

*В.А. Чулкова^{1,2,3}, Е.В. Пестерева^{1,3,4}, Т.М. Попов³, Д.М. Рысенкова³,
А.М. Ялов³, Т.Ю. Семиглазова^{1,2}*

Отношение онкологических больных к лечению при системных методах терапии

¹ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России,

²ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России,

³ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»,

⁴ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

Отношение онкологических больных к лечению — это особый вид деятельности по преодолению заболевания и его последствий. Рассмотрены характеристики отношения онкологических пациентов к лечению: осведомленность и потребность больного в информации о заболевании и лечении, отношения с лечащим врачом в процессе лечения, эмоциональные реакции на заболевание и на необходимость лечения. Выделены группы больных меланомой, саркомой мягких тканей и больных раком молочной железы с различной выраженностью значимости отношения к лечению. Показана связь значимости отношения к лечению в этих группах больных с типами отношения к болезни и показателями жизнестойкости.

Ключевые слова: больные меланомой, саркомой мягких тканей и раком молочной железы, значимость отношения к лечению, тип отношения к болезни, жизнестойкость

Проблема отношения больного к лечению не является новой: можно предположить, что вопрос следования пациента рекомендациям врача существовал с момента зарождения медицинского знания. В настоящее время в связи с развитием гуманистических традиций в медицине и тенденцией к изменению модели взаимодействия врача и больного данная проблема является чрезвычайно актуальной.

Особое значение проблема отношения больного к лечению имеет в онкологии: прогресс медицинской науки и биомедицинских технологий позволяет добиваться эффективных результатов лечения онкологических пациентов, но, вместе с тем, используемые инновационные методы лечения по-прежнему остаются довольно агрессивными, снижающими качество жизни больного [6]. Онкологические больные нередко испытывают различные страхи, связанные непосредственно с лечением (страх беспомощности, боли, осложнений, боязнь изменения внешности) [12], что

мешает им принимать информацию о заболевании и формировать ответственное отношение к лечению. Специфичные для ситуации онкологического заболевания признаки — полиэтиологичность возникновения, непредсказуемость течения, отсутствие четких гарантий излечения — обуславливают мучительные переживания больных. Даже неоспоримые успехи в лечении онкологических заболеваний не меняют общей тенденции людей воспринимать рак как что-то роковое, сверхопасное и непонятное [13]. Таким образом, лечение онкологических заболеваний создает чрезмерную нагрузку не только на организм, но и на личность пациента.

Методологической основой данного исследования, направленного на изучение отношения онкологических пациентов к лечению, явилась концепция В.Н. Мясищева, согласно которой личность понимается как система отношений. По В.Н. Мясищеву, отношения характеризуются осознанностью, активностью, избирательностью, в них проявляются различные составляющие личности, что обеспечивает целостность, устойчивость и последовательность поведения человека [1]. Важным свойством системы отношений является иерархичность, выражающаяся в том, что некоторые отношения занимают доминирующие позиции (наиболее значимы), а другие — подчиненные позиции (менее значимы).

Известие о диагнозе и о необходимости лечения сопровождается процессом формирования у больного отношения к болезни — нового отношения, которое возникает в системе отношений человека, предшествующей заболеванию, и способствует изменению всех отношений, существующих до него. Одним из элементов отношения к болезни является отношение к лечению, которое рассматривается как особая деятельность больного по преодолению заболевания и его последствий. Отношение к лечению, как и любое отношение, включает в себя когнитивный, эмоциональный и мотивационно-поведенческий

компоненты [12]. Психологические исследования, проводимые в НМИЦ им. Н.Н. Петрова, а также опыт психологического консультирования онкологических пациентов и членов их семей позволили наполнить структуру отношения к лечению содержанием, специфичным для онкологических больных. Таким образом были выделены следующие характеристики отношения онкологических пациентов к лечению: осведомленность и потребность больного в информации о заболевании и лечении, отношения с лечащим врачом в процессе лечения, эмоциональные реакции на заболевание и на необходимость лечения. Степень выраженности данных взаимодополняющих характеристик, на наш взгляд, является показателем значимости для больного отношения к лечению.

