

DOI: <https://doi.org/10.18027/2224-5057-2026-074>

Коммуникативные трудности в практике онколога: мастер-класс в вопросах и ответах

В. А. Чулкова¹, Г. А. Ткаченко^{2,3}, Н. Г. Васильева⁴, Е. В. Глазкова⁵

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

² ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации; Россия, 121359 Москва, ул. маршала Тимошенко, 15;

³ ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации; Россия, 121359 Москва, ул. маршала Тимошенко, 19, с. 1А;

⁴ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева» Минздрава России; Россия, 192019 Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3;

⁵ ООО «Медицентр ЮЗ»; Россия, 198303 Санкт-Петербург, проспект маршала Жукова, 28, корп. 2

Контакты: Галина Андреевна Ткаченко mitg71@mail.ru

Резюме

Базовыми параметрами профессиональной коммуникации онколога с пациентом являются качественный контакт и наличие доверия. Их отсутствие может вызывать у врача напряжение и стать источником неприятных переживаний. У пациентов нарушение коммуникативного процесса может усиливать психологический дистресс, снижать удовлетворенность лечением и даже эффективность проводимой терапии из-за непонимания пациентом предоставляемой информации. Указанное может приводить к конфликтам и жалобам.

На протяжении пяти лет в рамках Российского онкологического конгресса медицинскими психологами, имеющим опыт работы в онкологических клиниках, проводятся мастер-классы, в ходе которых рассматриваются различные аспекты психологически грамотных профессиональных коммуникаций врача и пациента.

В статье обсуждаются вопросы, заданные в ходе последнего мастер-класса (11–13 декабря 2025 года), и ответы психологов, в которых предлагаются некоторые принципы и конкретные пути решения сложных ситуаций, возникающих на приеме у врачей-онкологов.

Ключевые слова: коммуникация, онколог, пациент, профессиональная позиция, контакт, доверие, эмоциональное выгорание

Для цитирования: Чулкова В.А., Ткаченко Г.А., Васильева Н.Г. и соавт. Коммуникативные трудности в практике онколога: мастер-класс в вопросах и ответах. *Злокачественные опухоли* 2026;16(1):13–20. DOI: <https://doi.org/10.18027/2224-5057-2026-074>

Communication difficulties in oncology practice: a Q&A workshop

V. A. Chulkova¹, G. A. Tkachenko^{2,3}, N. G. Vasilyeva⁴, E. V. Glazkova⁵

¹ N. N. Petrov National Medical Research Center of Oncology, Ministry of Health of Russia; 68 Leningradskaya St., Pesochnyy, Saint Petersburg 197758, Russia;

² Central Clinical Hospital with a Polyclinic Administrative Department of the President of the Russian Federation; 15, Marshala Timoshenko St., Moscow 121359, Russia;

³ Central State Medical Academy Administrative Department of the President of the Russian Federation; Build 1A, 19, Marshala Timoshenko St., Moscow 121359, Russia;

⁴ Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology; 3 Behtereva St., Saint Petersburg 192019, Russia;

⁵ LLC "Medicentr YuZ"; Build 2, 28 Marshala Zhukova Prospekt, Saint Petersburg 198303, Russia;

Contacts: Galina Andreevna Tkachenko mitg71@mail.ru

Abstract

The fundamental parameters of professional communication between an oncologist and a patient are quality contact and the presence of trust. Their absence can cause the physician stress in the doctor and become a source of unpleasant experiences. Disruption of the communication process intensifies patients' psychological distress, reduce treatment satisfaction, and even affect the effectiveness of the conducted treatment due to the patient's understanding of the information. This can lead to conflicts and complaints.

For five years, as part of the Russian Oncology Congress, medical psychologists with experience in cancer clinics have been conducting master classes, during which various aspects of psychologically competent professional communications between a doctor and a patient are considered.

The article discusses the questions asked during the last master class (11–13 December, 2025) and the answers of psychologists, which offer some principles and specific ways to resolve difficult situations that arise at the reception of oncologists.

