



© Е.В. Пестерева^{1,2,3}, Е.А. Русакова^{2,3}, В.А. Чулкова¹, С.А. Кулева^{1,3}

Роль врача и родителя в формировании отношения к болезни у подростка в ситуации онкологического заболевания

¹Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Петрова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Российская Федерация

²Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Российская Федерация

³Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Российская Федерация

© Elena V. Pestereva^{1,2,3}, Ekaterina A. Rusakova^{2,3}, Valentina A. Chulkova¹, Svetlana A. Kuleva^{1,3}

The Role of the Doctor and Parents in Shaping the Attitudes of an Adolescent with Cancer towards the Disease

¹N.N. Petrov National Medicine Research Center of Oncology, St. Petersburg, the Russian Federation

²St. Petersburg State University, St. Petersburg, the Russian Federation

³St. Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg, the Russian Federation

Введение. Онкологическое заболевание изменяет социальную ситуацию развития подростка. Перед ним стоит психологическая задача адаптироваться к изменившейся жизненной ситуации, справиться с психологическими последствиями, вызванными болезнью. На психологическую адаптацию подростка к болезни огромное влияние оказывают лечащий врач и родители: именно они информируют и эмоционально поддерживают его в процессе лечения.

Цель. Обозначение роли лечащего врача и родителей в формировании отношения к болезни у подростка в ситуации онкологического заболевания.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 20 подростков от 13 до 17 лет в процессе лечения болезни (лейкоз, саркома, лимфома, опухоль головного мозга); использовались клинико-психологический (клиническая беседа и наблюдение) и экспериментально-психологический (методика «Тип отношения к болезни») методы исследования.

Результаты. У 60 % подростков выявлены дезадаптивные типы отношения к болезни; 65 % подростков предпочитали получать информацию о болезни от врача, 85 % подростков хотели знать мнение врача по поводу лечения и 50 % подростков отмечали, что взаимоотношения с врачом являлись ресурсом в преодолении тягот лечения; 65 % подростков отмечали необходимость эмоциональной поддержки близкого, для 50 % подростков отношения с родителями являлись одним из мотивов выздоровления.

Выводы. Подростки предпочитают получать информацию о болезни и лечении от врача, они стремятся к наиболее адекватной когнитивной оценке болезни и лечения; родительская поддержка влияет на эмоциональную сторону отношения к болезни и лечению.

Ключевые слова: подросток; онкологическое заболевание; отношение подростка к болезни; отношение подростка к лечению; взаимоотношения подростка с врачом; взаимоотношения больного подростка с родителями

Для цитирования: Пестерева Е.В., Русакова Е.А., Чулкова В.А., Кулёва С.А. Роль врача и родителя в формиро-

Introduction. Cancer changes social aspects of adolescent development. Adolescents are faced with the psychological challenge of adjusting to a changed life situation, coping with the psychological consequences of the disease. The psychological adaptation of the adolescent to the disease is greatly influenced by the attending doctor and parents: they are the ones who inform and emotionally support the adolescent during the treatment.

Aim. To outline the role of the treating doctor and parents in shaping attitudes to illness in adolescents with cancer.

Materials and Methods. The study involved 20 adolescents aged between 13 and 17 years in the course of disease treatment (leukemia, sarcoma, lymphoma, brain tumor); clinical-psychological (clinical interview and observation) and experimental-psychological («Type of attitude to the disease») methods were used.

Results. 60 % of adolescents showed maladaptive attitudes towards the disease; 65 % preferred to receive information about the disease from the doctor, 85 % wanted to know the doctor's opinion about treatment and 50 % noted that the relationship with the doctor was a resource in overcoming the hardships of treatment; 65 % noted the need for emotional support from a loved one, for 50 % of adolescents the relationship with parents was one of the motives for recovery.

Conclusion. Adolescents prefer to receive information about the disease and treatment from a doctor; they strive for the most appropriate cognitive evaluation of the disease and treatment; parental support influences the emotional side of the attitude towards the disease and treatment.