Потребность больного в информации о заболевании и методах его лечения. Долгие годы существовало мнение, что информировать об онкологическом заболевании — значит травмировать пациента, а к одному из важных деонтологических правил относили стремление врачей скрыть от пациентов истинный характер болезни. Прогресс медицинской науки и биомедицинских технологий позволил, прежде всего, медицинскому сообществу относиться к раку как к диагнозу, а не как к приговору, поэтому было принято законодательное решение сообщать больному в доступной для него форме информацию о состоянии здоровья и болезни [8]. Однако у пациентов в отношении осведомленности о заболевании нередко наблюдается противоречие: больной, с одной стороны, знает о болезни (информирован), с другой стороны, отрицает злокачественный характер болезни: бессознательная психологическая защитная реакция проявляется в нежелании принимать неприятную и тяжелую информацию о заболевании. Исследования показывают, что у большинства онкологических больных преобладают анозогнозический («отрицание») и эргопатический («уход в работу») типы отношения к болезни, которые, не нарушая социальной адаптивности, свидетельствуют о стремлении пациентов «отбрасывать» мысли о болезни, ее последствиях и оставаться в сфере привычной жизнедеятельности [4]. На первый взгляд кажется, что такая позиция больного человека вполне приемлема: главное, чтобы он лечился. Вместе с тем, если больной избегает переживаний, вызванных информацией о болезни, то он и не включается в события, связанные с лечением, и лечится, потому что «так надо», перекладывая на врача всю ответственность за лечение.

С другой стороны, в современном обществе с развитыми информационно-коммуникационными технологиями, человек имеет доступ к информации о любом заболевании. Так, неко-

торые пациенты стремятся найти как можно больше информации о болезни и методах ее лечения («Не хочу вслепую лечиться, это моя жизнь»), что отражает их потребность управлять и контролировать ситуацию заболевания и свою жизнь в целом. Вместе с тем, чрезмерное количество информации нередко может только усиливать страх и растерянность больных, а контроль над заболеванием трансформируется у них в неконтролируемый сбор информации, в поиски такой, которая позволила бы, как им кажется, контролировать болезнь («Я непременно найду информацию, которая мне нужна»).

Отношения с лечащим врачом. Оценивать более объективно информацию о заболевании помогает больному, прежде всего, общение с лечащим врачом, который имеет знания о болезни в целом и знает о болезни конкретного заболевшего человека. Неопределенность в ситуации заболевания раком вызывает у пациента тревогу, и он пытается управлять этой тревогой, задавая врачу много вопросов о болезни и ее лечении. При этом, в силу повышенной тревожности, больной нередко испытывает сложности в усвоении полученной от врача информации.

Профессиональная ответственность врача — отвечать на любые вопросы больных в доступной для них форме, ориентируясь на два параллельных принципа: никогда не обманывать пациента и избегать бездумной откровенности [7], и таким образом снижать эмоциональное напряжение больных и формировать у них адекватное отношение к болезни и лечению.

Ответственность больного по отношению к лечению формируется в процессе принятия им не только информации о заболевании, но и принятие им болезни и себя как больного человека [11]. Выражение «принятие болезни» используется как врачами, так и больными. Так, врач может обратиться к психологу по поводу пациента, который «не принимает болезнь», определяющим для него в данном случае является отсутствие активной позиции больного, его включенности в процесс лечения. В свою очередь, больные, которые информированы о своем диагнозе и проходят определенные лечебные процедуры, нередко отмечают, что «сейчас тяжело и тяжесть эта оттого, что не могу принять болезнь», «никогда ничем не болел, сложно себя принять в этой ситуации». Иначе говоря, в ситуации заболевания раком человек теряет свою прежнюю идентичность здорового человека, у него возникает ощущение потери себя («Я потерялась, хожу, как мертвая»). Для принятия болезни необходимо не только знание о болезни, но и переживание значимой для человека информации, которая разрушает прежнее — до болезни — представление о жизни, о себе, о будущем.

