

Федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Национальный медицинский исследовательский центр онкологии  
имени Н.Н. Петрова» Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России)  
*Отдел учебно-методической работы*

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего  
образования «Северо-Западный государственный медицинский университет  
имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)  
*Кафедра онкологии*

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего  
образования «Санкт-Петербургский государственный университет»  
(ФГБОУ ВО СПбГУ)  
*Кафедра психологии кризисных и экстремальных ситуаций*

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего  
образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский  
университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России)  
*Кафедра гуманитарных дисциплин и биоэтики*

**Чулкова В. А., Пестерева Е. В., Вагайцева М. В.,  
Пестерева М. А., Семиглазова Т. Ю., Рогачев М. В.  
Сорокина С. М.**

## **Что нужно знать врачу для эффективного взаимодействия с онкологическим пациентом**

*Учебное пособие для обучающихся  
в системе высшего и дополнительного  
профессионального образования*

Санкт-Петербург  
2018

УДК:614.23:616-006-071(07)

ББК:55.6я7

Чулкова В. А., Пестерева Е. В., Вагайцева М. В., Пестерева М. А., Семиглазова Т. Ю., Рогачев М. В., Сорокина С. М. Что нужно знать врачу для эффективного взаимодействия с онкологическим пациентом: учебное пособие для обучающихся в системе высшего и дополнительного профессионального образования. – СПб.: НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова, 2018. – 44 с.

ISBN 978-5-6041252-3-6

Рецензент: доктор психологических наук, профессор О. Ю. Щелкова, и. о. зав. кафедрой медицинской психологии и психофизиологии Санкт-Петербургского государственного университета.

Учебное пособие посвящено проблеме взаимодействия врача и онкологического пациента. Рассматриваются факторы, лежащие в основе построения психологически грамотных профессиональных отношений между врачом и онкологическим пациентом. Выделены необходимые составляющие взаимодействия, которые следует учитывать врачу в своей работе.

Учебное пособие предназначено для врачей-онкологов, врачей, работающих с онкологическими больными, а также для обучающихся в системе высшего образования (аспирантура, ординатура, специалитет) и дополнительного профессионального образования (повышение квалификации, профессиональная переподготовка).

Утверждено  
в качестве учебного пособия  
Ученым советом ФГБУ «НМИЦ онкологии  
им. Н.Н. Петрова» Минздрава России  
протокол № 4 от « 22 » мая 2018 г.

ISBN 978-5-6041252-3-6 ©Чулкова В.А. Коллектив авторов, 2018

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение	5
1. Особенности ситуации онкологического заболевания	7
2. Переживания онкологического больного	9
2.1. Экзистенциальные проблемы больного	9
2.2. Влияние на переживания больного	9
2.3. Интенсивные негативные эмоции и чувства	9
2.4. Переживание – внутреннее состояние больного	10
2.5. Изменение познавательных процессов и мышления	10
3. Психическая травма онкологического больного	11
4. Отношение к болезни и лечению	12
4.1. Отношение к болезни	12
4.2. Отношение к лечению	12
5. Психологическая адаптация онкологического больного	14
5.1. Определение психологической адаптации онкологического больного	14
5.2. Психологические защитные механизмы	14
5.3. Копинг-поведение онкологических больных	15
5.4. Неадаптивные реакции онкологических больных	16
6. Общение врача с больным	17

6.1. Смысл общения врача с больным	17
6.2. Слушание как коммуникативный навык	17
6.3. Информирование онкологического больного	17
6.4. Сообщение диагноза и других неприятных новостей	19
7. Динамика психологического состояния онкологического пациента	20
7.1. Первая фаза	20
7.2. Вторая фаза	21
7.3. Третья фаза	22
8. Общение врача с пациентом в паллиативной медицине	24
Заключение	26
Контрольные вопросы	27
Тестовые задания	29
Список рекомендуемой литературы	42

## Введение

Реабилитация в ситуации онкологического заболевания – это максимально приемлемое восстановление способности человека жить в условиях заболевания и после него с учетом всех тех перемен, которые вносит или может внести в эту жизнь болезнь. Психологическая реабилитация онкологического больного, являясь неотъемлемой частью общей реабилитации, состоит в постепенном восстановлении психического и душевного баланса больного.

Психологическая реабилитация начинается уже на диагностическом этапе, когда пациент непосредственно сталкивается с психотравмирующей ситуацией болезни, присутствует в процессе и после лечения. При этом она осуществляется всеми специалистами – врачами-онкологами, медицинскими психологами и психотерапевтами, протезистами, юристами и другими работниками медицинского учреждения – при взаимодействии с онкологическим больным: каждый участвует в создании условий, позволяющих больному более качественно жить на всех этапах течения заболевания.

В процессе лечения врач-онколог непосредственно вступает во взаимодействие с больным, для психологического благополучия которого контакт с врачом имеет первостепенное значение. Каждый больной хочет, чтобы врач понимал его переживания и сочувствовал ему, чтобы он стремился именно ему помочь в лечении. В то же время – именно это может составлять огромную проблему для врача, так как отношения «врач-больной» асимметричны: если положение больного является уникальным, нередко критическим, то для врача отношения с больным являются одними из многих отношений с пациентами, с ко-

торами ему одновременно приходится взаимодействовать. Трудность для врача составляет необходимость создания индивидуальных отношений с каждым пациентом, но при этом он должен исходить не из своих личных предпочтений и оценок, а руководствоваться осуществлением цели своей профессиональной деятельности. Такие взаимоотношения влияют не только на эмоциональное состояние больного, но и на самого врача, способствуя его эмоциональному выгоранию.

В основе построения психологически грамотных профессиональных отношений между врачом и пациентом лежит несколько факторов, главными из которых являются следующие:

понимание врачом переживаний и психического состояния онкологического больного,

проявление врачом эмпатии (сочувствие, сострадание, безоценочное отношение) по отношению к страдающему пациенту,

адекватное информирование больного о болезни (диагноз, исследования, лечение, возможные осложнения, дальнейшая жизнь в условиях болезни).

В зависимости от того, насколько врач осознает необходимость учитывать в своей работе психологические аспекты профессиональной деятельности, насколько он готов обучаться коммуникативным навыкам и умениям, настолько будет эффективно его взаимодействие с онкологическим пациентом.

Именно этим вопросам посвящено данное пособие.

## 1. Особенности ситуации онкологического заболевания

Информация об онкологическом заболевании вызывает не просто стресс у больного человека, она создает экстремальную и/или кризисную ситуацию.

Экстремальная ситуация – это сверхсильный стресс для человека, а кризисная – пролонгированный макростресс (Тарабрина Н. В., 2001).

