

DOI: <https://doi.org/10.18027/2224-5057-2024-14-3s1-84-89>

Профессиональная психологическая подготовка врачей-онкологов: мастер-класс

В.А. Чулкова¹, Е.В. Пестерева^{1,2,3}, Г.А. Ткаченко^{4,5}

¹ ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России; Россия, 197758 Санкт-Петербург, п. Песочный, ул. Ленинградская, 68;

² ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Минздрава России; Россия, 199034 Санкт-Петербург, Университетская наб., 7–9;

³ ВГБОУ «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России; Россия, 194100 Санкт-Петербург, Литовская ул., 2;

⁴ ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента России; Россия, 121359 Москва, ул. Маршала Тимошенко, 15;

⁵ ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента России; Россия, 121359 Москва, ул. Маршала Тимошенко, 19, с. 1А

Для корреспонденции: Ткаченко Галина Андреевна mitg71@mail.ru

В рамках Российского онкологического конгресса проводились мастер-классы, общая цель которых — повышение профессиональной психологической подготовки врача-онколога.

В 2021 году мастер-класс «Как говорить с больным и его родственниками или основные положения общения врача с онкологическим пациентом и его родственниками» ознакомил врачей с основными положениями общения врача с онкологическим пациентом и его родственниками: затрагивались вопросы смысла общения врача с пациентом, обсуждались составные части взаимодействия врача-онколога с больным и его родственниками, а также обращалось внимание на адекватное информирование больного и коммуникативные навыки врача при взаимодействии. При проведении мастер-класса использовались мини-лекции и обсуждались примеры из практики.

В 2022 году мастер-класс «Профессиональная позиция и коммуникативные навыки врача-онколога» был ориентирован на обсуждение с врачами особенностей профессионального взаимодействия с пациентами: рассмотрены вопросы профессиональной и непрофессиональной позиции врача-онколога, обсуждались какие личные потребности реализует врач в процессе взаимодействия с пациентом и как это противоречит его профессиональной позиции. Наряду с мини-лекциями и обсуждением примеров из практики, использовались ролевые игры. Результатом обсуждения явилось осознание и понимание врачами, что для эффективного взаимодействия с пациентами владеть только коммуникативными техниками недостаточно.

В 2023 году на мастер-классе «Эмпатия в работе врача-онколога» обсуждалось значение коммуникативного навыка эмпатии в профессиональном взаимодействии врача с онкологическими пациентами: определение эмпатии, необходимость ее в работе врача-онколога, каким образом проявляется эмпатия в вербальном и невербальном поведении, является ли эмпатия врожденным качеством или навыком, которому можно обучиться, связь эмпатии с эмоциональным интеллектом и существует ли связь эмпатии с эмоциональным выгоранием. В ролевых играх были продемонстрированы реальные клинические случаи эффективного и неэффективного взаимодействия врача и пациента, в основе которого лежало присутствие или отсутствие эмпатии.

Ключевые слова: врач-онколог, пациент, лечение, профессиональное взаимодействие, информирование, эмоциональная поддержка, эмоциональное выгорание, профессиональная позиция, коммуникативные навыки.

Для цитирования: Чулкова В.А., Пестерева Е.В., Ткаченко Г.А. Профессиональная психологическая подготовка врачей-онкологов: мастер-класс. Злокачественные опухоли 2024;14(3s1):84–89. DOI: <https://doi.org/10.18027/2224-5057-2024-14-3s1-84-89>

.....

Проблема взаимоотношения врача и пациента актуальна на протяжении всей истории медицины и остается таковой в настоящее время. Так, отмечается, что содержанием жалоб от населения в инстанции, связанные с медицинской деятельностью, в большинстве случаев являются не претензии к медицинской диагностике и лечению заболеваний, а невнимание врачей к больному, отсутствие у него адекватной информации о болезни, получаемой от врача, рассогласованность в действиях

и словах различных специалистов во взаимодействии врача с пациентом [1]. Таким образом, если за результатами лечения упускаются психологические аспекты врачебной деятельности, то следствием этого является снижение качества медицинского обслуживания.

В рамках Российского онкологического конгресса (РОК-2021, РОК-2022, РОК-2023, г. Москва) проводились мастер-классы, общая цель которых — повышение профессиональной психологической подготовки врача-онколога.