Таким образом, информирование и принятие — это одна и та же проблема, по-разному преломляющаяся для врача и для пациента. Врачу важно адекватно информировать больного, чтобы он мог жить в реальном мире, зная, что с ним происходит, и в меру возможности заботиться о себе. Перед больным стоит психологическая задача: принятие болезни и изменившейся в связи с этим картины мира и себя в своей новой идентичности больного раком.

Интенсивность проявления эмоциональных реакций на заболевание и лечение. Интенсивные чувства в большинстве своем являются нормальными реакциями человека в трудной ситуации заболевания: они отражают переживания больного. Об адаптивных нарушениях, в том числе о возможности развития посттравматического стрессового расстройства, скорее свидетельствует отсутствие переживаний, особенно в начале болезни и лечения.

Переживания выполняют восстановительную функцию: выраженные сильные негативные чувства снижают эмоциональное напряжение и являются одним из условий переработки психической травмы пациентом. Более того, в результате мучительных душевных переживаний и страданий у больного может сформироваться такое отношение к болезни и лечению, при котором появляется ощущение, что жизнь дает еще один шанс — жить с учетом заболевания.

Цель: исследовать особенности отношения к лечению у онкологических больных при системной терапии.

Материал и методы

Было обследовано 103 онкологических пациента в возрасте от 19 до 65 лет (21 мужчина и 82 женщины). Пациенты имели различные диагнозы — меланома (25 чел.), саркома мягких тканей (СМТ) (18 чел.) и рак молочной железы (РМЖ) (60 чел.) и находились на разных этапах лечения. Критерием объединения указанных больных для исследования являлось прохождение ими инновационных методов системной терапии, используемых в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова.

Для выявления личностного реагирования пациентов на болезнь применялась методика отношения к болезни (ТОБОЛ) [5], для исследования особенностей личности, способствующих совладанию с внутренним напряжением в ситуации лечения, использовался тест жизнестойкости Мадди (в адаптации Л.А. Леонтьева и Е.И. Рассказовой) [2].

Отношение больного к лечению и его переживания в связи с лечением изучались с помощью структурированной клинической беседы. По сумме положительных ответов пациентов на вопросы, касающиеся их действий по сбору информации о болезни и лечении, эмоциональных реакций на данную информацию и необходимость лечения, важности для них отношений с лечащим врачом определялась степень значимости для больного лечения: насколько отношение к лечению является доминирующим в системе других отношений больного.

В обработке данных использован пакет статистических методов SPSS 21.

Результаты

Изучение реагирования онкологических больных на заболевание (ТОБОЛ) показало преобладание эргопатического («куход в работу»), анозогнозического («отрицание») и сенситивного типов отношения к болезни, что соответствует ранее проведенным психологическим исследованиям, указывающим, что у онкологических больных преобладают неосознанные защитные реакции, когда привычный мир больного не разрушается, а корректируется с учетом заболевания [14]. При этом эргопатическое реагирование может являться определенной компенсацией сенситивности и тревожности больного [9].

Средние показатели шкал теста жизнестойкости (тест Мадди) указывали на то, что пациенты, принимавшие участие в исследовании, социально адаптированы и психологически устойчивы: вовлечены в значимую для них деятельность и испытывали интерес к собственной жизни, были способны контролировать свою жизнь в той или иной мере и извлекать опыт из проживания своей жизни.

Клиническая беседа, направленная на изучение потребности больного в информации о заболевании и методах его лечения, включала в себя вопросы: часто ли пациент спрашивает лечащего врача о своем состоянии, о назначенном лечении, общается ли он с другими пациентами с целью получить новую информацию о видах терапии или же активно ищет ее в других источниках (статьи, книги, интернет). По сумме положительных ответов на данные вопросы оценивалась *потребность больного в информации о заболевании и методах его лечения.*

Высокая выраженность потребности в информации обнаружена у трети — 33,3% (8 чел.) больных меланомой, почти у половины — 43,8% (8 чел.) больных СМТ и у 18,3% (11 чел.) пациенток РМЖ.