Ситуация онкологического заболевания обладает всеми признаками различных других жизненных экстремальных и кризисных ситуаций (Чулкова В. А., Пестерева Е. В., 2014):

- *Внезапность возникновения ситуации*

Сообщение о заболевании раком для больного всегда неожиданно, внезапно, даже если при дальнейшем анализе событий пациенты отмечали, что некоторые симптомы болезни наблюдались ими давно.

- *Наличие витальной угрозы*

Онкологическое заболевание действительно представляет собой угрозу жизни заболевшего человека.

- *Разрушение картины мира*

Заболевание разрушает представления и убеждения, которые имеются у каждого человека относительно себя и окружающего мира. Они складываются в течение жизни и сознательно, а чаще бессознательно отвечают потребности человека жить в безопасном для него мире.

- *Отсутствие контроля над происходящим*

При онкологическом заболевании у больного появляется чувство утраты контроля над ситуацией, болезнью, лечением, жизнью в целом, возникает ощущение, что какие-то иррациональные силы, неподвластные разуму, господствуют над ним.

- *Неопределенность будущего*

Онкологическому больному, несмотря на длительное лечение, никто и никогда не дает гарантий окончательного выздоровления.

- *Стадийность протекания реакций.*

Реакции на заболевание в течение периода адаптации к нему меняются, проходя несколько стадий.

Исходя из вышеуказанного, следует, что переживания онкологического пациента «заданы» экстремальным и кризисным характером его жизненной ситуации. Кроме того, факторами, определяющими психическое состояние больного, являются угроза жизни, полиэтиологичность онкологического заболевания, калечащий характер оперативного вмешательства, длительное тяжелое лечение, нередко сопровождающее болью, отсутствие гарантий выздоровления, изменение социальных связей, социального статуса и социального положения.

В ряде исследований отмечен более низкий уровень сексуальных и дизурических расстройств после лапароскопических вмешательств, что обычно объясняется улучшенной визуализацией при выполнении таких операций, позволяющей сохранить вегетативную иннервацию.

**Рекомендация.** *Переживания онкологического больного вызваны экстремальным и кризисным характером его жизненной ситуации, и понимать его переживания необходимо, учитывая особенности ситуации онкологического заболевания.*



## 2. Переживания онкологического больного

### 2.1. Экзистенциальные проблемы больного

В ситуации онкологического заболевания актуализируются экзистенциальные проблемы, выражающиеся в переживаниях конечности жизни, глубинного ощущения одиночества, разрушения иллюзии справедливого устройства мира, потери смысла жизни.

Перед больным возникают вопросы ответственности за свой образ жизни, за свой вклад в лечение, он сталкивается с необходимостью обдумывать значение болезни, ее смысл и смысл своей жизни, чтобы в соответствии с этим жить в условиях болезни (Чулкова В. А., Пестерева Е. В., 2010).

**Рекомендация.** *Знать, что экзистенциальные и духовные проблемы не всегда осознаются человеком, но они всегда присутствуют в его переживаниях, придавая им особенно мучительный оттенок.*

### 2.2. Влияние на переживания больного

Переживания онкологического больного и его эмоциональное состояние определяются локализацией опухоли, а также этапом течения заболевания и его лечения.

**Рекомендация.** *Знать, что переживания больного связаны с локализацией опухоли, этапом течения заболевания и видом лечения.*

### 2.3. Интенсивные негативные эмоции и чувства

Онкологический пациент испытывает интенсивные отрицательные эмоции в виде страха, беспокойства, тревоги вплоть до дезорганизации, обиды, гнева, стыда; он переживает чувство вины, собственную несостоятельность, беспомощность, зависимость, уязвимость; ощущает себя обузой для родных; у него происходит пессимистическая оценка собственной личности, актуальной ситуации и будущего.

**Рекомендация.** *Понимать, что все переживания онкологического больного нормальны и адекватны ситуации заболевания, они являются необходимым компонентом его душевной работы в адаптации к болезни.*

#### **2.4. Переживание – внутреннее психическое состояние**

Переживания онкологического больного – это, прежде всего, его внутреннее психическое состояние, которое может быть не выражено внешне, не вербализовано и не проявлено в поведении (Бочаров В. В., Карпова Э. Б., Чулкова В. А., Ялов А. М., 2010).

**Рекомендация.** *Знать, что если больной не проявляет каких-либо чувств или эмоций, то это не значит, что он их не испытывает. Обращать внимание на невербальное поведение пациента. Не нужно поощрять больного «быть сильным» или восхищаться тем, «как он хорошо держится», так как для человека естественна склонность к одобряемому поведению, которое в ситуации заболевания не соответствует его действительным переживаниям. Во взаимодействии с больным не нужно стремиться, чтобы он был «удобным» пациентом.*

#### **2.5. Изменение познавательных процессов и мышления**

На фоне интенсивных негативных переживаний у больных наблюдается изменение познавательных процессов и мышления: «сужение» когнитивной сферы, трудности в концентрации внимания, уменьшение объема внимания, ухудшение памяти. Происходит снижение усвоения и искажение информации, необходимой для правильной оценки собственных возможностей, в результате нарушается способность к принятию конструктивных решений.

**Рекомендация.** *При информировании больного необходимо учитывать особенности его когнитивной сферы в ситуации заболевания: говорить языком, понятным больному, а не медицинскими терминами, проверять, правильно ли понял больной сказанное, писать направления на анализы и назначения на лечебные процедуры понятным почерком.*

### 3. Психическая травма онкологического больного

Онкологический больной испытывает предельные по своей интенсивности переживания. Это создает угрозу его психической травматизации. При психической травме информация извне (в данном случае диагноз онкологического заболевания) оценивается личностью как непереносимая для существования.

Психическая травма – это результат патогенного переживания экстремальных состояний и кризисов. Переживания, сопровождающие ситуацию онкологического заболевания, соответствуют критериям для постановки посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) [DSM – IV]:

1) ситуация включает угрозу жизни, угрозу серьезных повреждений, угрозу физической целостности;

2) реакция больного включает интенсивный страх, ужас и чувство беспомощности (Тарабрина Н. В., Ворона О. В. и др., 2010).

При этом травмирующее воздействие заболеваний с витальной угрозой отличается от других видов стрессоров:

1) невозможность разделить травмирующее событие от самого индивида, поскольку угроза, которую несет в себе болезнь, исходит не из внешней среды, а находится внутри организма;

2) опасное для жизни заболевание угрожает будущей жизни человека в отличие от других видов травм, которые, как правило, являются событиями прошлого, запечатленными в памяти и влияющими на настоящее (Падун М. А., Котельникова А. В., 2012).

ПТСР диагностируется не у всех онкологических больных, но практически у всех больных возникает опасность психической травмы.