В 2021 году прошёл мастер-класс «Как говорить с больным и его родственниками или основные положения общения врача с онкологическим пациентом и его родственниками». Уже само название мастер-класса подчеркивает, что каждое взаимодействие врача и больного индивидуально и уникально, поэтому на мастер-классе невозможно рассмотреть все случаи этого взаимодействия, но есть положения, которые могут быть ориентиром для врача в каждом конкретном случае. Кстати, на это указывал основоположник отечественной онкологии Н.Н. Петров (1876 г. — 1964 г.): «Больной — это всегда человеческая личность, со всеми ее сложными переживаниями, а отнюдь не безличный случай» [2].

Одно из положений общения врача с онкологическим пациентом состоит в том, что невозможно лечить больного, не взаимодействуя и не общаясь с ним. Общаться — это значит делать что-то общее. Для врача и для больного этим общим является лечение. Лечение — это особый вид деятельности по преодолению заболевания и его последствий, в которую включены и врач, и пациент, проявляющий при этом свою индивидуальность и активность [3].

Следующие положения во взаимодействии врача и пациента заключаются в том, что врачу важно понимать ситуацию онкологического заболевания и состояние больного, то есть врачу-онкологу необходимо учитывать, что:

- Ситуация онкологического заболевания сопровождается сверхсильными переживаниями больного, но только в процессе переживаний возможно принятие пациентом происходящего: благодаря переживаниям больной приспосабливается к изменившейся жизненной ситуации.
- Ситуация онкологического заболевания разрушает стабильную привычную картину мира человека (которая была до болезни) и является потенциально травмирующей ситуацией может быть симптоматика как непсихотического уровня (по типу невротических срывов), так и психотического (например, острая реакция на стресс в связи с информацией о диагнозе с витальной угрозой). Следует отметить, что данная психогенная симптоматика нередко выполняет защитную функцию в условиях непосредственной угрозы жизни, а ее отсутствие, напротив, повышает риск психологической травматизации больного и возникновения отставленных болезненных состояний [4]

При взаимодействии с пациентом врач решает следующие задачи: информирование больного, ориентированное на его психологическое состояние, и эмоциональная поддержка больного. Не бывает так, чтобы сначала врач проинформировал больного о заболевании, а потом эмоционально поддержал — это одновременный процесс.

В процессе информирования врач может, как поддерживать, так и усугубить состояние больного, когда возникает ситуация, что общение с врачом для пациента тяжелее, чем лечение вплоть до того, что ему страшен не столько рак, сколько контакт с врачом. Примером такого общения служат слова одной пациентки: «На самом деле стресс

получила не от диагноза по большей мере, а от отношения врача».

Информирование осуществляется в режиме постоянного взаимодействия врача и пациента в процессе лечения, и оно не является однократным. При адекватном информировании происходит разделение ответственности между врачом и пациентом: за что отвечает врач, и за что несет ответственность сам пациент, если мы говорим об активном участии пациента в процессе лечения. Врач ответственен за осуществление своей профессиональной деятельности (диагностика, лечение, амбулаторное наблюдение и др.), которая включает в себя ее психологические аспекты. Пациент ответственен за то, насколько он включен в процесс лечения — насколько мотивирован на лечение, как он выполняет рекомендации врача, за свое отношение к лечению, за свой образ жизни в процессе лечения. Процесс лечения предполагает коалицию врача и пациента, поскольку они вместе делают общее дело. Даже если у пациента может быть субъективное представление о болезни и лечении, навеянное мифами, предрассудками, собственными страхами (это представление не всегда адекватно), врачу важно не критиковать пациента и не поддерживать его видение болезни и лечения, а предложить медицинский подход к лечению заболевания.

В процессе информирования, как указывалось выше, врач осуществляет эмоциональную поддержку больного, которая состоит в понимании им состояния пациента, признании нормальности его чувств, какими бы они не были, и в выражении ему сочувствия, проявляемом вербально и невербально.