Keywords: adolescent; oncological disease; adolescent's attitude to the disease; adolescent's attitude to treatment; relationship between adolescent and doctor; relationship between sick adolescents and their parents

For Citation: Elena V. Pestereva, Ekaterina A. Rusakova, Valentina A. Chulkova, Svetlana A. Kuleva. The role of

вании отношения к болезни у подростка в ситуации онкологического заболевания. *Вопросы онкологии*. 2024; 70(4): 733-740.-DOI: 10.37469/0507-3758-2024-70-4-733-740

the doctor and parents in shaping the attitudes of an adolescent with cancer towards the disease. *Voprosy Onkologii = Problems in Oncology*. 2024; 70(4): 733-740. (In Rus).-DOI: 10.37469/0507-3758-2024-70-4-733-740

✉ Контакты: Пестерева Елена Викторовна, vi-lena1@mail.ru

Введение

Подростковый возраст характеризуется развитием самосознания, которое формируется в контексте социальных отношений, когда ребенок активно ищет себя, стремится доказать свою взрослость, демонстративно сепарируясь от родителей и обретая поддержку среди сверстников [1]. Онкологическое заболевание изменяет социальную ситуацию развития подростка, лишая его возможности жить в привычном для него ритме (посещать учебное заведение, выполнять физические нагрузки, поддерживать налаженные дружеские связи, принимать участие в развлекательных мероприятиях и т. п.), вносит существенные коррективы в формирование собственного образа «Я», снижая удовлетворенность собой и изменяя самооценку [2].

Подросток в ситуации онкологического заболевания и его лечения испытывает множество негативных чувств: страх перед медицинской аппаратурой и болезненными медицинскими манипуляциями; стыд и вину за свое состояние; раздражение от медицинских ограничений, от контроля и постоянного беспокойства родителей; страх быть не таким, как все, и быть отвергнутым сверстниками. Сильные переживания, возникающие у ребенка в связи с болезнью, не позволяют ему разобраться в себе и снижают его способность адаптироваться к изменившейся жизненной ситуации, обуславливают риск его психической травматизации [3].

На психологическую адаптацию подростка к заболеванию огромное влияние оказывают лечащий врач и родители. Лечащий врач для любого человека в ситуации заболевания является значимой фигурой, что верно и для подростка. Врач, учитывая эмоциональное состояние больного ребенка и его родителя, понимая особенности их жизненной ситуации, эмоционально поддерживает своего юного пациента через контакт с ним, который осуществляется в процессе беседы, осмотра, врачебных манипуляций [4].

Большинство родителей стремятся психологически поддержать своего ребенка в ситуации заболевания. Если для детей младшего возраста социальные потери в связи с заболеванием и физические страдания могут компенсироваться близостью и вниманием родителей, то для подростков характерны эмансипация и отделение от родителей: постоянное нахождение члена семьи рядом, сопровождающееся контролем, может в

некоторых случаях усугублять состояние подростков. Тенденция повышения родительского контроля в ситуации заболевания ребенка понятна, но она противоречит психологическим задачам подросткового возраста. Кроме того, родительский контроль, лишаящий больного ребенка доступной ему самостоятельности, не свидетельствует об эмоциональной откликаемости родителя, его эмпатии и отзывчивости на нужды и потребности подростка [2].

Следует отметить, что в ситуации болезни ребенка, связанной с витальной угрозой, родительский контроль имеет тенденцию проявляться в стремлении родителя контролировать и отвечать за то, как протекает болезнь ребенка. Вместе с тем в ситуации онкологического заболевания ребенка родителю необходимо принять, что его контроль и ответственность ограничены: он может контролировать и отвечать за процесс организации медицинской помощи своему ребенку (где лечиться ребенку, у кого лечиться и т. п.), за свое отношение к болезни и лечению ребенка (принятие ограничения возможностей ребенка, в т. ч. его физические дефекты и увечья, возникшие в связи с болезнью).

Врач ответственен за реализацию и результат своей профессиональной деятельности, а также за информирование о заболевании родителя и больного подростка. Согласно Российскому законодательству¹, до 15 лет врач информирует родителя о диагнозе ребенка, прогнозе заболевания, методах лечения и возможных рисках, при этом родитель дает информированное согласие на лечение ребенка. Далее родители сами принимают решение — говорить ли о заболевании ребенку, что говорить и в какой форме это делать. Вопрос о том, насколько необходима больному ребенку информация о своем заболевании, его прогнозе и лечении остается открытым. Часть педиатров считают, что биоэтическое правило правдивости неприемлемо по отношению к детям и предпочитают разговаривать только с родителем/ опекуном ребенка. Другая же часть педиатров отмечает, что ребенок имеет право на информацию о состоянии своего здоровья, озвученную в доступной и понятной для него форме: данная информация позволяет ребенку подготовиться к определенной медицинской процедуре, настроиться на лечение. После 15 лет ребенок сам подписывает информированное

¹ Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ / Собрание законодательства Российской Федерации. – 2011. № 48. Ст. 22.

