορούμε να πούμε πως πρόκειται για ένα είδος όγκου.

Στον παραπάνω διάλογο η αλήθεια ξεσκεπάζεται στον άρρωστο και τον συνοδό του σταδιακά, με άνετο

χρόνο, και με μικρές παύσεις που επιτρέπουν την αφομοίωσή της. Ο άρρωστος έχει τον χρόνο να ακούσει, να σκεφθεί και να ρωτήσει. Η χρησιμοποίηση προοδευτικά πιο συγκεκριμένων εκφράσεων («τα πράγματα δεν είναι τόσο απλά», «εμπόδιο στον βρόγχο», «πήραμε βιοψίες», «κάποια κύτταρα που μοιάζουν κακοήθη», «ένα είδος όγκου») εισάγει τον ασθενή στην υποψία του καρκίνου που σιγά-σιγά γίνεται βεβαιότητα. Όπως λένε οι ίδιοι οι ασθενείς, τα λίγα δευτερόλεπτα ανάμεσα στην πρώτη νύξη και την ολοκληρωμένη διάγνωση είναι χρόνος πολύτιμος για την προσαρμογή τους στη νέα πραγματικότητα.

Αν ο ασθενής διακόψει τον γιατρό στα μισά της συζήτησης και πει «Γιατρέ, τι πρέπει να κάνω τώρα;», αυτό είναι ένα σήμα από μέρους του ότι αυτή τη στιγμή δεν θέλει να ακούσει περισσότερα για τη διάγνωση και του αρκεί ότι ο γιατρός ξέρει την πάθηση και σκοπεύει να κάνει κάτι. Στην περίπτωση αυτή ο ασθενής υποσυνείδητα αμύνεται με απώθηση της πραγματικότητας που υποπεύεται, οπότε η παραπέρα αποκάλυψη θα είναι άχρηστη και μπορεί να αναβληθεί για άλλη ευκαιρία. Σε μια επόμενη επίσκεψη, έχοντας πλέον ξεπεράσει το αρχικό σοκ, ο άρρωστος μπορεί να ανακινήσει ο ίδιος το θέμα. Από την άλλη, ο ασθενής που επιμένει στις ερωτήσεις ίσως έχει ήδη καταλήξει στο συμπέρασμα ότι πρόκειται για καρκίνο και θέλει να έχει την επιβεβαίωση από το στόμα του γιατρού. Ακόμη και σ' αυτή την περίπτωση όμως η προσέγγισή μας πρέπει να είναι προοδευτική και να αφήνει περιθώρια να αντιμετωπισθούν οι ενδεχόμενες αντιδράσεις. Επειδή δεν γνωρίζουμε εκ των προτέρων πόσο αντέχει και τι πραγματικά θέλει ο κάθε ασθενής, πρέπει να διατηρούμε την απαραίτητη προσοχή και ευαισθησία σε όλες τις περιπτώσεις.

Έχοντας δώσει το βασικό μήνυμα της διάγνωσης (μέχρι το σημείο που θέλει ο ασθενής), ο γιατρός πρέπει να σταματήσει και να αφήσει κάποιο χρονικό περιθώριο για προσαρμογή. Πολλές φορές ο ασθενής 'μουδιάζει' από το νέο και δεν μπορεί να σκεφθεί την επόμενη ερώτηση. Σε άλλες περιπτώσεις ο άρρωστος ή ο συνοδός μπορεί να παρουσιάσει μια συναισθηματική αντίδραση, να βουρκώσει ή να κλάψει. Το χειρότερο που μπορούμε να κάνουμε στην περίπτωση αυτή είναι να τον αποπάρουμε («Ελα τώρα, μην κάνεις σαν μικρό παιδί!») ή να του ζητήσουμε να καθίσει στην αίθουσα αναμονής μέχρι να συνέλθει. Ακριβώς εδώ είναι που ο ασθενής χρειάζεται να νοιώσει ότι ο γιατρός είναι δίπλα του. Στην περίπτωση αυτή μπορούμε να αφήσουμε τη 'θέση ασφαλείας' πίσω από το γραφείο μας και να καθίσουμε δίπλα στον άρρωστο, πιάνοντας το χέρι του ή αγγίζοντάς τον στον ώμο χωρίς να πούμε τίποτε. Με τον τρόπο αυτό αφ' ενός μικραίνουμε την απόσταση που μας χωρίζει, κατεβαίνουμε στο επίπεδο του αρρώστου, του δείχνουμε χωρίς λόγια ότι είμαστε κι εμείς άνθρωποι και καταλαβαίνουμε πώς αισθάνεται. Αφ' ετέρου του δίνουμε σιωπηρά την άδεια να εκτονωθεί συναισθηματικά για λίγα δευτερόλεπτα,