Человек в ситуации болезни стремится организовать себе пространство внешней поддержки, и в этой связи он нередко выделяет одного — двух родственников, с которыми у него доверительные отношения. Близкие для больного люди — это те, с кем он так или иначе совещается по поводу своего лечения, те, кому больной озвучивает свои опасения и ожидания. Эти родственники информированы о диагнозе больного и стремятся быть в курсе всех нюансов его лечения. При этом они хотят взаимодействовать с врачом. Таким образом, общение с такими родственниками больного становится неотъемлемой частью работы врача.

Для чего врачу нужно общаться с родственниками больного, разве им недостаточно того, что рассказывает сам больной? И у больного, и у родственника формируется субъективная картина болезни, которая основана на информации о заболевании. Нередко бывает так, что больной «дозирует», бессознательно используя психологическую защиту, информацию о заболевании для родственника. В результате у родственника не всегда реалистичная информация о болезни близкого, он не понимает всей сложности ситуации и в соответствии с этим стоит свое взаимодействие с ним. А бывает, что родственник начитывается различной популистической медицинской и психологической информации и активно обращается за помощью к врачам различных клиник, целителям, психологам (причем нередко это происходит за спиной больного),

такое восприятие заболевания и поведение родственника усугубляет состояние больного. В том и другом случае взаимодействие больного и его родственника происходит из разных реальностей, что ещё больше нарушает психическое равновесие больного. Таким образом, если больной и его родственник ориентируются на информацию, полученную от лечащего врача, то поддержка родственника будет более адекватной и качественной.

Врач, информируя больного, учит его жить в условиях болезни. Врач, информируя родственника, учит его жить с больным, так как для врача важно, чтобы родственник направил свою энергию на помощь больному в лечении, а не на оспаривание своего взгляда на лечения.

Лечение — это вид деятельности по преодолению заболевания и его последствий, в который включены и врач, и пациент, и нередко родственник больного. В триаде «врач — больной — родственник» каждый выполняет свою функцию и каждый несет свою ответственность. При этом родственник несет ответственность за эмоциональную поддержку больного, которая основана на адекватном понимании состояния больного, а также нередко за организацию посещения врача (сопровождение), помощь в быту.

Следует отметить, что родственник не является полноправным членом этой триады: главным субъектом внимания врача является больной. Если родственник стремится разговаривать с врачом за больного, то врачу нужно определить — «кто для него в данный момент является главным во взаимодействии?», «является ли поведение родственника поддерживающим в данной ситуации, а не заменяющим пациента в общении?» — и корректно показать это родственнику, ведь родственник не лечится сам и не лечит больного.

В 2022 году мастер класс «Профессиональная позиция и коммуникативные навыки врача-онколога» был ориентирован на обсуждение с врачами особенностей профессионального взаимодействия с пациентами.

В любом взаимодействии, в том числе профессиональном, всегда проявляется личность человека (его темперамент, характер, какие-то личностные свойства, убеждения и ценности). При этом следует иметь в виду, что личность человека многогранна — это не набор отдельных его качеств и свойств, а целостная многогранная структура.

В психологии имеются различные описания структуры личности: З. Фрейд (Ид, Эго, Супер-Эго), К. Юнг (Персона/Маска, Тень, Анима/Анимус, Самость), У. Джеймс (Физическая личность, Социальная личность, Духовная личность), С.Л. Рубинштейн (направленность личности, задатки и способности, темперамент и характер), Э. Берн (три Эго-состояния: Ребенок — Родитель — Взрослый), Б.Г. Ананьев (Индивид, Субъект деятельности, Личность, Индивидуальность) и др.

Для объяснения взаимодействия между людьми, в том числе профессионального, обратимся к идее о субличностях Р. Ассаджоли, которая показывает, что человек в своем внутреннем пространстве не одномерен, а имеет разные субличности (например, критик, наставник, жертва, спасатель и др.), каждая из которых характеризуется сво-

ими мыслями, установками, чувствами, поведением [5]. Так, на мастер-классе, отвечая на вопрос «Кто я в профессии по отношению к больному?», врачи-онкологи дали следующие ответы — «хороший человек», «эксперт», «спасатель», «начальник», «исследователь», «экспериментатор», «учитель, который знает, как жить человеку в ситуации болезни», «специалист, тянущий лямку» и др. Да, врач в профессиональной деятельности может проявляться через «спасателя», «наставника», «строного руководителя» и даже «родителя». Однако, если «врач — начальник», то это совершенно другие отношения с пациентом, чем, когда «врач — спасатель» или «врач — исследователь». С эти невозможно не согласиться.