согласие на медицинское вмешательство. Однако бывают случаи, когда родитель подростка выступает своеобразным «буфером», не позволяя врачу сообщать информацию о болезни и лечении, таким образом, «оберегая ребенка от тяжелых переживаний».

Итак, для подростка в ситуации болезни значимыми взрослыми являются лечащий врач и родители: именно они информируют и эмоционально поддерживают его в процессе лечения, тем самым участвуя в формировании отношения его к болезни и лечению. Целью работы является определение роли лечащего врача и родителей в формировании отношения к болезни и лечению у подростка в ситуации онкологического заболевания.

Материалы и методы

Исследовано 20 подростков от 13 до 17 лет (9 юношей и 11 девушек), проходящих лечение на детском отделении ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России с диагнозами лейкоз, саркома, лимфома, опухоль головного мозга. Учащимися среднеобразовательной школы являлись 80 % (16 чел.) подростков, студентами колледжа были 10 % (2 чел.) подростков и 10 % (2 чел.) подростков на момент обнаружения заболевания закончили 9 классов и в связи с прохождением терапии не смогли поступить в колледж.

В исследовании были использованы:

- экспериментально-психологический метод — методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) (Л.И. Вассерман, А.Я. Вукс, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова, 1987), направленная на диагностику типа отношения подростка к болезни [5];
- клиничко-психологический метод — клиническая беседа и наблюдение.

Клиническая беседа представляла собой полуструктурированное интервью, в основе которого была анкета, разработанная авторами и отражающая круг вопросов, направленных на:

- изучение когнитивных (знает ли подросток о своем диагнозе, от кого получил эту информацию, достаточно ли ему полученной информации и от кого предпочтительнее получать информацию, связанную с болезнью и лечением), эмоциональных (настроение и эмоциональные реакции в связи с известием о заболевании и лечении) и мотивационных («Как ты считаешь, есть ли в твоей жизни то, ради чего стоит перенести все тяготы лечения?») компонентов отношения подростка к болезни;

- определение значимых для подростков ресурсов, которые, по их мнению, помогают им переносить тяготы лечения («Что позволяет тебе переносить тяготы лечения?»);

- исследование особенностей взаимоотношения с врачом (вопросы, связанные с информированием о болезни и лечении, о доверии, вере в врача и медицину) и родителем (вопросы, связанные с обсуждением болезни, лечения и эмоциональной поддержки).

В соответствии с целью работы при анализе результатов использовался описательный метод на основе частотного анализа, т. к. авторы стремились показать содержание переживаний больного подростка и то, как у него формируется отношение к болезни. Именно понимание содержания переживаний может позволить клиническому психологу более эффективно работать с больными подростками. Более того, понимание переживаний подростка в ситуации онкологического заболевания важно для врача и родителя, т. к. они непосредственно взаимодействуют с больным ребенком.

Результаты

Исследование типа отношения к болезни (ТОБОЛ) диагностировало у 40 % (8 чел.) подростков условно-адаптивное отношение к болезни с доминированием эргопатического типа реагирования, который проявлялся в стремлении во что бы то ни стало, несмотря на тяжесть болезни и длительность лечения, продолжать заниматься по учебной программе и сохранить свой учебный статус. Как показывает наблюдение, данное стремление нередко инициируется и поддерживается родителями ребенка: в ситуации неопределенности болезни и прогноза лечения сохранение статуса ученика школы является «островком» стабильности, эргопатический тип отношения к болезни отражает надежду родителей и ребенка иметь будущее.

У 60 % (12 чел.) подростков выявлялись дезадаптивные (смешанные и диффузные) типы отношения к болезни, в структуре которых преобладали неврастеническое, сенситивное, ипохондрическое реагирование, что указывает на трудности в формировании отношения к болезни и лечению.

Клиничко-психологический метод (клиническая беседа и наблюдение) позволил содержательно описать когнитивный, эмоциональный и мотивационный компоненты отношения подростков к болезни.

Когнитивный компонент отношения к болезни. Все подростки (100 %) были информированы о своем диагнозе. В 50 % (10 чел.) случаев информацию об онкологическом диагнозе подростку сообщил врач, остальным 50 % подросткам — родитель. Для 75 % (15 чел.) подростков полученной информации о болезни было достаточно; для 25 % (5 чел.) подростков данной

информации было недостаточно, из них 20 % (4 чел.) отмечали, что имеют вопросы по поводу своего заболевания, которые им сложно обсуждать с кем-либо. Следует отметить, что 65 % (13 чел.) подростков считали, что им предпочтительнее получать информацию о болезни и ее лечении от врача («Врач знает конкретно о моей болезни, а в интернете пишут в общем», «С мамой не всегда можно говорить о болезни»).

