

Ассоциация онкопсихологов Северо-Западного региона
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии
им. Н. Н. Петрова» Минздрава России
ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И. И. Мечникова» Минздрава России
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный медицинский
педиатрический университет» Минздрава России

В. А. Чулкова, Е. В. Пестерева

**ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА
ЭФФЕКТИВНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ
СТРАХОВЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ**



2019

Ассоциация онкопсихологов Северо-Западного региона
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии
им. Н. Н. Петрова» Минздрава России
ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И. И. Мечникова» Минздрава России
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный медицинский
педиатрический университет» Минздрава России

В. А. Чулкова, Е. В. Пестерева

**ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА
ЭФФЕКТИВНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ
СТРАХОВЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ**

УДК 364.32:616-006.

ББК 51.1(2)2

Теория и практика эффективного взаимодействия страховых представителей системы обязательного медицинского страхования с онкологическими пациентами.

Пособие. // В. А. Чулкова, Е. В. Пестерева — 2019. — 44 с.

Рецензент:

И.о. заведующего кафедрой медицинской психологии и психофизиологии Санкт-Петербургского государственного университета доктор психологических наук, профессор **О. Ю. Щелкова**

В пособии содержатся материалы по теоретическим и практическим вопросам онкопсихологии и особенностям взаимодействия страховых представителей системы обязательного медицинского страхования (ОМС) с онкологическими больными. Дается представление о роли страхового представителя системы ОМС в современной медицине. Рассматриваются особенности ситуации онкологического заболевания и личность пациента в этой ситуации. Показано отношение онкологического пациента к болезни и лечению. Представлены коммуникативные навыки, и подробно анализируется использование их страховыми представителями для эффективного взаимодействия с онкологическими пациентами. Рассматриваются психологические трудности, возникающие у страховых представителей системы ОМС в процессе общения с онкологическими больными.

Пособие предназначено для страховых представителей системы обязательного медицинского страхования (ОМС).

АВТОРЫ ПОСОБИЯ

Чулкова Валентина Алексеевна — медицинский психолог, доцент, кандидат психологических наук, доцент отделения дополнительного профессионального образования отдела учебной методической работы ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова» Минздрава России, доцент кафедры онкологии ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» Минздрава России, доцент кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуации ФГБОУ ВО СПбГУ.

Пестерева Елена Викторовна — медицинский психолог, кандидат психологических наук, научный сотрудник научного отдела инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации ФГБУ «НМИЦ НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова» Минздрава России, старший преподаватель кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуации ФГБОУ ВО СПбГУ, старший преподаватель кафедры гуманитарных дисциплин и биоэтики ФГБОУ ВО СПбГМПУ Минздрава России.

Глава «Введение. Основные положения и принципы работы страхового представителя системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации» и Приложение написаны членом Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, сопредседателем Комитета независимой медицинской экспертизы Союза медицинского сообщества «Национальная Медицинская Палата», советником генерального директора ООО «Капитал МС», д.м.н., профессором **А. А. Старченко** и заместителем директора Дирекции по защите прав застрахованных и экспертизы качества МП ООО «Капитал МС» к.м.н., доцентом **О. В. Тарасовой**.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	5
1. Введение. Основные положения и принципы работы страхового представителя системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации	6
2. Роль страхового представителя системы обязательного медицинского страхования в современной медицине	10
3. Особенности ситуации онкологического заболевания	12
4. Личность пациента в ситуации онкологического заболевания	15
5. Отношение онкологического пациента к болезни и лечению	20
6. Взаимодействие страхового представителя с онкологическим пациентом	28
7. Трудности взаимодействия с онкологическим пациентом	36
Заключение	41
Используемая литература	42
Приложение. Рекомендуемый диалог страхового представителя с пациентом (с выявленным подозрением на онкологическое заболевание)	44

ПРЕДИСЛОВИЕ

Пособие «Теория и практика эффективного взаимодействия страховых представителей системы обязательного медицинского страхования с онкологическими пациентами» создано по инициативе доктора медицинских наук, профессора Алексея Анатольевича Старченко.

Он познакомился с вышедшим в 2018 г. руководством «Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов», авторами которого, наряду с другими, являемся мы, и пригласил нас на конференцию страховых представителей, состоявшуюся в мае 2019 г. в Санкт-Петербурге. Одна из авторов выступила на конференции с лекцией, посвященной вопросам психологических особенностей онкологических больных и эффективному взаимодействию с ними. Лекция вызвала у страховых представителей — участников конференции большой интерес и множество вопросов.

В этой связи профессор А. А. Старченко предложил нам написать пособие, в котором бы были отражены как теоретические, так и практические вопросы взаимодействия страховых представителей системы ОМС с онкологическими пациентами.

Пособие условно можно разделить на две части. В одной части содержатся сведения об особенностях ситуации онкологического заболевания и пациентах в ситуации болезни. Эта информация, на наш взгляд, является необходимой для понимания страховыми представителями психологического состояния пациентов и их переживаний. Другая часть пособия посвящена взаимодействию страховых представителей с онкологическими пациентами и трудностям, которые, безусловно, встречаются в их работе при общении с больными. Информация, содержащаяся в пособии, является во многом новой для страховых представителей, поэтому основную мысль сообщения по той или иной теме мы выделили.

Уже после завершения работы над пособием было решено добавить в него некоторые документы, определяющие работу страховых представителей системы ОМС (см. введение и приложение). Также были добавлены ответы на вопросы страховых представителей, которые возникли у них после знакомства с пособием.

Мы надеемся, что материал, изложенный в пособии «Теория и практика эффективного взаимодействия страховых представителей системы обязательного медицинского страхования (ОМС) с онкологическими пациентами», сможет реально помочь страховым представителям системы ОМС в их работе.