Кроме того, профессиональная деятельность для любого человека — это сфера удовлетворения его различных потребностей, таких как материальное благополучие, уважение окружающих и самоуважение, социальный статус, общение в профессиональной среде, самореализация. Врач, исходя из различных субличностей, удовлетворяет разные потребности (осознаваемые или неосознаваемые): например, «врач начальник», скорее всего, удовлетворяет свою потребность в доминировании и во власти, «врач-спасатель» — в значимости и нужности. Все эти потребности не чужды человеку. Но, если врач во взаимодействии с больным фокусирован, прежде всего, на своих потребностях, то он не может психологически заботиться о своем пациенте.

Профессия, являясь сферой удовлетворения потребностей, имеет и смысловую составляющую для человека. Сужение своей профессиональной деятельности только до конкретного навыка или только до зарабатывания денег лишает человека смысловой составляющей его работы. Иначе говоря, смысловая составляющая профессии позволяет специалисту не фокусироваться только на своих личных потребностях и учитывать во взаимодействии личность другого человека — больного, включая особенности его ситуации и его состояние в этой ситуации. Это и есть профессиональная позиция.

Профессиональная позиция — это сложное и не до конца разработанное понятие, которое в настоящее время носит скорее описательный характер. Профессиональная позиция врача — это интегральная характеристика личности, которая проявляется в отношении врача к своей профессии и к себе как к специалисту, она обуславливает определенные способы самореализации врача в профессиональной среде. Именно профессиональная позиция дает врачу устойчивость в общении с каждым пациентом.

Профессиональная позиция не является жесткой конструкцией, она формируется у врача, начиная с обучения в медицинском вузе, в течение всей профессиональной жизни за счет собственной рефлексии специалиста («Кто я как врач?» «Каков смысл моей работы врачом?»).

Профессиональная позиция, включающая осознание врачом значение взаимодействия с пациентом и своей роли в этом взаимодействии, осознание и разделение ответственности между врачом и пациентом, знание врачом эмоциональных реакций и психологических трудностей

больного в процессе лечения, — это основа эффективного взаимодействия с больным. Владение же профессиональными коммуникативными навыками является «инструментом», с помощью которых врач осуществляет общение с пациентом.

В рамках мастер-класса были выделены и обсуждались такие коммуникативные навыки как присутствие, эмпатия, разделение чувств, пространственные и временные границы [6].

Присутствие, являясь важнейшим условием контакта, включает в себя не только физическое присутствие (рядом, в одном помещении), но и психологическое, которое подразумевает включенность в ситуацию пациента в настоящий момент. На мастер-классе была использована ролевая игра, иллюстрирующая психологическое отсутствие (не присутствие) врача: врач, предлагая больному рассказать о заболевании, его симптомах и самочувствии, как бы слушает пациента и одновременно может, заполняя медицинскую карту предыдущего пациента. В процессе обсуждения случая врачи отметили, что, если врач психологически полностью сосредоточен на конкретном пациенте, не отвлекаясь на внешние (звонки, обращение коллег и др.) и внутренние (мысли о незавершенных личных проблемах) факторы, то это отражается на качестве общения, особенно это актуально в ситуациях лимита времени.

Эмпатия. По роду своей профессиональной деятельности перед врачом стоит психологическая задача — выстроить взаимоотношения со страдающей личностью. Врачу необходимо стремиться к психологическому пониманию больного. Это становится возможным при наличии у него эмпатии (от греч. *empathia* — сопереживание). Эмпатию можно определить как способность «поставить себя на место другого человека». Обсуждение данного коммуникативного навыка на мастер-классе вызвало у врачей-онкологов много вопросов: «Является ли эмпатия врожденным качеством?», «Если эмпатия является навыком, то, как ему можно научиться?», «Как эмпатия проявляется на вербальном и невербальном уровнях?», «Существует ли связь эмпатии и эмоционального выгорания?». В ходе дискуссии было предложено обсудить более подробно значение эмпатии в профессиональном взаимодействии врача с онкологическими пациентами на мастер-классе следующего года.