Низкая потребность в информации о болезни и ее лечении выявлена у 8,4% (2 чел.) больных меланомой, у 10% (6 чел.) пациенток РМЖ и отсутствует у больных СМТ. Отсюда следует, что большинство онкологических больных не стремится игнорировать информацию о своем заболевании, а существование бессознательных психологических защит является естественным для функционирования психики человека в ситуации угрозы.

У большинства больных потребность в информации выражена на среднем уровне. Средний уровень потребности в информации выявлялся у 58,3% (15 чел.) больных меланомой, у 56,2% (10 чел.) больных СМТ, у 71,7% (43 чел.) пациенток РМЖ. Эти пациенты ориентированы на информацию, продиктованную актуальной

ситуацией лечения и полученную, прежде всего, от лечащего врача, они стремятся оградить себя от историй чужих людей, рекомендаций, противоречивых мнений.

Выраженность потребности пациентов в информации имела отрицательную взаимосвязь с сенситивным ($p < 0,03$) и дисфорическими ($p < 0,05$) реагированием больных на заболевание и лечение (ТОБОЛ): пациенты с указанными типами отношения к болезни более склонны отгораживаться от информации, связанной с заболеванием и лечением. Для пациентов с сенситивным типом реагирования на болезнь, учитывая их мнительность и озабоченность мнением окружающих, необходима деликатная, дозированная и своевременная подача информации, в противном случае это может неблагоприятно сказаться на их эмоциональной сфере и на отношении к лечению в целом. Пациентам же с дисфорическим типом реагирования на заболевание характерны агрессивные реакции, связанные с болезнью, вплоть до подозрительности по отношению к лечебным процедурам, результат которых не оправдывает их ожиданий.

Отношение к лечению во многом определяется отношениями с лечащим врачом. В качестве примера важности контакта врача и пациента приведем высказывание больной И.: «Мы идем к нашему лечащему врачу в надежде услышать не только рекомендации по лечению, но и получить (осознанно или нет) психологическую поддержку. Это естественно, поэтому каждый наш вопрос значим для нас вдвойне: ответ на него, с одной стороны, четкое руководство к действию, а с другой — психологическая поддержка, дающая ощущение, что ты не один на один со своим заболеванием, что есть человек, к которому можно обратиться за советом и разъяснением, и знать, что у своего доктора ты получишь и совет, и разъяснение. Если нам повезет, то наш доктор, кроме своих медицинских знаний и навыков, обладает еще качествами, дающими ему возможность терпеливо, неоднократно разъяснять наши «тупички», поддержать улыбкой, шуткой, а иногда очень категорично и однозначно дать понять, что с этим вопросом все решено. Хочу подчеркнуть, что часто ответы на вопросы не являются для нас в большой степени решением проблемы, а лишним поводом почувствовать, что мы вместе с доктором идем по трудному пути лечения и исцеления» [3].

Значимость отношений с лечащим врачом определялась по сумме положительных ответов на вопросы, касающихся того, часто ли пациент задает врачу вопросы о своем состоянии, о назначенном лечении, чувствует ли он эмоциональную поддержку со стороны врача, удовлетворен ли получаемой информацией.

Высокая значимость отношений с врачом выявлена у 33,3 % (8 чел.) больных меланомой, у 6,2 % (1 чел.) больных СМТ и у 27,7 % (17 чел.) пациенток РМЖ: они задавали врачу много вопросов о своем состоянии и получаемом лечении, высоко оценивали необходимость поддержки врача и были склонны к нарушению личных границ при общении с врачом. Отмечено, что женщины выше оценивали важность отношений с врачом и необходимость поддержки с его стороны, чем мужчины ($p < 0,04$).