Keywords: communication, oncologist, patient, professional position, contact, trust, emotional burnout

For citation: Chulkova V.A., Tkachenko G.A., Vasilyeva N.G., et al. Communication difficulties in oncology practice: a Q&A workshop. *Zlokachestvennie opuholi = Malignant Tumors* 2026;16(1):13–20 (In Russ.). DOI: <https://doi.org/10.18027/2224-5057-2026-074>

Эффективная коммуникация важна как для пациентов, так и для врачей-онкологов. В исследованиях показано, что правильно построенные коммуникации повышают приверженность к лечению [1], повышают качество жизни пациентов [2,3]. Нарушение коммуникативного процесса усиливает психологический дистресс пациентов, приводит к конфликтам между врачом и пациентом, что может снижать удовлетворенность лечением и даже эффективность проводимого лечения из-за непонимания пациентом информации [2]. Неэффективная коммуникация вызывает и у врача стрессовое состояние, раздражительность и неудовлетворенность работой, что, в конечном итоге, приводит к эмоциональному выгоранию [4].

Большинство специалистов сходятся во мнении о важности эффективного взаимодействия врача и пациента, однако у врачей-онкологов наблюдаются определенные трудности в применении коммуникативных навыков. Так, по мнению D. Razavi et al. (2002), некоторые онкологи используют в общении с пациентами стратегии избегания, отрицая эмоциональные страдания пациентов, полностью сосредотачиваясь только на медицинской информации [5]. Другие специалисты понимают и реагируют на переживания пациентов, но не имеют опыта учитывать их эмоциональные и социальные проблемы.

В течение последнего десятилетия наблюдается интерес онкологов к программам обучения навыкам общения. В многочисленных исследованиях было показано, что специально разработанные программы помогают онкологам преодолеть трудности профессионального общения, изменить и улучшить навыки эффективного общения [6,7].

Мастер-класс — относительно новое направление в интерактивном обучении онкологов, на котором участники получают новые знания и практические навыки. Мастер-классы обычно проводятся опытными специалистами для лиц, достигших достаточного уровня профессионализма в определенной сфере [8].

В рамках Российского онкологического конгресса уже в течение пяти лет существуют мастер-классы, общая цель которых — дать необходимые знания и навыки для профессиональной психологической подготовки онкологов. В мастер-классах наряду с мини-лекциями используются

обсуждения примеров из врачебной практики и ролевые игры [9].

В 2021 году проведенный мастер-класс «Как говорить с больным и его родственниками, или основные положения общения врача с онкологическим пациентом и его родственниками» познакомил врачей с различными аспектами коммуникаций. В нем 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 [9].

В 2022 году мастер-класс «Профессиональная позиция и коммуникативные навыки врача-онколога» был посвящен обсуждению особенностей профессионального взаимодействия врача с пациентами. В рамках этого мастер-класса были рассмотрены важные вопросы о профессиональной и непрофессиональной позиции врача, а также обсуждалось, какие личные потребности реализует врач в процессе взаимодействия с пациентом и как это согласуется с его профессиональной позицией [9].

В 2023 году мастер-класс «Эмпатия в работе врача-онколога» познакомил врачей-онкологов с распространенным, но до конца не осознанным понятием «эмпатия». Было обсуждено значение коммуникативного навыка эмпатии в профессиональном взаимодействии врача с онкологическими пациентами и необходимость его применения в работе врача-онколога. На реальных клинических случаях из практики врачей было показано, каким образом проявляется эмпатия в вербальном и невербальном поведении [9].

В 2024 году проведен мастер-класс «Бесконфликтное общение врача и онкологического пациента», где были рассмотрены причины возникновения конфликтов в общении врача и онкологического пациента, а также в ролевых играх были продемонстрированы способы бесконфликтного общения между ними [10].

Мастер-класс в 2025 году был посвящен клиническому разбору коммуникативных ошибок в практике онколога. Целью данного мастер-класса являлось знакомство врачей-онкологов с типичными ошибками в коммуникациях с пациентами на примере конкретных случаев.

В процессе проведения последнего мастер-класса ведущие обратили внимание, что есть различия в том, насколько врачи включены в его работу. С одной стороны, участие в мастер-классе добровольное и анонимное, т. е. это исключительно желание врача получить новые знания и практические навыки для построения эффективных коммуникаций с пациентом. С другой стороны, как было написано выше, это активный процесс обучения, а значит, требует активного участия самого врача. Однако, по нашим наблюдениям, все присутствующие условно разделились на 3 группы: активные, пассивные и активно-пассивные. Причем первые две группы были примерно одинаковы по численности, в третьей группе было меньше всего участников.

Активная группа располагалась ближе к ведущим, постепенно ее участники перемещались с дальних рядов вперед. Они активно отвечали на вопросы, сами их задавали, высказывали свое мнение по поводу ответов других участников, принимали участие в ролевых играх, комментировали их. Если их позиция не совпадала с мнением других участников, задавали дополнительные вопросы, приводили собственные примеры из практики. Поведение их было подвижным и гибким, что является положительным фактором, т. к. при таком поведении врач может успешно наладить контакт с любым пациентом. В конце мастер-класса они давали обратную связь об участии, высказывались о своих впечатлениях.