Эмоциональный компонент отношения к болезни. Большинство подростков (70 % — 14 чел.) указывали, что их общий фон настроения изменился в связи с известием о заболевании и госпитализацией в клинику: они ощущали «тяжесть» (15 % — 3 чел.), «грусть» (15 % — 3 чел.), «одиночество» (15 % — 3 чел.), «слабость» (10 % — 2 чел.), «злость» (10 % — 2 чел.), «чувство, что стал взрослее» (5 % — 1 чел.). При этом испытываемые чувства являлись настолько мучительными, что у больных подростков возникало стремление «не думать» о болезни («Когда я думаю о своей болезни, то чувствую страх и тревогу, поэтому стараюсь не думать об этом»), они неосознанно отстранялись от переживаний («Когда я думаю о своей болезни, то мне кажется, что это сон»).

В клинической беседе подростки нередко говорили о страхе. С одной стороны, страх в ситуации болезни и ее лечения является нормальной и естественной реакцией любого человека, который сталкивается с диагностическими и лечебными манипуляциями, такой страх выполняет защитную функцию, он кратковременный; с другой стороны, страх может быть патологическим и проявляться в неадекватной для конкретной ситуации форме ужаса и в неконтролируемом поведении. Наше наблюдение показывает,

что проявление и интенсивность страха зависели от индивидуальных особенностей психики и от конкретных социальных условий, в которых происходит формирование личности подростка (от опыта защищенности, от стиля воспитания ребенка). Кроме того, родители могли неосознанно «заражать» своими страхами детей.

Подростки отмечали, что при известии о заболевании они были более расстроены, чем на момент психологического обследования, когда уже проходило лечение («Лечение дает надежду, что все будет хорошо»).

Анализ ответов на вопрос «Какие эмоции ты испытываешь в связи с лечением своего заболевания? (можно было выбрать несколько вариантов ответов из предложенных), показал преобладание у подростков таких состояний как надежда, тревога за результат лечения, напряжение от изменившегося режима жизни (рисунок). Так, один из подростков сказал: «С болезнью и ее лечением у меня связаны чувства тесноты, тишины, тошноты».

Мотивационный компонент отношения к болезни. Подросткам было предложено выбрать из списка мотивов несколько (до 3-х) значимых для них мотивов выздоровления. Результаты выборов показали следующие ведущие мотивы:

– «жизнь как ценность» (65 % — 13 чел.) — перед подростком стоит психологическая задача принять изменившуюся в связи с заболеванием жизнь; он сталкивается не только с социальным одиночеством, но с осознанием того, что никто за него не может пережить физический дискомфорт и боль; он ощущает собственную уязвимость перед будущим и задает себе вопрос «Почему это случилось со мной?». Всё это способствует изменению системы ценностных ориентиров подростка, у него появляется ценность самой жизни.

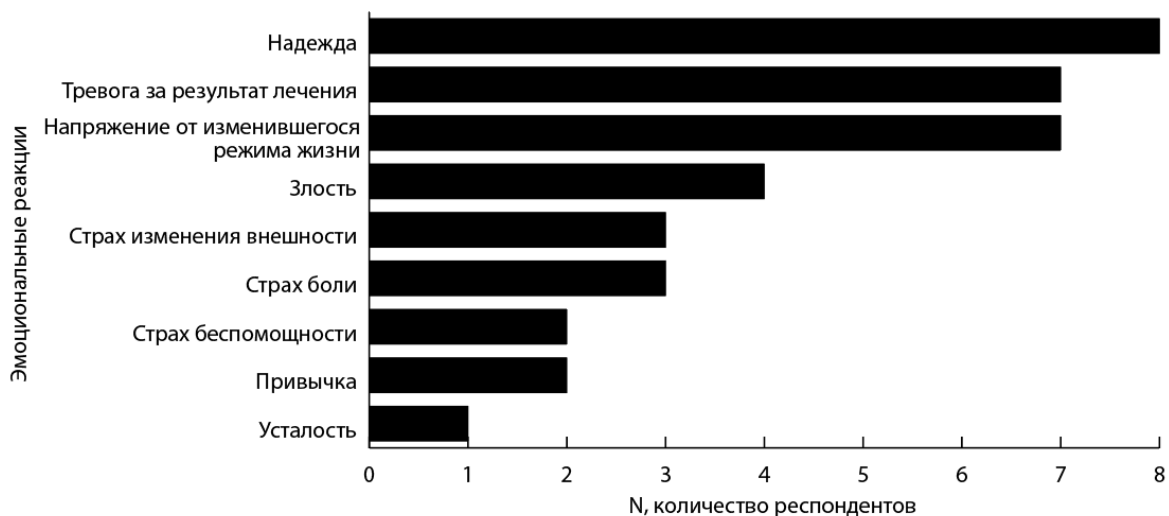


Рис. Реакции подростков на лечение онкологического заболевания
Fig. Reactions of adolescents to cancer treatment