Низкая значимость отношений с врачом обнаружена у 8,3 % (2 чел.) больных меланомой, 37,5 % (7 чел.) больных СМТ, 5,8 % (3 чел.) пациенток РМЖ. Следует обратить внимание на то, что для более, чем трети больных СМТ, отношения с врачом малозначимы. Можно предположить, что у этой категории больных возникают трудности в общении с врачом.

У большинства больных значимость отношений с лечащим врачом выражена на среднем уровне: у 58,4% (15 чел.) больных с меланомой, у 56,5 % (10 чел.) больных СМТ, у 66,5 % (40 чел.) пациенток РМЖ: эти пациенты склонны к сотрудничеству с лечащим врачом, признавая при этом его ведущую и экспертную роль в лечении.

Показатель значимости отношений с врачом имел обратную взаимосвязь с сенситивным и эгоцентрическим типами отношения к болезни ($p < 0,01$) (ТОБОЛ): врачу важно учитывать преморбидные особенности пациентов, так как эмоциональное состояние и поведенческие реакции больных во многом определяются не только актуальной ситуацией, связанной с лечением и течением заболевания. Так, чувствительность к межличностным контактам (сенситивность), обуславливает восприимчивость больного к любым проявлениям невнимательности, а стремление быть в центре внимания окружающих (истероидные черты), проявляется в попытках больного продемонстрировать исключительный характер течения своего заболевания.

Отмечено, что значимость контакта с врачом отрицательно взаимосвязана с ипохондрическим реагированием больного на заболевание ($p < 0,01$). При ипохондрическом реагировании больной чрезмерно сосредоточен на субъективных болезненных или иных неприятных ощущениях, при рассказе о которых медперсоналу ему кажется, что он недостаточно услышан. Врачу следует знать, что ипохондричность, обеспокоенность своим здоровьем отражает процесс формирования отношения к болезни и ее принятия, что является вполне закономерной реакцией в ситуации заболевания, связанного с витальной угрозой [10].

Интенсивность проявления эмоциональных реакций оценивалась в виде наличия у больного эмоционального дистресса в связи с лечением, понимаемого как выраженность эмоциональных реакций на необходимость проведения лечебных процедур. Уровень эмоционального дистресса представлял собой сумму положительных ответов на вопросы о наличии у больного беспокоящих его эмоциональных состояний при назначении лечения и в процессе лечения. Выявлено, что при назначении лечения высокий уровень дистресса был у 8,3 % (2 чел.) больных меланомой, 18,8 % (3 чел.) больных СМТ и 32 % (19 чел.) пациенток РМЖ. Однако в процессе лечения уже более значительное число пациентов испытывали дистресс: 29% (7 чел.) больных меланомой, 43% (8 чел.) больных СМТ и 53% (32 чел.) пациенток РМЖ. Указанное обстоятельство свидетельствует о том, что лечение для больных оказалось более тяжелым, чем представлялось.

Итоговый анализ исследования характеристик отношения к лечению онкологических больных показал, что для пациентов свойственна различная степень значимости для них отношения к лечению. В результате были выделены три группы пациентов в зависимости от степени значимости их отношения к лечению.

1 группа — пациенты с высокой значимостью отношения к лечению: проявляли активность в поиске информации о современных методах лечения, задавали много вопросов о своем состоянии и получаемом лечении, высоко оценивали необходимость поддержки лечащего врача, эмоционально реагировали на все нюансы собственного лечения (от страха и беспокойства до бурной радости и благодарности). Многие из них по своей инициативе обратились в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова, узнав о применяемых здесь инновационных методах терапии.

Высокая значимость отношения к лечению выявлена у 20,7 % (5 чел.) больных меланомой, у 12,5% (2 чел.) пациентов СМТ и у 3,3 % (2 чел.) пациенток РМЖ.

2 группа — пациенты со средней значимостью отношения к лечению: информацию предпочитали получать, прежде всего, от лечащего врача, стремились к сотрудничеству с врачом, выраженность эмоциональных реакций определялась актуальной ситуацией. Данные пациенты проявляли интерес к информации о диагнозе и методах лечения, но видели в этом скорее требования ситуации, чем личную инициативу.