**Рекомендация. Необходимо владеть навыками адекватного психологически грамотного взаимодействия врача с больным, которое может снизить уровень травматизации. Также врачу необходимо диагностировать психическое состояние пациента и своевременно направлять больного к медицинским психологам и психотерапевтам.**

## 4. Отношение к болезни и лечению

### 4.1. Отношение к болезни

Психологические реакции онкологических больных, выражающиеся в виде специфических состояний, отражают их отношение к болезни. Согласно концепции В. Н. Мясищева (1995), отношение к болезни – это новое отношение, которое возникает в системе отношений больного, предшествующей заболеванию, и индуцирует изменение всех существовавших до него отношений.

Отношение к болезни определяется тем, как сам больной воспринимает, понимает и оценивает свою болезнь как событие в его жизни. Содержательная, смысловая сторона отношения к болезни возникает как ответ на вопрос «что значит болезнь для меня?».

Выделяют следующие компоненты отношения к болезни:

*эмоциональный* (какие чувства, эмоции связаны с отношением к болезни),

*когнитивный* (какие знания связаны с отношением к болезни),

*мотивационно-поведенческий* (какие мотивы определяют поведение, связанное с отношением к болезни).

Отношение к болезни – это интегративная личностная характеристика человека в ситуации заболевания, которая определяет его адаптацию к заболеванию (Иовлев Б. В., Карпова Э. Б., 1999).

**Рекомендация.** *Необходимо при информировании больного принимать во внимание различные компоненты его отношения к болезни для того, чтобы формировать адекватное отношение к болезни, способствующее адаптации больного.*

### 4.2. Отношение к лечению

Одним из элементов отношения к болезни является отношение к лечению, которое рассматривается как особая деятельность больного по преодолению заболевания и его последствий.

В структуре отношения к лечению онкологических пациентов выделяются следующие составляющие: осведомленность и потребность больного в информации о заболевании и лечении, отношения с

лечащим врачом в процессе лечения, эмоциональные реакции на заболевание и на необходимость лечения.

Степень выраженности данных взаимодополняющих характеристик может являться показателем значимости для больного отношения к лечению (Чулкова В. А., Пестерева Е. В., Попов Т. М., Рысенкова Д. М., Ялов А. М., Семиглазова Т. Ю., 2018).

Пациент с низкой значимостью отношения к лечению равнодушно относится к информации о заболевании, не раскрывает своих переживаний по поводу лечения, не проявляет инициативы в общении с врачом и пассивно следует за его назначением.

При доминировании отношения к лечению в системе других отношений личности пациент устранивается от контекста своей привычной жизни: больной, для которого лечение становится сверхзначимой ценностью, является очень уязвимым.

**Рекомендация.** *Отношение онкологических больных к лечению имеет большое значение в лечении и реабилитации пациентов и оказывает огромное влияние на их психологическую адаптацию к изменившейся в связи с заболеванием жизненной ситуации.*

*Вместе с тем, врачу необходимо учитывать степень значимости лечения для больного. В случаях низкой значимости для больного лечения и особенно при сверхзначимом отношении больного к лечению, когда лечение приобретает идею сверхценности, пациентов нужно направлять к медицинскому психологу или психотерапевту.*

## 5. Психологическая адаптация онкологического больного

### 5.1. Определение психологической адаптации онкологического больного

Психологическая адаптация больного к заболеванию состоит в возможности жить в условиях болезни и принимать все те перемены, которые она вносит или может внести в жизнь. В ситуации онкологического заболевания ядром психологических переживаний больного является страх смерти.

### 5.2. Психологические защитные механизмы

Психика человека защищается от разрушительной катастрофической информации, используя бессознательные механизмы психологической защиты (Вассерман Л. И., Щелкова О. Ю. 2003).

Например,

*отрицание* злокачественного характера болезни;

*вытеснение* информации о болезни из сознательной сферы в бессознательное;

*регрессия* – возвращение к более ранним, инфантильным личностным реакциям, проявляющимся в демонстрации беспомощности и зависимости;

*рационализация* – объяснение информации о болезни таким образом, что она становится приемлемой («Болезнь тяжелая, но вовремя обнаружена»);

*интеллектуализация* – контроль над эмоциями: преобладают рассуждения по их поводу вместо непосредственного переживания.

Психологическая защита возникает сразу, как только появляется опасность болезни, она существует и в процессе лечения и после него, помогая больному справляться с трудной жизненной ситуацией.

**Рекомендация.** *Не следует резко и грубо разрушать психологическую защиту, так как психика больного может не выдержать болезненной информации, и у него могут развиваться патологические состояния, даже угрожающие жизни (суицид). Но вместе с тем, нельзя и подкреплять психологиче-*

*скую защиту, так как она, закрепившись, может мешать освоению новой информации и переработке травмирующей ситуации заболевания.*

### **5.3. Копинг-поведение онкологического больного**

Наряду с бессознательной психологической защитой больным используется копинг-поведение (механизмы совладания), которое является сознательной стратегией преодоления кризисных и стрессовых ситуаций, оно направлено на активное изменение ситуации.

Приведем несколько примеров различных вариантов копинг-стратегий.

Когнитивные копинг-стратегии:

а) «Проблемный анализ» болезни, ее последствий, поиск соответствующей информации, расспрос врачей, обдумывание.

Указанная копинг-стратегия – адаптивная, так как соответствует поведению, направленному на анализ возникших трудностей и возможных путей выхода из нее.

Больной, использующий такую копинг-стратегию, снова и снова обращается к своей болезни: симптомам, переживаниям, пытается ее понять, тем самым он постепенно перерабатывает травмирующую ситуацию заболевания.

Вместе с тем, этот больной вызывает у окружающих непонимание, им кажется, что он «зациклился», с ним трудно: он может задавать вопросы, на которые не всегда есть ответ.

б) «Игнорирование», переключение мыслей на другие темы.

Эта копинг-стратегия является неадаптивной, так как представляет собой умышленную недооценку неприятностей и соответствует пассивному поведению больного.

При этом окружающие нередко поддерживают именно эту стратегию: «Не думай о болезни», им кажется, что своим советом они убеждают больного от страданий.

Эмоциональные копинг-стратегии:

а) «Протест» – является адаптивной, так как больной активно выражает протест по отношению к трудностям.

б) «Подавление эмоций» – неадаптивная копинг-стратегия, характеризуется подавленным эмоциональным состоянием.

Поведенческие копинг-стратегии:

а) «Обращение» – адаптивная копинг-стратегия, характерным для нее является поиск поддержки в ближайшем социальном окружении.

б) «Активное избегание» – неадаптивная копинг-стратегия, так как соответствует поведению, предполагающему избегание мыслей о неприятностях (Чулкова В. А., Пестерева Е. В., 2014).