Пассивные участники размещались в конце зала: они не участвовали в обсуждениях, но при этом внимательно наблюдали за происходящим. Некоторые выходили из зала, но снова возвращались и продолжали наблюдать.

Третья группа участников располагалась в середине зала, занимая промежуточную позицию. Их активность была незначительной, проявляясь преимущественно в тех случаях, когда они были не согласны с мнением ведущих. Для них была характерна реакция сопротивления: им трудно было посмотреть на обсуждаемую проблему иначе, чем они привыкли, они отрицали явные коммуникативные ошибки, считая их надуманными. Как указывалось выше, и это совпадает с мнением D. Razavi et al. (2002), действительно, некоторые врачи используют в общении с пациентами стратегию избегания, которая проявляется в ригидности, излишней защите своей позиции, и мешает адекватному взаимодействию с пациентами [5].

В результате пятилетней работы были вскрыты основные трудности коммуникаций и выявлена недооценка врачами психологических проблем, которые могут играть важную роль в лечебном процессе.

Базовыми параметрами профессионального общения онколога с пациентом являются качественный контакт и наличие доверия. Отсутствие контакта и доверия может вызывать у врача напряжение и быть источником неприятных переживаний. На контакт влияет внешний вид врача, манера вербального и невербального поведения, при-

чем могут иметь значение даже мелочи и детали. Важно помнить, что не только врач оценивает состояние пациента, но и пациент также составляет свое мнение о враче, и оно влияет на степень доверия.

Сложность для врача состоит в необходимости установления персональных отношений с каждым пациентом, так как к каждому нужен свой подход. Очень важно понимать ситуацию пациента, его реакции, состояние и поведение, но, в отличие от психолога, врачу не следует в эту ситуацию вовлекаться эмоционально, потому что это может мешать его работе [11]. Необходимо психологически поддерживать пациента, оставаясь в своей профессиональной позиции врача.

Приведем историю, рассказанную пациенткой М. Н., 51 год, у которой метастаз в головной мозг был выявлен через 7 лет после лечения рака молочной железы. Она проходила химиотерапию в онкологической клинике у постоянного врача, которая знала ее давно и относилась к ней вежливо, но формально. Нельзя сказать, что пациентка была довольна этим контактом, но она привыкла к своему врачу. Придя в очередной раз на прием, пациентка узнала, что ее врач в отпуске и ее будет принимать другой специалист. Она очень встревожилась, потому что с прежним врачом у нее сложились понятные отношения, а новый врач — это что-то неизведанное и тревожное. Врач оказался молодым мужчиной. Он ознакомился с медицинскими документами, внимательно выслушал, осмотрел, побеседовал и сделал то же самое — выписал рецепт.

По словам пациентки, когда она вышла из поликлиники, она испытала воодушевление, у нее было впечатление, что за спиной «выросли крылья». Она задала себе вопрос: а что произошло, ведь метастаз никуда не делся? — и сама же ответила: я поговорила с настоящим врачом. В этом случае врач проявил интерес именно к ней, к ее ситуации, и пациентка испытала к нему доверие, что для нее это было очень важно.

Основоположник отечественной онкологии Н. Н. Петров писал об этом так: «Больной — это всегда человеческая личность со всеми ее сложными переживаниями, а отнюдь не безличный случай» [12].

Существуют общие подходы и принципы, но нет универсальной инструкции как следует себя вести с пациентом, и далее, отвечая на вопросы, мы предлагаем некий гипотетический ответ, потому что контекст ситуации каждый раз может быть другим.

На примере вопросов, заданных в ходе мастер-класса, мы предложим некоторые принципы и конкретные пути разрешения сложных ситуаций, возникающих на приеме врачей-онкологов. Для соблюдения конфиденциальности были изменены детали, но сохранен смысл вопросов. Все примеры, которые мы приводим, это примеры из практики, а не придуманные авторами истории.