– «любовь к родителям» (50 % — 10 чел.) — данный мотив мог быть обусловлен тем, что с одной стороны, больные дети беспокоятся о родителях (они видят страдание родителей, изменение семейного уклада в связи с их заболеванием и это нередко вызывает у подростка чувство вины); с другой стороны, именно родитель дает ребенку ощущение безопасности.

– мотивы, ориентированные на будущее — желание «получить профессию» (40 % — 8 чел.) и «продолжить обучение» (35 % — 7 чел.).

Подросткам было предложено выбрать из списка ресурсов несколько (до 3-х) значимых для них ресурсов, которые, по их мнению, позволяют им переносить тяготы лечения («Что позволяет тебе переносить тяготы лечения?»). Результаты выборов показали следующее:

– для 50 % (10 чел.) подростков важными явились поддержка лечащего врача, вера во врача и возможности медицины («*Медицина на месте не стоит, а мой врач очень умный и много знает, он сможет придумать как мне помочь*»);

– для 45 % (9 чел.) подростков ресурсными были взаимоотношения с родителями, их эмоциональная поддержка;

– для 40 % (8 чел.) подростков значимым являлось наличие планов, надежда на будущее;

– 35 % (7 чел.) подростков отмечали, что понимание того, что лечение через определенный период времени может завершиться, помогало им вынести трудности, связанные с лечением («Главное настроить себя, лечение вечно длится не будет»);

– 25 % (5 чел.) подростков использовали рационализацию («*Может быть и хуже с таким заболеванием, у меня еще всё неплохо*»);

– для 15 % (3 чел.) подростков были значимы положительные истории других детей с аналогичным заболеванием («*Со мной в палате лежал мальчик с таким же, как у меня заболеванием, он вылез и уже ходит в школу*»);

– 10 % (2 чел.) подростков отмечали значимость поддержки друзей;

– 1 (5 %) подросток сказал о значимости желания быть сильным и не сдаваться.

Особенности взаимоотношений больного подростка с врачом и родителем исследовались клинико-психологическим методом (клиническая беседа и наблюдение). Ниже представлены ответы подростков на вопрос о том, в чьей эмоциональной поддержке они больше всего нуждаются в ситуации лечения онкологического заболевания (таблица).

Из таблицы видно, что 65 % больных подростков нуждаются в эмоциональной поддержке близких: в 45 % случаев — это родитель/мама, в 20 % случаев — другие близкие родственники, ухаживающие за подростком (бабушка, дедушка, тетя).

Ответы подростков в ситуации лечения онкологического заболевания: «В чьей эмоциональной поддержке ты нуждаешься?»

Responses of adolescents in a cancer treatment situation: «Whose emotional support do you need?»

Лицо, оказывающее эмоциональную поддержку	Ответы подростков в ситуации онкологического заболевания %, n = 20
Родитель/ мама	45 % (9 чел.)
Врач	15 % (3 чел.)
Психолог	10 % (2 чел.)
Другие близкие родственники	20 % (4 чел.)
Не нуждаюсь в поддержке	10 % (2 чел.)

В основе эмоциональной поддержки лежат умение выслушать больного ребенка, способность говорить с ним о том, что его волнует. Подростка в ситуации волнует то, что с ним происходит, в т. ч. вопросы, связанные с болезнью и лечением. Результаты клинической беседы показали следующие ответы подростком на тему разговоров с ними родителей болезни и ее лечении:

– 45 % (9 чел.) подростков ответили, что родители разговаривают с ними о болезни и лечении («*Родители регулярно и открыто разговаривают со мной о заболевании и лечении, мне это помогает*»);

– 40 % (8 чел.) подростков указали, что родители говорят с ними об их заболевании ситуативно («*Родители говорят мне о том, что я болен, когда нужно соблюдать режим/диету или, когда предстоит подготовиться к какой-либо медицинской процедуре*»); при этом подростки подчёркивали, что им недостаточно таких разговоров болезни («*Мама говорит со мной о болезни, когда нужно, чтобы я что-то сделал, а я просто хочу с ней разговаривать о себе, в том числе и о болезни*»);

– 15 % (3 чел.) детей сказали, что родители не разговаривают с ними о болезни («*Мы не говорим о болезни, а мне и не надо*»).