**Рекомендация.** *Не следует поощрять и поддерживать неконструктивные копинг-стратегии больного, несмотря на то, что они являются «удобными» для окружающих, в том числе и врачей.*

*Необходимо помнить, что в ситуации онкологического заболевания больной часто чувствует себя уязвленным и беспомощным, не контролирующим свою жизненную ситуацию, поэтому он бессознательно стремится к зависимости от другого, что может формировать его регрессивное поведение, которое мешает адекватной адаптации.*

#### **5.4. Неадаптивные реакции онкологического больного**

Наряду с адаптивными у онкологических больных могут быть и дезадаптивные реакции, которые приводят к различным нервно-психическим и психосоматическим расстройствам и нарушениям.

**Рекомендация.** *В этих случаях врачу необходимо направлять больного к медицинскому психологу или психотерапевту.*



## **6. Общение врача с больным**

### **6.1. Смысл общения врача с больным**

Общение врача с больным является неотъемлемой частью его лечения, так как невозможно лечить, не общаясь, не взаимодействуя с пациентом.

В процессе взаимодействия осуществляется психологическая поддержка больного, заключающаяся, в первую очередь, в создании благоприятной терапевтической атмосферы.

### **6.2. Слушание как коммуникативный навык**

Основным коммуникативным навыком служит техника слушания, которая в обязательном порядке включает в себя эмпатию, состоящую в том, чтобы не оценивать больного, а понимать его и сопереживать ему (Чулкова В. А., Пестерева Е. В., 2014). Для эффективного общения необходимо:

- Обращаться к личности пациента (приветствие, обращение по имени).
- Обращать внимание на невербальные сообщения (поза, жесты, мимика) пациента.
- Признать естественность и нормальность чувств больного в ситуации заболевания и помочь ему в их выражении.
- Уметь задавать вопросы не только закрытые (подразумевающие ответы «да», «нет»), но и открытые, которые позволяют говорить о существующих страхах и тревогах.
- Уметь кратко суммировать изложенное пациентом и спросить, правильно ли вы его поняли.
- Если у больного много проблем, то попросите определить его приоритеты.

### **6.3. Информирование онкологического больного**

При информировании больного необходимо учитывать его индивидуальные особенности: возраст больного, пол, социальный статус, семейное положение, локализацию опухоли и предстоящее лечение, особенности личности больного, определяющие его адаптацию к заболеванию и его дезадаптивные реакции.

Необходимо соблюдать принцип компетентности: говорить с каждым пациентом на понятном ему языке так, чтобы он был компетентен понять, о чем идет речь. Как показывает опыт, для врача это тоже представляет трудность, так как он привык говорить языком медицинских терминов.

Следует осознавать, что разговор врача с больным всегда имеет огромное значение для последнего, ведь он касается важных вопросов его жизни, поэтому необходимо позаботиться о специальном месте и времени разговора с больным.

Место для этого должно быть там, где никто бы не мог помешать беседе, необходимо, чтобы соблюдалась интимность разговора. Время для беседы выбирается таким образом, чтобы было удобно и пациенту, и врачу. Если врач не имеет много времени, то он должен предупредить об этом больного в начале беседы, чтобы потом резко не прерывать ее.

Понимание любых реакций пациента, предоставление ему возможности выразить свои чувства, проявление к нему сочувствия и сострадания являются сутью эмоциональной поддержки больного. Также важно осознавать и свои чувства в этой ситуации, они могут быть похожими на чувства пациента.

Врач постепенно подводит больного к постижению им серьезной перемены в своем состоянии – перехода от здоровья к тяжелой болезни.

При этом, как замечают Р. Дж. Твайкросс и Д. Р. Фрамpton (1992), в беседе с больным необходимо придерживаться двух параллельных принципов: никогда не обманывать пациента и избегать бездумной откровенности.

Иначе говоря, не следует дезинформировать больного, создавая у него ложное впечатление, что все будет хорошо, так как рак представляет действительную угрозу жизни.

Но вместе с тем, не следует вдаваться и в излишние подробности болезни и лечения, они могут лишь усугубить и без того тяжелое состояние пациента.

При этом врач должен учитывать, что многие больные хотят получить более полные и детальные сведения о своем заболевании. Они пользуются специальной литературой, интернетом, критически оценивают все, что им сообщают лечащие врачи (Чулкова В. А., 2013).

#### **6.4. Сообщение диагноза и других неприятных новостей**

Нужно быть готовым к сильным эмоциональным реакциям (злость, слезы), так как сообщение плохих новостей обычно причиняет страдание как пациенту, так и врачу. Необходимо с пониманием отнестись к любым реакциям пациента и дать ему возможность выразить свои чувства.

Позаботьтесь о том месте, где вы будете говорить больному о диагнозе. Необходимо соблюдение интимности.

Выясните, что больной уже знает о болезни. Если он употребляет слово «рак», то узнайте, что он понимает под этим словом до того, как подтвердить диагноз.

Выясните, что больной хочет знать. Здесь уместно дать «предупредительный сигнал» до сообщения диагноза. Например, «результаты анализа показали, что, возможно, мы имеем дело с чем-то серьезным». Внимательно наблюдайте за невербальными реакциями пациента, а также осознавайте свое невербальное поведение.

Выстройте подаваемую информацию согласно степени понимания пациентом.

Будьте готовы остановиться, если пациент вербально или невербально показывает, что он уже получил достаточно информации.

Выясните, что больной чувствует по поводу диагноза. Проверьте, правильно ли он вас понял.

После отрицательной информации обязательно дайте положительную, например, о перспективах дальнейшего лечения.

Дать надежду больному не означает гарантировать ему выздоровление или утешить, что все будет хорошо. Надеждой для больного является то, что он не будет оставлен один на один со своей болезнью, что он всегда может рассчитывать на понимание и помощь врача.

## **7. Динамика психологического состояния онкологического пациента**

В ситуации онкологического заболевания одним из ключевых моментов отношения к болезни и критерием успешной психологической адаптации больного является принятие им злокачественного характера патологического процесса.

Принятие злокачественного характера заболевания проявляется в динамике психологического состояния больного, которую можно представить в виде трех фаз, не совпадающих с этапами течения онкологического заболевания и лечения пациента. Они отражают индивидуальную адаптацию конкретного человека к заболеванию (Чулкова В. А., Пестерева Е. В., 2010).

В настоящее время в онкологических клиниках нашей страны все чаще работают медицинские/клинические психологи. В этой части рекомендаций мы хотим показать, ориентируясь на трехфазную модель динамики психологического состояния человека в ситуации онкологического заболевания, как могут сочетаться психологическая поддержка, осуществляемая врачом, и психологическая помощь, оказываемая медицинским/клиническим психологом, и подчеркнуть, что это разные виды психологической помощи онкологическому пациенту, которые не заменяют, а дополняют друг друга (Чулкова В. А., Пестерева Е. В., 2014).