ВОПРОС 1**Пациент знает, как надо его лечить**

- *Сегодня пациенты все чаще приходят к онкологу с уже готовым сценарием лечения в голове. Они читают истории лечения других людей, верят в конкретные методы и ожидают, что врач подтвердит их выбор лечения. И если ты — как врач — говоришь, что это не сработает, или даже навредит, то ты автоматически становишься «плохим специалистом». Как врачу в этой ситуации не идти на поводу ожиданий пациента и при этом не разрушить контакт? Как убедить пациента лечиться так, как ему действительно показано, а не так, как он себе это представлял?*

Ответ. Действительно, в настоящее время пациенты являются более информированными о своей болезни, причем информацию они получают из разных источников, включая интернет, «сарфанное» радио. У них складывается мнение о том, как их надо «правильно» лечить, они буквально могут составить для себя схему лечения. Такие пациенты и их родственники все чаще приходят к онкологу с уже сложившимся представлением о лечении. В этом случае, можно сказать, что авторитет специалиста, врача-онколога, начинает конкурировать с абстрактным мнением интернета. Что делать специалисту в такой ситуации?

Первое, что нужно сделать врачу — похвалить пациента, за то, что он интересуется лечением, это значит, что он мотивирован и хочет вылечиться. Врач может сказать: «Вы молодец, это нам поможет выбрать для вас лучшую тактику лечения. Обращаю ваше внимание на то, что в интернете есть много полезной информации, касающейся того или иного заболевания, но она для пациентов вообще. Предлагаемое в интернете лечение носит абстрактный характер, а не конкретный, но ведь вы не являетесь абстрактным человеком. Нам надо, используя мой опыт и знания и ваше желание и готовность лечиться, выбрать конкретно для вас правильную тактику лечения в настоящий момент. Готовы ли вы, чтобы мы сейчас вместе это обсудили?»

Если вы хотите быть услышанным, не приступайте к сообщению информации, изложению плана лечения без эмоциональной готовности и прямого согласия на это пациента. В зависимости от ситуации, если пациента переполняют очень сильные чувства, или он не готов ответить, такой разговор имеет смысл перенести на другой ближайший прием.

План лечения излагайте доступными для пациента словами, а не только медицинскими терминами, и убедитесь, что он сейчас, в данный момент, слышит вас и понимает сказанное вами.

ВОПРОС 2**На приеме — родственник**

- *Очень часто на прием «приходит» не сам пациент, а его родственник. Он заходит в кабинет первым, сразу занимает пространство, уже все прочитал, все понял, уже решил, как и чем нужно лечить больного. Он отвечает на вопросы, перебивает пациента, формулирует жалобы за него, а сам пациент стоит чуть позади и почти не участвует в разговоре. Врач уже в первые минуты видит и слышит самого пациента — оценивает его состояние, уровень понимания, степень включенности, готовность к лечению. Но разговор уходит в другую плоскость: приходится иметь дело не с больным человеком и его болезнью, а с тревогой, контролем и ожиданиями родственника. А времени мало, прием ограничен, и никакой подготовки к таким ситуациям у врача нет — этому не учат, это приходится нарабатывать годами на собственном опыте.*

Как врачу профессионально выстроить разговор, если в кабинет первым заходит родственник, берет общение на себя и фактически говорит вместо пациента? Как корректно обозначить границы, вернуть фокус внимания на пациента и при этом не спровоцировать конфликт и не потерять доверие семьи? Если мягко идти за родственником — страдает контакт с пациентом и качество лечения; если жестко вернуть разговор к пациенту — легко получить сопротивление, обиду и открытый конфликт.

Ответ. В этой ситуации врачу важно определиться, с кем он работает, кто для него является главным действующим лицом: родственник или пациент. И если это пациент, то для врача важно «отделить» родственника. Но как сделать, если он заполняет все пространство?

Надо напрямую обратиться к родственнику и сказать: «Я вижу и понимаю, как вас волнует судьба близкого человека, и для пациента важно, что в преодолении болезни и лечении он не одинок. И в настоящий момент вы являетесь для него очень мощной поддержкой. Однако сейчас я хочу услышать, как себя чувствует пациент от него самого, потому что это важно для моего понимания его состояния и выработки индивидуального, рассчитанного на него плана лечения. Поэтому я прошу вас сейчас немного подождать, пока мы закончим разговор. У вас будет возможность пояснить что-то или сказать, когда я к вам обращусь. Если вам трудно быть в кабинете, вы можете посидеть за дверью, я вас обязательно приглашу».

Затем, даже если вы с пациентом все уже обсудили, надо все равно позвать родственника, кратко сообщить ему о вашем решении, ответить на его вопросы, если они возникнут. Это важно, потому что родственник является значимым ресурсом для пациента.