Выявлена следующая тенденция: подростки, проходящие лечение в сопровождении родителя, были склонны указывать на ситуативные разговоры с родителями о болезни; в то время как подростки, проходящие лечение без сопровождения родителей и общающиеся с ними on-line, отмечали регулярные разговоры с родителями о заболевании.

Клиническая беседа позволила выявить мнение детей о том, насколько их удовлетворяют разговоры о болезни и лечение с лечащим врачом:

– 50 % (10 чел.) подростков отмечали, что врач говорит с ними о заболевании и лечении

и необходимых процедурах (*«Врач постоянно разговаривает со мной, иногда это меня поддерживает, иногда мне становится страшно, но я понимаю, что по-другому никак, поэтому настраиваю себя»*);

– 25 % (5 чел.) подростков считали, что врач формально разговаривает с ними на тему лечения, не разъясняя непонятные моменты и у подростка остаются вопросы;

– 25 % (5 чел.) подростков указывали на то, что врач не разговаривает с ними о лечении; из них 10 % (2 чел.) подростков отмечали необходимость разговоров с врачом (*«Мне важно говорить с врачом, но врач со мной не разговаривает»*), и 15 % (3 чел.) подростков не нуждались в разговорах с врачом (*«Врач ничего не говорит, а мне и не нужно»*).

Обсуждение

У большинства (60 % — 12 чел.) подростков выявлялись дезадаптивные типы отношения к болезни (ТОБОЛ), в структуре которых преобладали неврастеническое, сенситивное, ипохондрическое реагирование. Неврастенический тип реагирования проявлялся во вспышках раздражения, реакциях протеста, словесной агрессии в отношении своих родителей, а также родителей других больных детей, но не в отношении медицинского персонала. Сенситивный компонент (озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о его болезни) особенно ярко проявлялся в тех случаях, когда родитель без ведома подростка информировал дальних родственников/ знакомых о его заболевании. В основе ипохондрического типа реагирования лежит естественная реакция человека в ситуации заболевания более чутко прислушиваться к сигналам, идущим от собственного тела, что является необходимым в процессе формирования отношения болезни. Подросток через предъявление ипохондрических жалоб объективирует телесные ощущения и, тем самым, отражает свои взгляды на болезнь, ожидания и страхи. Отсутствие у подростка адекватной информации о заболевании и лечении, а также невозможность выразить свои чувства делает ипохондрические переживания устойчивыми.

Изучение содержательных характеристик отношения к болезни показал, что все подростки в той или иной степени информированы о своем заболевании. Вместе с тем, подростку трудно структурировать сообщенную ему информацию, которую он не понимает, и которая его пугает. Дети и подростки отличаются от взрослых в своем отношении к ситуациям, обладающим травматическим потенциалом, ка-

кой является ситуация онкологического заболевания. Структура детской психики иная, чем у взрослого: психика ребенка более уязвима, ее адаптивные механизмы находятся в стадии формирования (психологические защиты, копинг-стратегии), поэтому он более подвержен аффектам, чем у взрослого. Актуальный уровень развития психики подростка может не позволить эффективно ответить на вызовы, которые делает жизнь. В этой связи информация о болезни и лечении должна быть дана на понятном в доступной для подростка форме, на понятном ему языке. При этом очень важно проверить насколько адекватно понял подросток полученную информацию.

Большинство исследованных подростков предпочитали получать информацию о болезни и лечении от лечащего врача (65 % — 13 чел.) и указывали, что хотят знать мнение врача по поводу лечения своего заболевания (85 % — 17 чел.). При этом подростки отмечали, что взаимоотношения с врачом, его поддержка в процессе разговора с ними являлись ресурсом в преодолении тягот лечения: дети верили во врача и в возможности медицины (50 % — 10 чел.). В ситуации болезни врач для больного подростка становится очень значимой фигурой, дети доверяют лечащему врачу и доверяют той информации, которая от него исходит. В этой связи необходимо еще раз подчеркнуть, что информация должна быть для подростка доступной и понятной.