### **7.1. Первая фаза**

Психологическая задача больного – принятие заболевания. Испытывая интенсивные негативные эмоции, больной проходит стадии от отрицания к принятию злокачественного характера заболевания не только на когнитивном (когда больной информирован о заболевании), но и на эмоциональном уровне.

Эмоциональное принятие болезни возможно только в процессе переживания.

В результате психоэмоциональное напряжение пациента снижается и происходит принятие себя как больного человека. Пережитое страдание является основой для реального отношения к заболеванию у больного.

**Рекомендация.** *От врача требуется понимание переживаний и психологического состояния пациента, проявление эмпатии (сочувствие и сострадание, безоценочное отношение: не осуждение пациента за его эмоции и высказываемые им представления о болезни и лечении) и адекватное информирование (о диагнозе, исследованиях, лечении, процедурах, возможных осложнениях, дальнейшей жизни в условиях болезни).*

*Медицинский психолог помогает больному не только выражать чувства, но и осознавать, какие это чувства: осознание чувств, переживаний – это первый шаг к контролю своего состояния в ситуации неопределенности. Используются навыки эмпатического и активного слушания, кризисная интервенция, различные арт-терапевтические техники, гештальт-терапия и др.*

## **7.2. Вторая фаза**

Психологическая задача больного – адаптация к заболеванию, состоящая в том, чтобы научиться жить в условиях болезни. Принятие болезни связано с формированием у заболевшего человека новой идентичности «Я – больной». Только тогда у больного возникает осознанное желание лечиться, контролировать свое эмоциональное состояние, настроение и реакции в ситуации заболевания. В этот период он готов обратиться как к внешним (врачи, семья, друзья, сослуживцы), так и к внутренним (надежда, терпение, желание жить) личностным ресурсам.

У больного увеличивается диапазон реагирования в ситуации заболевания, он приобретает новый опыт, который позволяет ему жить в изменившейся жизненной ситуации. Эта фаза характеризуется сильной мотивацией пациента на лечение и готовностью обучаться жить в условиях болезни.

Особое значение принадлежит контакту врача и пациента, свидетельствующему о том, что больной не одинок в процессе лечения. Именно на этой фазе отсутствие или недостаточное информирование пациента не только о самом заболевании, но и о различных методах лечения, возможных трудностях и последствиях его создает предпосылки обращения больных к ненаучным методам лечения.

Обсуждение вопросов, связанных с заболеванием и его лечением, позволяет больному почувствовать свое участие в лечении: он

имеет ощущение выбора и контроля.

**Рекомендация.** *Врач, проявляя эмпатию, обсуждает с больным вопросы, связанные с заболеванием и его лечением. Необходимо давать четкие и понятные рекомендации больному о том, как жить в условиях болезни и лечения.*

*Медицинским психолог, используя техники релаксации, саморегуляции, направленного воображения, визуализации, внутреннего диалога, дает возможность пациенту научиться, в определенных пределах, контролировать свое состояние и настроение, а также более целостно взглянуть на свою жизнь. Способность больного не только выражать, но и обсуждать свои чувства, позволяет психологу использовать техники (в том числе гештальт-терапию), которые помогают обратиться к затаенным чувствам (например, обидам), научиться их принимать, что увеличивает диапазон реагирования пациента.*

Онкологических больных, которые переживают заболевание как экстремальную ситуацию (сверхсильный стресс) большинство. Для них процесс адаптации к заболеванию заканчивается на 2 фазе, и все указанные выше методы психологической помощи как врача, так и психолога способствуют этому.

### **7.3. Третья фаза**

3 фаза характерна для больных, которые переживают заболевание как кризис. Психологическая задача больного – изменение и реконструкция личности, поиск смысла жизни, переоценка жизненных ценностей.

Психологическая работа, направленная на самоизменение, личностный рост, является наиболее длительной и разнообразной по содержанию. Больной через обращение к аутентичности приходит к новой личностной интеграции.

На данной фазе динамики психологического состояния больного ведущая роль при оказании психологической помощи пациенту принадлежит психологу, а не врачу.

**Рекомендация.** *Врач поддерживает, но не навязывает*

*стремление больного к саморазвитию, переоценке жизненных ценностей, поиску смысла жизни.*

*Медицинский психолог использует разнообразные методы – арт-терапию, ведение дневника, внутренний диалог, библиотерапию, нарративную терапию, экзистенциальную терапию – все, что позволяет человеку развиваться и способствует его личному росту.*

Наш опыт свидетельствует, что психологическая поддержка врача, заключающаяся, прежде всего, в эмоциональной поддержке больного и адекватном его информировании, нужна абсолютно каждому онкологическому пациенту.

Психологическая помощь медицинского психолога не является необходимой каждому онкологическому пациенту, так как нельзя недооценивать личность самого больного в процессе адаптации к заболеванию. При этом консультация медицинского психолога должна быть доступна для всех онкологических пациентов.

## 8. Общение врача с пациентом в паллиативной медицине

При негативном течении онкологического заболевания пациент признается инкурабельным и наступает этап паллиативного лечения. Паллиативный этап может продолжаться до трех лет. Одним из вариантов предоставления паллиативной помощи является хосписная помощь.

Целью паллиативного лечения становятся улучшение качества жизни пациентов с далеко зашедшими формами заболеваний и смягчение проявлений неизлечимой болезни. Целью оказания психологической помощи в паллиативной медицине является снижение психоэмоционального напряжения, вызванного физическими и психологическими страданиями больного.

При столкновении с инкурабельностью пациента основной психологической трудностью врача оказывается глубинное внутреннее, нередко не осознаваемое, требование к себе излечивать заболевание и переживание, в связи с этим, собственной беспомощности.

Смягчать такие переживания могут психологическая проработка экзистенциальных переживаний самого врача, антипатерналистская позиция, при которой врач разделяет ответственность за течение заболевания с самим заболевшим, а также психологическое принятие больного и доверие к его личности.

Врачу необходимо знать, что:

- на паллиативном этапе заболевания больной способен жить полноценной насыщенной жизнью, поэтому – верь в человека;
- доверие к пациенту – это уважение к его истории и его личности, поэтому – уважай человека;
- полный объем профессиональной помощи не гарантирует излечение при онкологическом заболевании, поэтому в инкурабельности пациента врач не виноват.