Часто родственники берут инициативу в свои руки, подставляют плечо, что в некоторых случаях избыточно, но в некоторых — необходимо. Иногда во время приема,

когда больного могут охватить очень сильные чувства, врач может даже обратиться к родственнику и попросить его посидеть с пациентом, дать возможность прийти пациенту в себя — успокоиться за пределами кабинета.

Врач может через какое-то время выйти из кабинета и поинтересоваться, как пациент себя чувствует и сможет ли он доехать до дома. Такая форма выражения участия к пациенту, его состоянию улучшает контакт и укрепляет доверие к врачу. В этом также состоит и психологическая поддержка больного, и наглядное признание значимости родственника, необходимости его помощи.

ВОПРОС 3 Про плохие новости

- *Как врачу быть в ситуации, когда сообщение плохих новостей о диагнозе и прогнозе годами «пасуется» от специалиста к специалисту, а в итоге именно ты оказываешься тем, кто впервые говорит пациенту правду — и автоматически становишься «плохим доктором», лишившим его иллюзий, надежды и «того самого лечения», о котором ему до этого неофициально намекали? Где граница между профессиональной честностью и ощущением, что ты лично стал причиной чужого отчаяния?*

Ответ. В руководстве Р. Д. Твайкрасса и Д. Р. Фрамптона «Введение в паллиативное лечение», вышедшем в 1992 году [13], говорится: врач должен знать, что «плохие новости никогда не могут звучать хорошо». Существует выражение, известное еще с древних времен: «поставщику плохих новостей отрубает голову». Люди не хотят слышать плохих новостей, они вызывают у них страх, который выражается в виде агрессии и злости по отношению к тому, кто эти новости сообщает.

Врачу, который сообщает плохую новость, важно знать, что эта информация может вызвать у пациента очень сильные негативные чувства (слезы, раздражение, злость), которые он проецирует на врача: ведь именно он является источником этих новостей, вот почему врач становится «плохим доктором».

В такой ситуации нужно соблюдать несколько правил. Во-первых, нужно проверить, насколько пациент готов слышать эту новость. Во-вторых, насколько сам врач готов ее сообщить.

В начале сообщения важно дать «предупредительный сигнал». В упомянутом выше руководстве предлагают такую фразу: «к сожалению, результаты последних исследований были неблагоприятными». И только после этого сообщить то, что есть на самом деле, сообщить правду. При этом нужно говорить не спеша и делать паузы, чтобы пациент мог освоить ту информацию, которую вы сообщаете.

Например: врач-онколог сказал пациентке, что лечение по протоколу не было для нее позитивным и не дало ожи-

даемых хороших результатов. Пациентка в ответ спросила: «Доктор, а все-таки что у меня?» — и это несмотря на то, что на этапе подписания протокола лечения и информированного согласия она неоднократно встречалась с письменной формулировкой своего диагноза. В ответ врач очень спокойно и ровным голосом сказал: «У вас рак молочной железы с метастазами в кости таза». После этого возникла продолжительная пауза. Видимо, пациентка осваивала «новую» для себя информацию. Врач присутствовал вместе с ней в этой тяжелой ситуации, не отвлекался, не смотрел в компьютер или окно, не писал бумаги. Он выдержал эту паузу. Это и есть один из приемов коммуникативных навыков — присутствие [9].

Затем пациентка прервала молчание и спросила: «И что же мне теперь делать?» На что врач ответил: «А теперь мы попробуем другое лечение». И они стали его обсуждать.

Таким образом, после сообщения негативной информации нужно быть готовым к сильным чувствам пациента, дать предупредительный сигнал, затем сообщить неприятную новость, выдержать паузу, если она возникает, и дать надежду, которая должна быть для пациента реальной.

Другой пример. К врачу-онкологу в диспансер пришла пациентка с запущенной формой рака и спросила: «Доктор, вы меня вылечите?» Доктор ответила: «Вылечить мы вас не сможем, но мы вас будем лечить». Это было честно и правдиво, и пациентка продолжила лечиться.

Кроме сказанного, трудно представить, что специалисты, консультировавшие пациента ранее, не говорили ему о диагнозе. Скорее всего, пациенту неоднократно сообщали эту негативную информацию, но он от нее защищался. Психологические защиты — вытеснение и отрицание — не давали ее осознать. Пациенты, которые не могут сразу присвоить негативную информацию, встречаются нередко. Каждому следующему врачу они сообщают, что не знают, что с ними, ожидая услышать, что у них не то коварное заболевание.