Разделение чувств. Врач-онколог находится в одной ситуации с пациентом, которая наполнена сверхсильными переживаниями больного, и он непроизвольно вовлекается в эти переживания. Эмпатически понимая чувства пациента и выражая ему сочувствие, врачу также необходимо осознавать свои чувства и переживания, возникающие в процессе взаимодействия с пациентом.

Врачу важно не только осознавать свои чувства, но и уметь их конструктивно выражать. На мастер-классе был проиллюстрирован случай, когда врач в разговоре с больным, испытывая сильное эмоциональное напряжение, вызванное различными внешними и внутренними причинами, не может сдержать свое напряжение, и выра-

жает его неконструктивно. Например, повышает голос на больного, резко прекращает разговор или показывает неуместность чувств, вопросов больного и т.п. После этого, как правило, у врача возникает не всегда осознаваемое чувство вины, которое он пытается рационализировать (объяснить свою несдержанность приемлемым для себя способом, например, «врач ведь тоже человек»). Проблема состоит не в том, что врач не имеет право иметь чувства, а в том, что он должен уметь их конструктивно выражать при взаимодействии с больным.

Таким образом, общаясь с онкологическим больным, врачу важно уметь отделять свои чувства от чувств пациента. Процесс разделения чувств непростой, ему предшествует их осознание и понимание, что напрямую связано со способностью специалиста к рефлексии.

Пространственные и временные границы. Осмотр врачом больного и беседа с ним всегда происходит в каком-то помещении, поэтому врачу важно учитывать соответствие выбранного места целям беседы. Обозначенное пространство для взаимодействия с больным позволяет врачу быть более включенным в это взаимодействие. Пренебрежение врачом места нередко приводит к ненормированному и неформальному разговору с больным, вследствие которых врач может стать объектом манипуляции со стороны больного.

Практикующие врачи нередко жалуются на нехватку времени для бесед с больным. За этим может стоять опасение врача быть втянутым в длительный, неконструктивный и незапланированный разговор с больным. При этом врач испытывает естественное раздражение, так как у него нарушается распорядок рабочего дня: в данный момент у него нет времени, и он не готов беседовать на волнующую больного тему. На мастер-классе были продемонстрированы случаи, показывающие, что обозначение врачом временных границ взаимодействия с пациентом может помочь врачу справиться с этой проблемой.

Еще одной распространенной проблемой, встречающейся во взаимодействии врача с пациентом, является трудность завершения разговора с больным, даже если он происходит в отведенное для этого время. В данном случае врач сталкивается с проблемой неумения отказать другому человеку, особенно если это тяжело больной человек, и сказать ему «нет». В основе трудностей врача могут лежать его психологические проблемы, свидетельствующие о личностной неуверенности. Подчеркиваем, что речь идет не о профессиональной неуверенности, а именно о личностной, которая проявляется в его профессиональном взаимодействии. Это может быть также связано с проблемой установления личных границ, в том числе временных. Эти процессы, как правило, человеком не осознаются, но болезненно переживаются в виде ощущений, что его «используют».

Таким образом, на мастер-классе, наряду с мини-лекциями, использовались ролевые игры, которые демонстрировали как отсутствие, так и эффективное использование того или иного коммуникативного навыка. Использование на мастер-классе ролевых игр наглядно-

показало необходимость и важность владения врачом профессиональными психологическими коммуникативными навыками.

В 2023 году прошел мастер-класс «Эмпатия в работе врача-онколога», целью которого являлось определение и обсуждение значения коммуникативного навыка эмпатии в профессиональном взаимодействии врача с онкологическими пациентами. Выбор данной темы мастер-класса был обусловлен выраженным интересом врачей-онкологов к феномену эмпатии на предыдущем мастер-классе (РОК-2022).

Эмпатия — это способность понимать другого человека, а не оценивать его, сочувствовать ему и принимать его чувства в расчет. В отличие от симпатии и антипатии, которые являются оценочными суждениями по отношению к другому человеку (нравится — не нравится), эмпатия — это безоценочное суждение: врач видит, понимает эмоции и реакции больного в ситуации заболевания, но не оценивает, хороши они или плохи, нравятся ему или нет.