ώστε να συνεχίσουμε τον διάλογο σε μια νέα βάση. Ακόμη κι αν ο ασθενής μας δεν εκδηλωθεί με τέτοιο τρόπο, είναι καλό να τον ρωτήσουμε μαλακά: «Πώς βλέπεις τα πράγματα; Περίμενες κάτι τέτοιο;», και να δεχθούμε τις ενδεχόμενες καθυστερημένες αντιδράσεις του.

Καμιά φορά ο γιατρός, στην προσπάθεια να προσπεράσει όσο γίνεται πιο γρήγορα την δύσκολη στιγμή της αλήθειας, συνοδεύει την δυσάρεστη είδηση με ένα καταιγισμό από πληροφορίες για το τι πρόκειται να ακολουθήσει από πλευράς θεραπείας, τις πιθανές παρενέργειες κ.τ.λ. Πρέπει όμως να ξέρουμε ότι ο ασθενής που δέχεται μια δυσάρεστη είδηση συνήθως 'μουδιάζει' διανοητικά, με αποτέλεσμα να μην αφομοιώνει τις παρακάτω πληροφορίες. Συχνά δεν συνειδητοποιεί την σοβαρότητα της κατάστασής του. Για τον λόγο αυτό χρειάζεται η παρουσία ενός συνοδού, ο οποίος θα συγκρατήσει περισσότερα στοιχεία και θα μπορέσει στη συνέχεια να τα μεταδώσει στον πάσχοντα. Ο θεράπων θα πρέπει να ελέγχει τον βαθμό κατανόησης του αρρώστου και του συνοδού («Καταλαβαίνετε όσα σας είπα;»), και να επαναλάβει μερικά πράγματα, αν χρειάζεται. Σε μερικές περιπτώσεις μάλιστα η λεπτομερής συζήτηση της θεραπείας μπορεί να χρειασθεί να αναβληθεί για μια επόμενη συνάντηση, οπότε το αρχικό σοκ θα έχει σε μεγάλο βαθμό περάσει και ο άρρωστος θα μπορεί να συμμετάσχει πιο ενεργητικά στη λήψη των αναγκαίων αποφάσεων.

Όταν δίνουμε ένα δυσάρεστο νέο, πρέπει να είμαστε προετοιμασμένοι να προσφέρουμε και την ελπίδα. Έτσι, ανάλογα με την περίπτωση και έχοντας κατά νουν όσα είπαμε στην προηγούμενη παράγραφο, μπορεί να συστήσουμε κάποια ριζική αγωγή (επέμβαση, χημειοθεραπεία, ακτινοβολίες), να τονίσουμε ότι κάθε ασθενής είναι μια ιδιαίτερη περίπτωση και ότι δεν υπάρχουν απόλυτοι κανόνες και στατιστικές για όλους, να επισημάνουμε την περιορισμένη φύση της νόσου (αν βέβαια είναι περιορισμένη) και προ παντός να δώσουμε στον ασθενή να εννοήσει ότι θα είμαστε δίπλα του ό,τι κι αν συμβεί. Αυτή η ενθάρρυνση πρέπει να έλθει αφού κοπάσουν οι πρώτες συναισθηματικές αντιδράσεις, και πρέπει να είναι ανάλογη με την βαρύτητα της κατάστασης. Μια υπέρμετρη αισιοδοξία σε μια νόσο τελικού σταδίου θα δημιουργήσει παράλογες και εξωπραγματικές προσδοκίες στον ασθενή και την οικογένειά του, με αποτέλεσμα αργότερα να έχουμε εκδηλώσεις οργής, πικρίας και δυσπιστίας προς τον θεράποντα. Για το λόγο αυτό, αλλά και διότι στην ιατρική υπάρχει η στατιστική πιθανότητα και όχι η μαθηματική βεβαιότητα, πρέπει να αποφεύγουμε να δίνουμε χρονικά περιθώρια ή να κάνουμε άλλου είδους προβλέψεις για την πορεία της νόσου, ιδίως όταν ακόμη δεν έχουμε δει την συνολική κατάσταση. Μια συμβιβαστική λύση (που ταιριάζει ίσως περισσότερο στους οικείους παρά στον άρρωστο) είναι «Θα κάνουμε το καλύτερο, αλλά θα είμαστε προετοιμασμένοι και για το χειρότερο». Αυτό σημαίνει ότι δεν αγνοούμε την πραγματικότητα, αλλά και δεν εγκαταλείπουμε τον ασθενή

στη μοίρα του.