ВОПРОС 4 Про рекомендации, которых «не было»

- *Как избежать ситуации, когда ты подробно, четко, несколько раз проговариваешь рекомендации, пациент соглашается, кивает головой, записывает, а при следующей встрече выясняется, что он делал все наоборот, и он утверждает, что ты этого никогда не говорил? Как врачу понять это ошибка коммуникации, защитный механизм пациента или пределы человеческого восприятия в стрессовой ситуации и что с этим вообще можно сделать, чтобы перестать каждый раз чувствовать, что ты разговариваешь с пациентом на разных языках?*

Ответ. В вопросе уже звучат три варианта подхода к этой ситуации: ошибка коммуникации, защитный механизм или пределы психики в стрессе. Рассмотрим все эти гипотезы.

Ошибка коммуникации может состоять в том, что отсутствует разделение ответственности между врачом и пациентом [9]. Врач предлагает, показывает и рассказывает, и пациент соглашается, кивает, слушает, врач перегружен ответственностью, а пациент остается пассивным участником. Не бойтесь говорить пациенту о его части ответственности: когда он ее осознает, это придает ему силу действовать. Важно подумать: пациент пассивен (кивает, записывает и не делает) или активен, чувствует ли он себя участником лечения? «Лечение необходимо рассматривать, как особую деятельность по преодолению заболевания и его последствий, в которую включены и врач, и пациент, проявляющий при этом свою индивидуальность и активность» [14].

Психологическая защита пациента. Пациент слушает и не слышит врача, имеет информацию о ситуации, но не пережил ее: «умом понимаю, а сердцем принять не могу». Процесс принятия — длительный процесс, результат душевной работы, а информирование может быть в течение одной встречи. У разных людей это протекает по-разному, новое знание о себе вызывает слезы, горечь, злость, душевную боль, и человек противится, ему не хочется это знать. Пациент может вести себя агрессивно, плакать, у него могут включаться механизмы психологической защиты, и пациент дома «вдруг» все забудет [15]. Даже хорошее и правильное информирование не означает принятие информации пациентом, потому что информирование задействует когнитивный уровень, а принятие — прежде всего, эмоциональный. Принятие более медленный и социально-неодобряемый процесс, поскольку связан с бурными выражениями чувств. У пациентов сила чувств так велика, что порой им кажется, что они могут сойти с ума. Окружающие зачастую пытаются их от этих чувств отвлечь, в то время, когда их надо конструктивно выразить.

Третий вариант — столкновение с пределами человеческого восприятия в стрессовой ситуации. В некоторых случаях пациент может быть неспособен в данный момент воспринять информацию, которую ему сообщает врач, потому что он не может сосредоточиться, его внимание рассеяно или сужено, запоминание информации, удержание ее в долговременной памяти временно нарушено. Иначе говоря, происходит временное снижение когнитивных функций, характерное для человека в стрессовой ситуации. Для врача это может быть неочевидно, но для продолжения эффективного взаимодействия нужно дать пациенту время для адаптации, и следует учитывать, что темп усвоения информации у каждого свой.

Любая из этих объяснительных гипотез указывает на необходимость выстраивания взаимодействия с учетом психического состояния пациента. Только тогда инфор-

мирование будет успешным. Если есть такая возможность, можно дополнительно направить пациента к медицинскому психологу.

ВОПРОС 5 Когда нет соматических симптомов болезни

- *Пациенту нужно срочное и сложное лечение, которое может спасти жизнь, но он не ощущает угрозы: у него «все хорошо, ничего не болит», а процедуры будут болезненными и неприятными. Врач сталкивается с тем, что эти пациенты потом возвращаются к нему, но возможности радикального лечения уже снижены или утрачены. Как убедить таких пациентов начать лечение вовремя, чтобы избежать поздних осложнений, не принуждая насильно, но сохранив контакт и доверие?*

Ответ. Получается, что лечение нужно врачу, а пациент ему противится, поскольку не до конца допускает в сознание факт наличия болезни. Его мотивация на лечение еще не сложилась, и врачу следует сфокусироваться именно на формировании комплаенса. В беседе не нужно пугать пациента, но и не следует обесценивать необходимость лечения. Используйте принцип Р.Д. Твайкросса и Д.Р. Фрамптона: «Никогда не лгать больному, но и избегать бездумной откровенности» [13].

Вы можете сказать пациенту: «Боль и симптомы возникают, когда болезнь достигла определенного развития. Если у вас нет проявлений, а только результаты исследований свидетельствуют о наличии заболевания, это может быть хорошим прогностическим признаком, но только в том случае, если вы вовремя начнете лечение». Конечно, такой подход применим не ко всем случаям.