Эмпатия включает в себя понимание чувств и трудностей другого человека и понимание происходит на уровне того, что, хотя мы все разные, тем не менее мы все являемся людьми, и все человеческое нам понятно.

Американский психотерапевт Карл Роджерс писал [7]: «Быть эмпатичным — это значит воспринимать внутреннюю систему координат другого человека, сохраняя точность, эмоциональные компоненты и значения, принадлежащие этому человеку, как будто сам им являешься, но при этом ни в коем случае не забывая об условии «как будто». Таким образом, это означает ощущать боль или радость другого человека так, как он их ощущает, и ощущать их причины так, как ощущает их он, при этом никогда не забывая, что это именно «как будто» — как будто я был ранен, как будто я радовался и тому подобное. Если это «как будто» утрачивается, происходит идентификация».

Эмпатия позволяет видеть и понимать не только внешне проявляемое поведение пациента, но и его внутреннее состояние, которое явно не проявляется. Существует два вида внешнего поведения человека: невербально и вербально:

- Невербальное поведение включает в себя позу, жесты, мимику, взгляд, кивки головы и т. д., то есть «язык тела». Необходимо учитывать, что невербальное поведение менее осознаваемое, поэтому оно более правдиво. Так, врач в процессе беседы, наблюдая за пациентом, может получить информацию о его состоянии. Следует подчеркнуть, что взаимодействие всегда двухстороннее: больной тоже может «считывать» информацию по невербальным реакциям врача: отведенный в сторону взгляд, мрачные интонации в голосе, которые могут быть обусловлены усталостью врача или последствием разговора с другим пациентом, личными проблемами врача — всё это может быть замечено больным и влиять на состояние пациента и на контакт. Онкологические больные очень чуткие к невербальному поведению врача: грустный взгляд, удивленные глаза при осмотре пациента или выразительный взгляд в сторону коллег

или родственников — всё это воспринимается нередко больными как «приговор».

- Вербальное поведение подразумевает словесное общение: вопросы, ответы, то есть разговор, беседу.

Внешнее поведение — это то, что можно наблюдать. Однако внешнее поведение не всегда соответствует внутреннему состоянию человека, его чувствам, мыслям, намерениям. Например, больной может не выразить словами свои страхи и тревоги по поводу того, что увидел, наблюдая за поведением врача, но он проинтерпретировал (внутри себя) увиденное как устрашающую для себя информацию. Также не все вопросы, которые задает больной, следует воспринимать врачу однозначно. Например, за вопросом: «Сколько мне осталось жить?» — скрывается не желание больного услышать конкретные сроки своей жизни, а предложение поговорить о болезни и услышать поддерживающие слова врача. Врачу важно слышать, что стоит за невербальными и вербальными сообщениями больного. Именно наличие эмпатии у врача позволяет ему строить адекватные отношения с пациентом и оказывать ему психологическую поддержку.

Таким образом, эмпатия для врача является необходимой составляющей его профессионализма: от врача требуется психологическое понимание больного при выстраивании с ним отношений, что отражается на психологическом состоянии больного. Психологическое состояние больного, в свою очередь, влияет на эффективность и нередко на результат лечения, качество жизни больного в процессе лечения. С помощью эмпатии врач может: эмоционально поддержать пациента, помочь пациенту осознать и выразить свои чувства, признать их нормальность в ситуации заболевания, дать понять, что он сострадает пациенту.

Эмпатия — это врожденное качество или коммуникативный навык, которому можно научиться? Считается, что каждый человек в той или иной мере обладает эмпатией, даже если она очень слабо выражена. Также установлено, что эмпатическая способность человека в течение жизни может развиваться.

Эмпатия и эмоциональный интеллект. Профессиональной деятельностью врача требует интеллектуальных усилий. Интеллект — интегральная характеристика личности. Выделяют разные виды интеллекта: когнитивный, телесный, эмоциональный, социальный. Основополагающей характеристикой интеллекта является духовный интеллект, содержание которого проявляется в способности человека поступать мудро, иметь сострадание, находиться в спокойном состоянии при любых обстоятельствах, находить смысл своей деятельности.

Эмпатия имеет непосредственную связь с эмоциональным интеллектом, который проявляется в способности человека осознавать свои эмоции, обозначать их (называть мысленно) и управлять ими. Именно осознание и обозначение врачом своих эмоций, а также управление ими (например, переключение одних эмоций на другие), а не «застывание» на них препятствуют его эмоциональному выгоранию.