Значимость отношения к лечению на среднем уровне была выражена у 58,4 % (15 чел.) больных меланомой, у 62,4 % (11 чел.) пациентов СМТ и у 86,7 % (52 чел.) пациенток РМЖ

3 группа — пациенты с низкой значимостью отношения к лечению. К поиску дополнитель-

ной информации о заболевании и его лечении они относились равнодушно, переживания по поводу лечения не раскрывали, не проявляли инициативы в общении с врачом и пассивно следовали его назначениям.

Низкая значимость отношения к лечению выявлена у 20,9% (5 чел.) больных меланомой, у 25,1% (5 чел.) пациентов СМТ и у 10,1 % (6 чел.) пациенток РМЖ.

Таким образом, для большинства пациентов, независимо от локализации опухоли, характерна средняя выраженность значимости отношения к лечению. При этом значимость отношения к лечению была выше для женщин, чем для мужчин ($p < 0,04$).

Анализ взаимосвязей между значимостью для больного отношения к лечению и его отношением к болезни (ТОБОЛ) показал, что у пациентов меланомой и СМТ значимость отношения к лечению имела взаимосвязь с дисфорическим ($p < 0,01$) и апатическим ($p < 0,01$) типами реагирования на заболевание. Так, чем более значимо для данных пациентов было отношение к лечению, тем они больше могли проявлять недовольство вплоть до раздражительности и гневливости к не приносящему желаемого результата лечению (дисфорическое реагирование). При этом следует отметить, что высоко значимое отношение к лечению требует от больного предельной активности и больших энергетических затрат, которые истощают человека, и тогда наступают опустошенность и апатия (апатическое реагирование).

В отличие от больных меланомой и СМТ, у пациенток РМЖ высокая значимость отношения к лечению имела отрицательную корреляцию с дисфорическим типом реагирования ($p < 0,01$) на заболевание, что, возможно, связано с личностными особенностями женщин, страдающих РМЖ: они склонны к социально одобряемому поведению. При этом значимость отношения пациенток к лечению во многом повышалась за счет их активности в поиске информации о заболевании и лечении и использовании данной информации как ресурса: они были осведомлены о современных методах терапии и у многих был положительный опыт лечения РМЖ у других женщин.

Анализ взаимосвязей между значимостью для больного отношения к лечению и способностью справляться с внутренним напряжением, вызванным заболеванием (тест жизнестойкости Мадди) показал, что значимость отношения к лечению имела отрицательную взаимосвязь с общим индексом жизнестойкости и показателем «вовлеченность». Этот результат свидетельствует о том, что при доминировании отношения к лечению в системе других отношений личности

пациент устраняется от контекста своей привычной жизни. Больной с высокой значимостью отношения к лечению сосредоточен на деятельности по преодолению болезни, которая является длительной, трудной, а порой и непосильной, в результате он ощущает одиночество, усталость и даже безразличие к происходящему. Только реализация плана лечения, который существует в субъективном мире больного, способствует восприятию себя как могущего справляться с жизненными трудностями, снижать напряжение и быть жизнестойким. Это вынуждает больного прибегать к использованию внешних ресурсов (помощи и поддержки других людей), а порой и быть зависимым от них. Следует отметить, что отсутствие вовлеченности больного в происходящее (в данном случае в процесс лечения) может указывать на непринятие себя в настоящий момент, что в дальнейшем может распространяться и на другие сферы его жизнедеятельности, порождать глубинные конфликты больного как с самим собой, так и с миром.

Таким образом, отношение онкологических больных к лечению, являясь важнейшим элементом отношения к болезни, имеет большое значение в лечении и реабилитации пациентов и оказывает огромное влияние на их психологическую адаптацию к изменившейся в связи с заболеванием жизненной ситуации, что необходимо учитывать специалистам, взаимодействующим с больными.