**Рекомендация.** *Работа врача в сфере онкологии, особенно в паллиативной медицине, несет в себе риск вторичной психической травматизации.*

**1.** *Врачу необходимо обучаться на специальных тренингах, включающих в себя освоение навыков коммуникации с инкурабельным пациентом, чтобы уметь принять психоэмоцио-*



*нальное напряжение пациента при отказе от активного лечения как ожидаемую норму и подготовит себя к этому.*

*2. Врачу необходимо уметь осознавать свои негативные эмоции и чувства, которые возникают при общении с инкурабельным больным, а если они не возникают, то понять причину.*

*3. Врачу необходимо заботиться о своем психическом состоянии и здоровье, участвуя в программах личной психологической реабилитации.*

## Заключение

В настоящее время лечение и реабилитация онкологического пациента невозможны без учета психологической составляющей заболевания.

Игнорирование психологических аспектов взаимодействия «врач – пациент», влияющих на состояние больного, его отношение к болезни и лечению и, в этой связи, на успешность лечения, ведет к неадекватным реакциям пациента в ситуации заболевания вплоть до отказа от лечения, создает основу для конфликтов между пациентом, его родственниками и медицинскими работниками, способствует профессиональному выгоранию врача. Указанные обстоятельства снижают качество жизни не только пациента, но и врача-онколога.

В данном пособии рассматриваются особенности ситуации онкологического заболевания с позиции клинической психологии, которые «задают» переживания больного.

Специфичность переживаний в ситуации онкологического заболевания чревата психической травматизацией больного.

Сложностью для врача является адекватное информирование пациента. Именно адекватное информирование влияет на формирование отношения больного к болезни и лечению и, в конечном итоге, на его психологическую адаптацию.

Врачу необходимо осознавать смысл своего общения с больным, владеть основными коммуникативными навыками и уметь адекватно информировать больного. В пособие изложены некоторые правила информирования онкологического больного, которые врачу необходимо принимать во внимание, для того чтобы оно соответствовало целям взаимодействия врача и больного и являлось не психотравмирующим, а психотерапевтическим.

## Контрольные вопросы

1. Признаки экстремальных и кризисных ситуаций, характеризующие ситуацию онкологического заболевания.
2. Экзистенциальные проблемы больного в ситуации онкологического заболевания.
3. Клинические характеристики, влияющие на переживания онкологического больного.
4. Интенсивные негативные эмоции и чувства человека в ситуации онкологического заболевания.
5. Изменения когнитивных (познавательных) процессов у онкологического больного.
6. Характеристики психической травмы при онкологическом заболевании.
7. Признаки посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у онкологического пациента.
8. Отличие травматического стресса при онкологическом заболевании от других психотравмирующих ситуаций.
9. Компоненты отношения к болезни.
10. Отношение к лечению.
11. Значимость для больного отношения к лечению.
12. Определение психологической адаптации онкологического пациента.
13. Бессознательные психологические защитные механизмы у больного в ситуации онкологического заболевания.
14. Копинг-стратегии онкологического больного.
15. Неадаптивные реакции на заболевание онкологического больного.
16. Значение для больного отношения с врачом.
17. Слушание как коммуникативный навык.
18. Эмпатия.
19. Информирование онкологического больного.
20. Принцип компетентности при информировании.
21. Необходимые условия при информировании онкологического пациента.
22. Динамика психического состояния онкологического больного.
23. Характеристики первой фазы динамики психического состояния онкологического больного.

24. Роль врача в первой фазе динамики психического состояния больного.
25. Характеристики второй фазы динамики психического состояния больного.
26. Роль врача во второй фазе динамики психического состояния больного.
27. Характеристики третьей фазы динамики психического состояния онкологического больного.
28. Общение врача с пациентом в паллиативной медицине.
29. Основная психологическая трудность врача при взаимодействии с инкурабельным пациентом.
30. Самопомощь врача в работе с онкологическими пациентами.

## Тестовые задания

**Инструкция:** выберите один или несколько правильных ответов

1. Укажите психологические проблемы, существующие в онкологии

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	взаимоотношения «врач / медсестра – пациент»	+
б	улучшение результатов лечения онкологических больных	
в	адаптация больного к заболеванию и лечению	+
г	увеличение числа вновь диагностируемых больных раком	

2. Укажите, как проявляется онкологическое заболевание на эмоциональном уровне

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	нарушение функционирования органов и систем	
б	проявление негативных эмоций	+
в	переживание конечности жизни, одиночества, ответственности, смысла жизни	
г	изменение социального статуса	
д	изменение материального положения	

3. Укажите, как проявляется онкологическое заболевание на психологическом уровне

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	нарушение отношений к самому себе и к окружающим	+
б	проявление негативных эмоций	
в	переживание конечности жизни, одиночества, ответственности, смысла жизни	
г	изменение социального статуса	
д	изменение материального положения	

4. Укажите, как проявляется онкологическое заболевание на экзистенциальном/ духовном уровне

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	нарушение отношений к самому себе и к окружающим	
б	проявление сильных негативных эмоций	
в	переживание конечности жизни, одиночества, ответственности, смысла жизни	+
г	изменение социального статуса	

5. Укажите, содержание переживаний, которое свидетельствует об экзистенциальных проблемах больного

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	«Каков смысл моей болезни и почему это случилось со мной»	+
б	ощущение вины в связи с заболеванием, например: «Сама виновата, надо было раньше обращать внимание»	
в	ощущение стыда в связи с заболеванием	
г	«Что я могу сделать, как могу сам себе помочь в ситуации заболевания»	+
д	переживания, что лечение не дает мгновенного результата	
е	ощущение отчаяния, например: «Как теперь жить, если вся жизнь химиотерапия»	

6. Укажите, на что направлена бессознательная психологическая защита человека в ситуации заболевания

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	на снижение тревоги и страха	+
б	на принятие злокачественного характера заболевания	
в	на снижение неопределенности, возникающей в результате обнаружения заболевания	
г	на переработку травмирующей ситуации заболевания	

7. Укажите, на какой из стадий принятия болезни больным используется бессознательная психологическая защита

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	агрессии	
б	попытки «сговора с судьбой»	
в	отрицания	+
г	принятия	

8. Укажите, какие фазы принятия болезни больным характеризуются как страдание

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	попытки «сговора с судьбой»	
б	агрессии	+
в	отрицания	
г	депрессии	+
д	принятия	

9. Укажите сознательные стратегии совладания со стрессом, конструктивные для человека в ситуации заболевания

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	подавление эмоций	
б	проблемный анализ	+
в	отвлечение, переключение мыслей на другие темы	
г	обращение за помощью	+
д	активное проявление эмоциональных реакций	+

10. Укажите, что характерно для адаптации онкологических больных

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	принятие злокачественного характера заболевания	+
б	сохранение прежних (до болезни) межличностных взаимоотношений	
в	возможность жить в условиях болезни	+
г	ожидание, что «Все будет хорошо»	