Сложность ситуации в том, что у пациента возникает экзистенциальная проблема, которая заключается в невозможности принять конечность собственной жизни. И этим объясняется его поведение. Как выразился пациент К. С., 44 года: «Я здоров, но я смертельно болен».

Человек противится принятию необходимости лечения. Как бы врач не был уверен в диагнозе, ему не нужно противодействовать пациенту, если тот выражает желание повторить исследование в каких-то других лечебных учреждениях. Здесь вопрос доверия пациента врачу особенно актуален, и не нужно его разрушать. Доверие в данном случае — это основа для формирования мотивации на лечение.

ВОПРОС 6 Молодой врач

- *Очень часто молодые врачи сталкиваются с тем, что пациент, считает их неопытными из-за возраста. Он не обращает внимания на объяснения, игнорирует назначения и обследования. Как быть в такой ситуации?*

Ответ. Это один из наиболее частых вопросов, возникающих на различных конференциях. Суть ответа — поделиться со своей позицией: кто я? — молодой человек, молодая женщина или я врач. Когда я на приеме, я должен находиться в профессиональной позиции [9]. Тут важно, как вы себя ощущаете в профессии, вы молодой специалист или вы врач, который имеет небольшой, но опыт. Очень часто врачи для поднятия своего статуса используют негативные отзывы о тех, к кому пациент обращался ранее. На самом деле этим они не поднимают, а только снижают свой авторитет.

Больной тоже ориентируется не только на то, что врач говорит, но и на невербальные сигналы. Смешно молодому врачу строить из себя многоопытного, но верно и обратное. Нужно выбрать для себя адекватную тактику взаимодействия с пациентом.

Фактически речь идет о доверии пациента врачу, и нужно сделать так, чтобы это доверие обрести. Если вы видите, что вам не доверяют, можно прямо сказать о своем образовании (сколько лет вы учились, где, у кого), упомянуть, что сейчас вы приеме один, но за вашей спиной

заслуженные учителя, можно перечислить их фамилии. Подчеркните, что вы принадлежите к одной школе, и при необходимости всегда можете обратиться к ним за помощью. Перед приемом нужно обязательно настроить себя на то, что вы — хороший специалист, и ваше общение с пациентами будет эффективным. Важно расставить приоритеты: в первую очередь я — врач, а потом все остальное. Очень важен внешний вид: своим видом нужно вызывать доверие у человека, и речь здесь не идет о возрасте.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Следует заметить, что в основе выстраивания отношений врача с пациентом должен лежать пациент-центрированный подход. Не нужно бояться отвечать на вопросы пациентов.

Врачу важно находиться в профессиональной позиции, владеть основными коммуникативными навыками и осуществлять индивидуальный подход к каждому пациенту.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Razavi D., Delvaux N., Marchal S., et al. Testing health care professionals' communication skills: the usefulness of highly emotional standardized role-playing sessions with simulators. *Psychooncology* 2000;9(4):293–302. [https://doi.org/10.1002/1099-1611\(200007/08\)9:4<293::aid-pon461>3.0.co;2-j](https://doi.org/10.1002/1099-1611(200007/08)9:4<293::aid-pon461>3.0.co;2-j)
2. Ford S., Fallowfield L., Lewis S. Doctor-patient interactions in oncology. *Soc Sci Med* 1996;42(11):1511–1519. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00265-0](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00265-0)
3. Loge J.H., Kaasa S., Hytten K. Disclosing the cancer diagnosis: the patients' experiences. *Eur J Cancer* 1997;33(6):878–882. [https://doi.org/10.1016/s0959-8049\(97\)00001-4](https://doi.org/10.1016/s0959-8049(97)00001-4)
4. Fallowfield L. Can we improve the professional and personal fulfilment of doctors in cancer medicine? *Br J Cancer* 1995;71(6):1132–1133. <https://doi.org/10.1038/bjc.1995.220>
5. Razavi D., Delvaux N., Marchal S., et al. Does training increase the use of more emotionally laden words by nurses when talking with cancer patients? A randomised study. *Br J Cancer* 2002;87(1):1–7. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6600412>
6. Gysels M., Richardson A., Higginson I.J. Communication training for health professionals who care for patients with cancer: a systematic review of effectiveness. *Support Care Cancer* 2004;12(10):692–700. <https://doi.org/10.1007/s00520-004-0666-6>
7. Fallowfield L., Jenkins V., Farewell V., Solis-Trapala I. Enduring impact of communication skills training results of a 12-month follow-up. *Br J Cancer* 2003;89(8):1445–1449. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6601309>
8. Ерофеева М.А. Мастер-класс как эффективная форма распространения личного опыта специалиста социальной сферы. *Социальная педагогика* 2018;4:73–79. Erofeeva M.A. Master klass kak effektivnaya forma rasprostraneniya lichnogo opita specialista socialnoi sferi. *Socialnaya pedagogika* 2018;4:73–79 (In Russ.)
9. Чулкова В.А., Пестерева Е.В., Ткаченко Г.А. Профессиональная психологическая подготовка врачей-онкологов: мастер-класс. *Злокачественные опухоли* 2024;14(3s1):84–89. <https://doi.org/10.37469/0507-3758-2020-66-2-127-134>. Chulkova V.A., Pestereva E.V., Tkachenko G.A. Professional psychological training of oncologists: master class. *Zlokachestvennie opuholi*. 2024;14(3s1):84–89 (In Russ.). <https://doi.org/10.18027/2224-5057-2024-14-3s1-84-89>
10. 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):127–134 <https://doi.org/10.37469/0507-3758-2020-66-2-127-134>. Chulkova V.A., Pestereva E.V., Karpova E.B., et al. Emotional burnout and issues of professional psychological training of oncologists. *Voprosy onkologii* 2020;66(2):127–134 (In Russ.). <https://doi.org/10.37469/0507-3758-2020-66-2-127-134>

11. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Врач и медицинский психолог: взаимодополняющие подходы при оказании психологической помощи онкологическому пациенту. Вопросы онкологии 2014;60(2):94–98.
Chulkova V.A., Pestereva E.V. Vrach i medicinskij psixolog: vzaimodopolnyayushhie podhody` pri okazanii psixologicheskoy pomoshhi onkologicheskomu paciyentu. Voprosy` onkologii 2014;60(2):94–98 (In Russ.)
12. Петров Н.Н. Вопросы хирургической деонтологии. Л., 1945. – 48 с.
Petrov N.N. Voprosy khirurgicheskoy deontologii. L., 1945. – 48 s (In Russ.)
13. Твайкросс Р. Д., Фрамpton Д.Р. Введение в паллиативное лечение. Собелл Пабликейшн 1992. – 26 с.
Tvaikross R. D., Frampton D.R. Vvedenie v palliativnoe lechenie. Sobell Pablikeishn. 1992. – 26 s (In Russ.)
14. Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. Психология отношений. Концепция В.Н. Мясищева и медицинская психология. СПб.: Сенсор, 1999. – 76 с.
Iovlev B.V., Karpova E.B. Psikhologiya otноshenii. Kontseptsiya V.N. Myasishcheva i meditsynskaya psikhologiya. – SPb.: Sensor, 1999. –76 s (In Russ.)
15. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство / под ред. А.М. Беляева, В.А. Чулкова, Т.Ю. Семиглазова, М.В. Рогачева. СПб.: Любавич, 2017. – 352 с.
Onkopsihologiya dlya vrachej-onkologov i medicinskih psihologov. Rukovodstvo / A.M. Belyaev, V.A. Chulkova, T.Yu. Semiglazova, M.V. Rogachev. Sankt-Peterburg, 2017. – 352 s (In Russ.)

ВКЛАД АВТОРОВ

Все авторы в равной степени внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

ORCID АВТОРОВ

Галина Андреевна Ткаченко

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

Валентина Алексеевна Чулкова

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

Надежда Геннадьевна Васильева

<https://orcid.org/0009-0000-8930-7065>

Евгения Валерьевна Глазкова

<https://orcid.org/0009-0006-7298-5373>

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Статья подготовлена без спонсорской поддержки.

Статья поступила в редакцию журнала 11.03.2026,
прошла рецензирование 21.03.2026,
принята к печати 06.04.2026

AUTHORS' CONTRIBUTION

All authors made an equal and substantial contribution to the concept development, conduct of the study and preparation of the article, read and approved the final version before publication.

ORCID OF AUTHORS

Galina Andreevna Tkachenko

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

Valentina Alekseevna Chulkova

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

Nadezhda Gennadievna Vasileva

<https://orcid.org/0009-0000-8930-7065>

Evgeniya Valerievna Glazkova

<https://orcid.org/0009-0006-7298-5373>

Conflict of interest. The authors declare that there are no possible conflicts of interest.

Funding. The article was prepared without sponsorship.

Received 11 March 2026.
Reviewed 21 March 2026.
Accepted for publication 6 April 2026