Было показано, что для подростков (50 % — 10 чел.) «любовь к родителям», дающая ощущение безопасности и защищенности в угрожающей жизни ситуации, являлась для них одним из мотивов выздоровления; большинство подростков (65 % — 13 чел.) отмечали необходимость эмоциональной поддержки близкого, как правило, родителя. Эмоциональная поддержка родителя/близкого предполагает внимание к чувствам своего ребенка: не игнорирование переживаний («расслабься», «все хорошо», «ты взрослый»), не отвлечение от переживаний («не думай о болезни», «отвлекись»), не обесценивание переживаний («не ной, улыбнись»), а внимание и сопереживание. Эмоциональная поддержка близкого позволяет почувствовать подростку, что его принимают больным, что он не один со своей болезнью. Подростки нуждались в регулярных и открытых разговорах с родителями о своем заболевании и лечении, их не устраивали «ситуативные» разговоры о болезни, в которых они нередко видели манипуляцию со стороны родителей. Вместе с тем родители не всегда готовы говорить с ребенком о болезни: взрослые боятся той глубины, с которой дети могут страдать.

Выводы

У большинства подростков выявлены дезадаптивные типы отношения к болезни, что указывает на трудности в формировании отношения к болезни и лечению: детям сложно осознать и принять перемены, которые произошли в их жизни в связи с заболеванием. В этой связи они нуждаются в грамотном информировании и эмоциональной поддержке врача и родителя.

У подростков в ситуации онкологического заболевания выражена потребность знать мнение врача по поводу их болезни: большинство подростков предпочитают получать информацию о болезни и лечении от врача, они стремятся к наиболее адекватной когнитивной оценке болезни и лечения. Роль врача состоит в адекватном информировании больного подростка с учетом его индивидуальных особенностей и конкретной ситуации. Кроме того, в процессе взаимодействия роль врача включает в себя профессиональную психологически грамотную эмоциональную поддержку пациента.

Не все родители могут адекватно обсуждать с подростком его заболевание и лечение: одни не придают значение важности для ребенка разговоров о его болезни, другие же родители не умеют общаться с подростком по поводу болезни. В этой связи необходимо развивать программу (например, «Школа для родителей ребенка с онкологическим заболеванием»), направленную на обучение родителей информированию ребенка о болезни и лечению.

Несмотря на то, что для подросткового возраста характерны эмансипация и отделение от родителей, в ситуации заболевания самым важным фактором совладания с болезнью является поддержка близких, что, по данным литературы, характерно для людей в ситуации болезни в целом. Родительская поддержка влияет на эмоциональную сторону отношения подростка к болезни и лечению.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Соблюдение прав пациентов и правил биоэтики

Исследование выполнено в соответствии с Хельсинкской декларацией ВМА в редакции 2013 г. Все пациенты возрастом старше 15 лет подписали информированное согласие на участие в исследовании. Информированные согласия на участие в исследовании пациентов младше 15 лет были подписаны законными представителями пациентов.

Compliance with patient rights and principles of bioethics

The study was carried out in accordance with the WMA Helsinki Declaration as amended in 2013. All patients over the age of 15 gave written informed consent to participate in the study. Written informed consent to participate in the

study of patients under 15 years of age was given by the legal representatives of the patients.

Финансирование

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Financing

The work was performed without external funding.

Участие авторов

Все авторы в равной степени участвовали в подготовке публикации: разработке концепции статьи, получении и анализе фактических данных, написании и редактировании текста статьи, проверке и утверждении текста статьи. Все авторы одобрили финальную версию статьи перед публикацией, выразили согласие нести ответственность за все аспекты работы, подразумевающую надлежащее изучение и решение вопросов, связанных с точностью или добросовестностью любой части работы.

Authors' contributions

All authors contributed substantially to the preparation of this publication: conception of the article, acquisition and analysis of data, drafting and revising the text of the article, editing and final approval of the version to be published.