Εκτός από την ελπίδα για το μέλλον, ο ασθενής πρέπει να πάρει κι άλλο ένα μήνυμα: η πόρτα της επικοινωνίας θα είναι ανοικτή στο μέλλον. Ακόμη και στις περιπτώσεις εκείνες όπου δεν υπάρχει ουσιαστική θεραπεία, ο ασθενής ή οι δικοί του πρέπει να νιώθουν ότι επιτρέπεται να κάνουν ερωτήσεις στην πορεία της νόσου, να λύνουν τις απορίες τους πάνω στα προβλήματα που δημιουργεί η αρρώστια ή η θεραπεία, ακόμη και να φέρνουν αντιρρήσεις ή να αμφισβητούν τις προτάσεις μας. Συχνά μπορεί να χρειασθεί και δεύτερη συζήτηση σε μερικές μέρες για να γίνουν κατανοητά όσα είπαμε. Αν ο ασθενής καταλαβαίνει ότι η συζήτηση αυτή μας δυσαρεστεί, γρήγορα θα χάσει την εμπιστοσύνη του και θα απογοητευθεί, με αρνητικές επιπτώσεις για την μετέπειτα εξέλιξη της κατάστασής. Σε κάθε περίπτωση, η αναγγελία μιας δυσάρεστης είδησης δεν είναι ένα τέλος, αλλά μια καινούργια αρχή στη σχέση μας με τον ασθενή.

## Συμπέρασμα

Η επικοινωνία με τον άρρωστο είναι ένα επιμέρους τμήμα της 'μακρής τέχνης' της Ιπποκρατικής ιατρικής. Δεν βασίζεται τόσο στην έμφυτη ικανότητα (που διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο), όσο στην απαραίτητη εκπαίδευση και την εμπειρία που αποκτά κανείς κατά την άσκηση της. Η ανάγκη για εκπαίδευση στην επικοινωνία έχει αναγνωρισθεί παγκόσμια: Όλοι μπορούμε να μάθουμε να επικοινωνούμε καλύτερα στην εργασία μας. Τα αποτελέσματα θα είναι περισσότερη κατανόηση, μεγαλύτερη ωφέλεια των ασθενών και μεγαλύτερη προσωπική ικανοποίηση από την άσκηση της ιατρικής.

## Summary

**Talking with the patient: fundamental principles of clinical communication and announcement of bad news.**

**A. Papagiannis MD, FCCP**

The art of clinical communication is essential in order to take a good history, to provide explanation, instruction and advice, and to offer psychological support to the patient. Good doctor-patient communication requires:

a genuine desire on the doctor's part to understand and help the patient, kindness and politeness, a comfortable space that provides the necessary privacy, an investment of time, the ability to listen to the patient without interruptions, the use of language understandable by the patient, and a direct and sincere approach. This communication also involves the persons that are close to the patient.

A specific form of communication is the announcement of difficult and bad news. This should be made with due respect to the natural sensitivity of each person, and with humane manner. The patient has the right to know as much as he/she wants about his/her condition. Therefore the 'bad news' is given step by step, up to the point the patient wants, allowing time for understanding and asking questions. The information given should be relevant to the actions that will follow. The emotional reactions of the patient should be managed tactfully. Hope should always be offered, and the door of dialogue should remain open for further explanations.

Good communication depends less on natural skill and more on training and experience. We can all learn to communicate better in our job. This will result in better understanding, bigger benefits for our patient, and greater personal satisfaction from the practice of medicine.

## Βιβλιογραφία

- Maguire P. Communication Skills for Doctors. London: Arnold, 2000.
- Tate P. The Doctor's Communication Handbook. Oxford: Radcliffe Medical Press, 1994.
- Faulkner A, Maguire P. Talking to cancer patients and their relatives. Oxford: Oxford Medical Publications, 1994.
- Burton M, Watson M. Counselling people with cancer. Chichester: Wiley, 1998.
- Buckman R, Kason Y. How to break bad news: a guide for health-care professionals. London: Papermac, 1992.
- Παπαγιάννης Α. Μιλώντας με τον άρρωστο: εισαγωγή στην κλινική επικοινωνία. Θεσσαλονίκη: University Studio Press, 2003.