Эмоциональное выгорание — это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия: отчасти симптоматика выгорания позволяет специалисту дозировать свои энергетические ресурсы. Исследование авторов [1] показывает, что у врачей-онкологов наиболее сформирована фаза резистенции (от лат. *resistentia* — сопротивление), которая проявляется в виде «неадекватного избирательного реагирования» (у врачей преобладала тенденция ограничивать эмоциональную отдачу за счет выборочного реагирования в процессе взаимодействия с больными по принципу «нравится — не нравится»), «расширение сферы экономии эмоций» (эмоциональное поведение по типу избирательность эмоционального реагирования проявлялось не только на работе, но и в других сферах жизни врача), «редукция профессиональной деятельности» (врач, в целом, стремился сократить обязанности, требующие эмоциональных затрат).

В заключение хочется отметить, что проведение мастер-классов с врачами-онкологами в рамках Российского онкологического конгресса является пионерским проектом. В этой связи ведущим мастер-классы была

важна обратная связь врачей, чтобы в дальнейшем корректировать темы и формы проведения встреч. Обратная связь с участниками осуществлялась в виде вопросов после завершения мастер-классов, писем по электронной почте, отзывов среди их коллег и участия в последующих мастер-классах.

Обратная связь врачей-онкологов показала:

- интерес к рассматриваемым темам, что свидетельствовало о наличии у врачей трудностей в профессиональном взаимодействии и огромном желании их преодолеть.
- форма обучения через мастер-классы является для врачей наиболее приемлемой, так как они могут высказывать свое мнение, обсуждать его, выражать свои чувства в связи с демонстрацией случаев из практики.
- некоторые участники делились тем, что после прохождения мастер-классов, несмотря на увеличение рабочей нагрузки, стали меньше уставать. Это еще раз подчеркивает, что понимание врачом своих профессиональных трудностей и проблем, возникающих при общении с пациентом, способствует осознанному выбору врачом той или иной стратегии поведения с пациентом.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Чулкова В.А., Пестерева Е.В., Карпова Э.Б. и соавт. Эмоциональное выгорание и вопросы профессиональной психологической подготовки врачей-онкологов. Вопросы онкологии 2020;66(2):127–133. <https://doi.org/10.37469/0507-3758-2020-66-2-127-134>
2. Петров Н.Н. «Вопросы хирургической деонтологии», — Л., 1945. — 48 с.
3. Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. Психология отношений. Концепция В.Н. Мясищева и медицинская психология. — СПб.: Сенсор, 1999. — 76 с.
4. Александровский Ю.А., Лобастов О.С., Спивак А.И., Шукин Б.П. «Психогении в экстремальных условиях». Александровский Ю. А «Реакции на катастрофические события». М. 1991. — 96с.
5. Ассаджиоли Р. Психосинтез. Принципы и техники. Пер. с англ. Е. Перовой. — М.: Изд-во ЭКСМО- Пресс, 2002. — 416 с.
6. Чулкова В.А., Пестерева Е. В, Комяков И.П. и соавт. Профессиональная позиция врача-онколога. Учебное пособие. — СПб.: Издательство ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова. 2014. — 28 с.
7. Мастерство психологического консультирования. Институт психотерапии и консультирования «Гармония» под ред. А. А. Бадхена, А. М. Родиной. СПб.: ООО Береста», 2004. — 184 с.

ВКЛАД АВТОРОВ

Чулкова В.А.: научное руководство, написание текста статьи, критическая оценка интеллектуального содержания статьи.

Пестерева Е.В.: обоснование написания статьи, разработка дизайна исследования, написание текста статьи.

Ткаченко Г.А.: редактирование окончательного варианта статьи

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

ORCID АВТОРОВ

Чулкова Валентина Алексеевна
<https://orcid.org/0000-0003-3213-1294>

Пестерева Елена Викторовна
<https://orcid.org/0009-0000-5790-3698>

Ткаченко Галина Андреевна
<https://orcid.org/0000-0002-5793-7529>

Финансирование. Статья подготовлена без спонсорской поддержки.