ЛИТЕРАТУРА

- Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. Психология отношений. — СПб.: НИИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1999. — 85 с.
- Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости // Методическое руководство. — М.: Смысл, 2006. — 63 с.
- Моисеенко В.М., Чулкова В.А. Психонкология // Пособие для врачей-онкологов. — СПб., 2007. — 38 с.
- Пестерева Е.В., Чулкова В.А., Вагайцева М.В. и др. Психологические исследования онкологических больных // Руководство «Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов» под ред. А.М. Беляева, В.А. Чулковой, Т.Ю. Семиглазовой, М.В. Рогачева. — СПб.: Любавич, 2017. — С.104 — 158.
- Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности // Коллект. моногр. под ред. Л.И. Вассермана, О.Ю. Щелковой. — СПб.: Скифия — принт, 2014. — 408 с.
- Семиглазова Т.Ю., Кондратьева К.О., Чулкова В.А., Котова З.С. и др. Качество жизни — важнейший критерий эффективности лечения и реабилитации онкологических больных // Руководство «Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов» под ред. А.М. Беляева, В.А. Чулковой, Т.Ю. Семиглазовой, М.В. Рогачева. — СПб.: Любавич, 2017. — С. 10 — 32.
- Твайкросс Р.Дж., Фрамpton Д.Р. Введение в паллиативную медицину // Собелл Пабликейшн, Черчилль Госпиталь Оксфорд ОХ37. — Великобритания, 1992. — 35 с.
- Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». М: Проспект, 2012. — 80 с.
- Чулкова В.А. Психологическое исследование личностных реакций на болезнь при раке молочной железы // Автореф. дис. канд. психол. наук. — СПб: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1999. — 18 с.
- Чулкова В.А., Моисеенко В.М. Психологические проблемы в онкологии // Практическая онкология. — 2009. — Т. 10. — № 3. — С. 151-157.
- Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Психологическая помощь онкологическим больным // Вестник СПб университета. — 2010. — Сер. 12, Вып. 1. — С. 185 — 191.
- Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Заболевание с витальной угрозой: и экстремальная ситуация, и психологический кризис // Учебник «Психология кризисных и экстремальных ситуаций: психическая травматизация и ее последствия» под ред. Н.С. Хрустальной. — СПб.: Из-во СПбГУ, 2014. — С. 223-271.
- Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Социально-психологические аспекты онкологических заболеваний в современном обществе // Социальная психология и общество. — 2015. — Т.6. — № 1. — С.117-126.
- Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Онкологическое заболевание: экстремальная ситуация и психологический кризис // Руководство «Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов» под ред. А.М. Беляева, В.А. Чулковой, Т.Ю. Семиглазовой, М.В. Рогачева. — СПб.: Любавич, 2017. — С. 65 — 84.

Поступила в редакцию 13.02.2018 г.

V.A. Chulkova^{1,2,3}, E.V. Pestereva^{1,3,4}, T.M. Popov³, D.M. Rysenkova³, A.M. Yalov³, T.Yu. Semiglazova^{1,2}

Attitude of cancer patients to treatment at systemic therapy methods

¹N.N. Petrov National Medical Research Center of Oncology

²I.I. Mechnikov North-West State Medical University

³St. Petersburg State University

⁴St. Petersburg State Pediatric Medical University St. Petersburg

The attitude of cancer patients to treatment is a special kind of activity for overcoming the disease and its consequences. The characteristics of the attitude of cancer patients to treatment are considered: the patient's awareness and need for information about the disease and treatment, relations with a physician in the course of treatment, emotional reactions to the disease and the need for treatment. Groups of patients with melanoma, soft tissue sarcoma and breast cancer patients with different severity of attitude to treatment were singled out. The connection between the significance of the relationship to treatment in these groups of patients with the types of attitude towards the disease and indices of viability is showed.

Key words: patients with melanoma, soft tissue sarcoma and breast cancer, significance of the attitude to treatment, type of the attitude to the disease, vitality