All authors approved the final version of the article before publication and agreed to take responsibility for all aspects of the work, ensuring proper investigation and resolution of issues related to the accuracy or integrity of any part of the work.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Эрикссон Э. Идентичность: юность и кризис. Изд. 2-е. Под ред. Толстых. А.В. М.: Флинта: МПСИ: Прогресс. 2006: 352.-URL: https://vk.com/doc580966583_641449262?hash=7aCazNBGxIdAk39lrASZiAo6FtTsydZw724FmY3q9nz&dl=M3t5B958zmvKIXVdKQjHNSNZDHX18Rp8T9qZDKzopZTP.-ISBN 5-89349-860-7 (Флинта).-ISBN 5-89502-952-3 (МПСИ).-ISBN 5-01-004772-1 (Прогресс). [Ericson E. Identity: youth and crisis. M.: Flint: MPSI: Progress. Edited by Tolstykh. A.V. 2nd ed. 2006: 352.-URL: https://vk.com/doc580966583_641449262?hash=7aCazNBGxIdAk39lrASZiAo6FtTsydZw724FmY3q9nz&dl=M3t5B958zmvKIXVdKQjHNSNZDHX18Rp8T9qZDKzopZTP. ISBN 5-89349-860-7 (Flinta) ISBN 5-89502-952-3 (MPSI) ISBN 5-01-004772-1 (Progress). (In Rus)].
2. Александрова О.А., Богданова Е.И., Пестерева Е.В., Чулкова В.А. Социально-психологическая реабилитация детей, перенесших онкологическое заболевание. СПб.: Изд-во Фурсова. 2019: 114.-URL: <https://rainbow-life.ru/posobie.pdf>. [Aleksandrova O.A., Bogdanova E.I., Pestereva E.V., Chulkova V.A. Socio-psychological rehabilitation of children who have suffered from cancer. St. Petersburg: Fursova Publishing House. 2019: 114.-URL: <https://rainbow-life.ru/posobie.pdf>. (In Rus)].
3. Бюрикова И.А. Психологические особенности детей, страдающих онкозаболеваниями. Известия высших учебных заведений. Уральский регион. 2018; 1: 107-112.-URL: <https://www.etiopsy.ru/wp-content/uploads/2022/09/psihologicheskie-osobennosti-detej-stradajushhih-onkozabolevanijami-birjukova-i-a-2018-y.pdf?ysclid=lsrja2vbcv488575994>. [Byurikova I.A. Psychological characteristics of children suffering from cancer. News of higher educational institutions. The Ural region. 2018; 1: 107-112.-URL: <https://www.etiopsy.ru/wp-content/uploads/2022/09/psihologicheskie-osobennosti-detej-stradajushhih-onkozabolevanijami-birjukova-i-a-2018-y.pdf?ysclid=lsrja2vbcv488575994>. (In Rus)].

4. Чулкова В.А., Пестерева Е.В., Комяков И.П., et al. Психологические аспекты взаимодействия врача с онкологическим пациентом: учебное пособие. СПб.: НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова. 2015: 40.-URL: https://www.niioncologii.ru/education/education/training/training_manuals_2023/%D0%A7%D1%83%D0%BB%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%B0_%D0%92_%D0%90_%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B5_%D0%B0%D1%81%D0%BF%D0%B5%D0%BA%D1%82%D1%8B_2015.pdf?ysclid=lsrjcf9gno712699840. [Chulkova V.A., Pestereva E.V., Komyakov I.P., et al. Psychological aspects of the interaction of doctor with oncological patient: a textbook. St. Petersburg: N.N. Petrov National Medicine Research Center of Oncology. 2015: 40.-URL: https://www.niioncologii.ru/education/education/training/training_manuals_2023/%D0%A7%D1%83%D0%BB%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%B0_%D0%92_%D0%90_%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B5_%D0%B0%D1%81%D0%BF%D0%B5%D0%BA%D1%82%D1%8B_2015.pdf?ysclid=lsrjcf9gno712699840. (In Rus)].
5. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей. СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. 2005: 32.-URL: <http://www.medpsy.ru/library/library122.pdf?ysclid=lsrji30lkd104412542>. [Wasserman L.I. Iovlev B.V., Karpova E.B., Vux A.Ya. Psychological diagnosis of the attitude to the disease. A manual for doctors. St. Petersburg: St. Petersburg V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology. 2005: 32.-URL: <http://www.medpsy.ru/library/library122.pdf?ysclid=lsrji30lkd104412542> (In Rus)].

Поступила в редакцию / Received / 24.01.2024

Прошла рецензирование / Reviewed / 20.02.2024

Принята к печати / Accepted for publication / 22.02.2024

Сведения об авторах / Author Information / ORCID

Елена Викторовна Пестерева / Elena V. Pestereva / ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0000-5790-3698>, SPIN: 5345-6932.

Екатерина Александровна Русакова / Ekaterina A. Rusakova / ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0001-7207-7862>, SPIN: 1400-7594.

Валентина Алексеевна Чулкова / Valentina A. Chulkova / ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3213-1294>, SPIN: 8692-4033.

Светлана Александровна Кулева / Svetlana A. Kuleva / ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0390-8498>, SPIN: 3441-4820.