11. Укажите ситуации, в которых врач должен информировать больного о диагнозе

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	сообщать диагноз всегда	
б	не сообщать диагноз	
в	сообщать диагноз родственникам больного	
г	сообщать, если больной изъявляет желание знать свой диагноз	+

12. Укажите, чем является проявление сильных негативных эмоций у онкологического больного в процессе информирования его о диагнозе

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	адекватной психологической реакцией	+
б	нежеланием больного контролировать свои чувства	
в	отклонением от нормальных психологических реакций	
г	способом воздействовать на врача: например, вызвать жалость к себе	

13. Укажите, в каких ситуациях врачу следует говорить с больным о болезни

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	если больной задает вопросы	
б	на ранних стадиях развития болезни у больного	
в	с больным всегда следует говорить о болезни	+
г	на поздних стадиях развития болезни у больного	



14. Укажите, в какой последовательности следуют фазы динамики психологического состояния онкологического пациента:

1 – адаптация к заболеванию

2 – реконструкция и изменение личности

3 – принятие болезни

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	1. 2. 3.	
б	3. 1. 2.	+
в	1. 3. 2	
г	3 .2. 1.	

15. Укажите, на какой из фаз динамики психологической адаптации онкологического пациента более всего требуется работа с его чувствами

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	первая фаза	+
б	вторая фаза	
в	третья фаза	
г	на всех фазах	

16. Укажите задачи психологической поддержки врача на 1 фазе динамики психологического состояния онкологического больного

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	снижение эмоционального напряжения больного	+
б	осознания больным нового жизненного опыта	
в	принятие больным заболевания	+
г	переоценка и переосмысление больным жизненных ценностей	

17. Укажите, делает врач, оказывая психологическую поддержку пациенту, состояние которого характерно для 1 фазы

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	обязательно информировать о диагнозе, независимо от потребности больного	
б	обсуждать с больным вопросы, связанные с заболеванием и лечением	+
в	привлекать для поддержки больного его родственников	
г	поощрять свободное выражение больным своих чувств	+

18. Укажите задачи психологической поддержки врача на 2 фазе динамики психологического состояния онкологического больного:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	рекомендации о возможностях и ограничениях в ситуации заболевания	+
б	осознание больным глубинных чувств, актуализированных в связи с заболеванием	
в	снижение эмоционального состояния больного	+

19. Укажите, что делает врач, оказывая психологическую поддержку пациенту, состояние которого характерно для 2 фазы

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	общаться с родственниками больного	
б	поощрять свободное выражение больным своих чувств	+
в	обучать больного методам контроля за своими эмоциями	
г	давать четкие и понятные больному рекомендации о том, как он может помочь себе в условиях болезни и лечения	+

20. Укажите задачи психологической поддержки врача на 3 фазе динамики эмоционального состояния онкологического больного

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	поиск внешних и внутренних ресурсов больного	
б	снижение эмоционального напряжения больного	+
в	переосмысление больным жизненного смысла	
г	адекватное информирование больного	+

21. Укажите адекватные способы разрешения ситуации заболевания

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	постепенное восстановление психического и душевного баланса	+
б	невротические проявления больного	
в	фиксация на одной из стадий	
г	рост личности	+
д	отсутствие сильных эмоциональных реакций	

22. Укажите неадекватные способы разрешения ситуации заболевания

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	интеграция нового опыта	
б	возникновение других соматических заболеваний психогенной природы	+
в	расширение идентичности	
г	наличие признаков дистресса (эмоциональная нестабильность, тревога, депрессия, астения, утомляемость)	+
д	дестабилизации поведения в различных сферах жизнедеятельности	+

23. Укажите симптомы посттравматического стрессового расстройства, проявляющиеся у онкологического пациента

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	непонятные физические ощущения вызывают невротические и психосоматические реакции, символизирующие рецидив заболевания	+
б	переживание конечности жизни, одиночества, ответственности	
в	навязчивые повторяющиеся сны о событиях, связанных с заболеванием	+
г	больной негативно относится к лечению	
д	больной конфликтует с медицинским персоналом	
е	больной не может говорить о своем заболевании, выражает желание «все забыть»	+

24. Укажите, что является внутренней картиной болезни

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	записи в амбулаторной карте	
б	представление больного о своей болезни	+
в	представление врача о болезни больного	
г	история болезни	

25. Укажите компоненты внутренней картины болезни

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	интеллектуальный / когнитивный	
б	чувственный	
в	мотивационный	
г	эмоциональный	
д	все перечисленные	+

26. Укажите, что способствует возникновению отношения к болезни в системе отношений человека

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	известие о диагнозе	+
б	плохое самочувствие человека и наличие болевых ощущение	
в	сниженный фон настроения	
г	наличие в ближайшем окружении больных	
д	наличие медицинского образования	

27. Укажите, какие составляющие отношения к лечению являются показателем значимости лечения для больного

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	осведомленность и потребность больного в информации о заболевании и лечении	+
б	взаимоотношения с лечащим врачом в процессе лечения	+
в	эмоциональные реакции на заболевание и на необходимость лечения	+
г	локализация опухоли	

28. Укажите, что определяет специфику переживаний онкологического больного, которую необходимо учитывать врачу при построении взаимоотношений

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	этап лечения	+
б	локализация опухоли	+
в	вид лечения	+
г	взаимоотношения с врачом	

29. Укажите фразы, свидетельствующие об эмпатии врача:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	«Все будет хорошо»	
б	«Мне жаль вас»	
в	«Вы мне симпатичны»	
г	«Я знаю, что вам сейчас тяжело»	+
д	«С моими родственниками недавно было то же самое, и я вас понимаю»	

30. Если врач в разговоре с онкологическим пациентом использует фразы – «*Все будет хорошо*», «*Надо надеяться, не опускать руки*», «*У вас есть шансы*», «*Не переживайте*» – то это свидетельствует:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	об оптимизме врача	
б	о желании врача эмоционально поддержать больного	
в	об избегании врачом сильных негативных чувств больного	+
г	о готовности и способности врача помочь больному	
д	об уверенности врача в излечении больного	

31. Укажите, какая фраза является более конструктивной и способствует становлению контакта врача с больным

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	не волнуйтесь, ваше заболевание возникло давно, и сейчас уже не важно начнется лечение на неделю раньше или позже	
б	вы не единственный, есть случаи успешного лечения пациентов с таким же как и у вас заболеванием	
в	не волнуйтесь, вы еще лет 10 проживете	
г	вам сейчас, возможно, страшно, но после проведенного исследования мы выберем тактику лечения: если у вас «Х», то будем действовать так, а если «У», то другим способом	+
д	не волнуйтесь, волноваться вредно, особенно в вашем состоянии	

32. Больной пропустил очередной курс химиотерапии. Он объяснил лечащему врачу, что с момента последнего курса химиотерапии в его семье произошло несколько несчастных случаев. Укажите, какая фраза является более уместной в этой ситуации

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	вы решили, что несчастный случай в вашей семье является поводом пропустить очередной курс химиотерапии?	
б	но вы должны понимать, что речь идет о вашем здоровье	
в	врач-химиотерапевт в произошедшем не виноват	
г	все мы ходим под Богом	
д	я вам сочувствую, будем продолжать лечение дальше	+

33. В палате находятся пациент, врач и третье лицо (родственник). Каким образом необходимо сообщать о больном третьему лицу

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	больной чувствует себя лучше	
б	Иван Петрович чувствует себя лучше	+
в	лечение проходят успешно	

34. Распространенные проблемы, встречающиеся во взаимодействия врача с пациентом – обозначение временных границ взаимодействия, трудность завершения разговора с больным, даже если он происходит в отведенное для этого время. Укажите, что лежит в основе указанных проблем

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	профессиональная неуверенность врача	
б	личностная неуверенность врача	+

35. Ситуация онкологического заболевания обладает всеми признаками других жизненных экстремальных и кризисных ситуаций. Укажите признаки, специфичные только для ситуации онкологического заболевания

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	внезапность возникновения ситуации	
б	полиэтиологичность заболевания	+
в	разрушение картины мира	
г	калечащий характер оперативного вмешательства, длительность лечения	+
д	отсутствие контроля над происходящим	
е	неопределенность будущего	

36. Укажите, кто в медицинском учреждении участвует в психологической реабилитации онкологического больного, оказывая ему психологическую поддержку

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	лечащий врач	
б	медицинский психолог	
в	медсестринский персонал	
г	все работники медицинского учреждения	+
д	родственники больного	

37. Укажите, чем является отношение больного к лечению

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	деятельностью по преодолению заболевания и его последствий	+
б	верой в успех лечения	+
в	прохождением лечебных процедур в соответствие с планом лечения	
г	целью жизни больного человека	



38. Укажите, какие признаки указывают на сверхзначимое отношение больного к лечению

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	пациент склонен к сотрудничеству с лечащим врачом	
б	пациент склонен к нарушению личностных границ при общении с врачом	+
в	выраженность эмоциональных реакций больного определяется актуальной ситуацией	
г	пациент эмоционально реагирует на все нюансы лечения (от страха и беспокойства до бурной радости и благодарности)	+
д	поиск информации о заболевании и лечении обозначен требованиями ситуации, а не личной инициативой пациента	

39. Укажите признаки низкой значимости отношения больного к лечению

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	больной пассивно следует за назначением врача	+
б	больной отказывается от лечения	
в	больной к информации о заболевании и лечении относится равнодушно	+
г	больной испытывает сильные тревогу и страх перед лечебными процедурами	
д	больной не раскрывает своих переживаний по поводу лечения	+

40. Укажите, в чем заключается специфичность психотравмирующей ситуации онкологического заболевания, в отличие от других психотравмирующих ситуаций

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	ситуация включает угрозу жизни	
б	травмирующая ситуация является событием прошлого	
в	травмирующая ситуация угрожает будущей жизни человека	+
г	реакция человека включает интенсивный страх, ужас, чувство беспомощности	
д	угроза исходит из внешней среды	
	угроза находится внутри организма	+

## Список рекомендуемой литературы

1. Бочаров В. В., Карпова Э. Б., Чулкова В. А., Ялов А. М. Анализ экстремальных и кризисных ситуаций с позиции клинической психологии // Вестник СПбГУ. – 2010. – Вып. 1, сер. 12. – С. 9-16.
2. Вассерман Л. И., Щелкова О. Ю. Медицинская психодиагностика: теория, практика, обучение. – СПб.; М.: Центр Академия, 2003. – 736 с.
3. Иовлев Б. В., Карпова Э. Б. Психология отношений. Концепция В. Н. Мясищева и медицинская психология. – СПб.: Сенсор, 1999. – 85 с.
4. Мясищев В. Н. Психология отношений / под ред. А. А. Бодалева. – М.: Институт практической психологии, Воронеж: НПО МОД ЭК, 1995. – 356 с.
5. Падун М. А., Котельникова А. В. Психическая травма и картина мира: теория, эмпирия, практика. – М.: Институт психологии РАН, 2012. – 133 с.
6. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.
7. Тарабрина Н. В., Ворона О. В., Курчакова М. С., Падун М. А., Шаталова Н. Е. Онкопсихология: посттравматический стресс у больных раком молочной железы. – М.: Институт психологии РАН, 2010. – 175 с.
8. Твайкросс Р. Дж., Фрамpton Д. Р. Введение в паллиативную медицину // Собелл Пабליкейшн, Черчилль Госпиталь Оксфорд ОХ37. – Великобритания, 1992. – 35 с.
9. Чулкова В. А., Пестерева Е. В. Душевный мир онкологического больного // Вопросы онкологии. – 2010. – Т. 56, № 1. – С. 83-87.
10. Чулкова В. А., Пестерева Е. В. Психологическая помощь онкологическим больным // Вестник СПбГУ. – 2010. – Вып. 1, сер. 12. – С. 185-191.
11. Чулкова В. А. Информирование онкологического больного: учебное пособие. – СПб.: Ладога, 2013. – 68 с.
12. Чулкова В. А., Пестерева Е. В. Врач и медицинский психолог: взаимодополняющие подходы при оказании психологической помощи онкологическому пациенту // Вопросы онкологии. – 2014. – Т. 60, № 2. – С. 94-98.

13. Чулкова В. А., Пестерева Е. В. Заболевание с витальной угрозой: и экстремальная ситуация, и психологический кризис // Психология кризисных и экстремальных ситуаций: психическая травматизация и ее последствия: учебник / под ред. Н. С. Хрустальной. – СПб.: СПбГУ. – 2014. – С. 223-271.

14. Чулкова В. А., Пестерева Е. В. Коммуникативные навыки в работе врача-онколога // Вопросы онкологии. – 2014. – Т. 60, № 5 – С. 643-646.

15. Чулкова В. А., Пестерева Е. В., Попов Т. М., Рысенкова Д. М., Ялов А. М., Семиглазова Т. Ю. Отношение онкологических больных к лечению при системных методах терапии // Вопросы онкологии. – 2018. – Т. 64, № 3. – С. 429-434.

---

Подписано в печать 26.07.2018      Формат 60x84<sup>1/16</sup>      Цифровая      Печ.л. 1,8  
Тираж 100 экз.                              Заказ № 13/07                      печать

---

Типография «Фалкон Принт»  
197101, г. Санкт-Петербург, ул. Большая Пушкарская, д. 41, литер Б,  
сайт: <http://falconprint.ru>

ISBN 978-5-6041252-3-6