В. А. Чулкова, Е. В. Пестерева

1. ВВЕДЕНИЕ.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ПРИНЦИПЫ РАБОТЫ СТРАХОВОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Стратегией развития здравоохранения на долгосрочный период (2015–2030 гг.) предусмотрено развитие системы обязательного медицинского страхования (ОМС) на основе расширения **страховых принципов**, в частности, через развитие Института страховых представителей страховых медицинских организаций (СМО).

Советом по стратегическому развитию и приоритетным проектам (декабрь 2015 г.) также продекларировано формирование с 2016 г. **пациентоориентированной модели здравоохранения в РФ** — в том числе создание системы страховых представителей как **отдельной структуры между пациентом и системой здравоохранения**.

Страховой представитель — это уполномоченное лицо СМО, которое осуществляет информационное сопровождение застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи и обеспечивает информирование застрахованных лиц и их законных представителей.

В настоящее время в Российской Федерации активно реализуются Национальные проекты в области здравоохранения (в т. ч. «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», «Борьба с онкологическими заболеваниями», «Развитие детского здравоохранения»), паспортами которых предусмотрена задача формирования эффективно функционирующей системы **защиты прав пациентов**.

В рамках решения задачи формирования системы защиты прав пациентов страховые представители призваны предупреждать страховые риски нарушения законных прав пациентов и разрешать спорные вопросы:

- отказа в оказании медицинской помощи или нарушение сроков ее оказания;
- навязывания платных услуг, в том числе в онкологии;
- отказа в бесплатном доступе к современным лекарственным препаратам детям и взрослым, в том числе к самой современной химиотерапии и таргетной терапии онкозаболеваний;
- отказа в бесплатном доступе к инновационным методам диагностики и лечения (КТ, ангиография, МРТ, ПЭТ КТ, конформная лучевая терапия, химиолучевое лечение, органосохраняющие операции, неонатальные операции и др.).

Полномочия страхового представителя на принятие оперативных мер с целью предотвращения нарушения прав и законных интересов застрахованных лиц на надлежащее качество оказываемой медицинской помощи являются одной из основных составляющих процесса управления качеством медицинской помощи.

При этом главные **цели** деятельности страхового представителя 3 уровня (СП-3) — это:

- 1) предотвращение ухудшения состояния здоровья застрахованного лица;
- 2) формирование у застрахованного лица приверженности к лечению.

Страховой представитель 3 уровня — медицинский работник — **ВРАЧ**, — является ключевой фигурой в процессе профилактики нарушений законных прав и интересов пациентов, на него возлагаются, в том числе, обязанности:

- по взаимодействию с должностными лицами медицинской организации для уточнения причин нарушений прав пациентов и принятию оперативных мер, направленных на их устранение;
- по взаимодействию с пациентом, при наличии его согласия на информационное сопровождение, в целях поддержки **каждого застрахованного лица**, у которого еще только установлено подозрение на злокачественное новообразование, поддержку и разрешение любых вопросов, препятствующих реализации его прав на своевременное начало **бесплатных в системе ОМС** полнообъемной специализированной диагностики, а в случае необходимости — скорейшего лечения;
- по изучению удовлетворенности пациента оказанной ему медицинской помощью в системе ОМС и т. д.

Страховой представитель 3 уровня (СП-3) — сотрудник страховой медицинской организации с высшим медицинским образованием — в настоящее время очень нуждается в знании основных типичных психологических проблем онкопациента, которые ему необходимы:

- для правильной инициации интереса у онкопациента к информированию его о его правах и законных интересах при оказании ему онкологической помощи;
- для формирования доверия пациента к СП-3;
- для поддержания должного уровня постоянной коммуникации с онкопациентом и формирования мотивации или потребности у пациента к обратной связи с СП-3 по любым вопросам, в том числе о нарушениях его прав и законных интересов с целью скорейшего их восстановления;

- для формирования приверженности пациента к лечению в самые психологически тяжелые периоды заболевания;
- для установления возможности деловой эффективной коммуникации СП-3 одновременно с пациентом и его лечащим онкологом.

СП-3 должен иметь представление об основных принципах и методах психологической коррекции и поддержки пациентов с ЗНО, показаний к ним, с целью побуждения онколога к назначению консультации онкопсихолога в необходимых пациенту случаях.

Для страхового представителя 3 уровня необходимо знание и основных психологических особенностей специальности врача-онколога, как с целью преодоления уже возникшего конфликта с пациентом, так и с целью профилактики возможных конфликтных ситуаций пациента с лечащим врачом-онкологом или онкологами-консультантами и членами онкоконсилиумов, которые могут иметь значение для формирования негативных реакций у онкопациента. Учет психологических особенностей врачей-онкологов позволит СП-3 установить эффективные деловые коммуникации с лечащим врачом-онкологом и должностными лицами онкологической медорганизации с целью быстрого разрешения возникающих у пациента проблем и нарушений его прав и законных интересов.

Ассоциирование исполнения задачи «Формирование системы защиты прав пациентов» страховыми представителями системы ОМС с Федеральным проектом «Борьба с онкологическими заболеваниями» требует рассмотрения следующих насущных вопросов:

1) введение в систему ОМС оплаты клинических психологов, работающих в штатах онкодиспансеров и центров амбулаторной онкологии по профилю онкопсихология, для осуществления постоянного взаимодействия со страховым представителем с целью формирования приверженности пациентов к лечебно-диагностическому процессу с учетом их индивидуальных психологических особенностей и, соответственно, эффективной и своевременной защиты его прав и законных интересов при оказании ему онкологической помощи на всех этапах;

2) необходимость обучения страховых представителей 3 уровня СМО по специальному курсу «Онкопсихология»;

3) необходимость выделения отдельного помещения для осуществления страховым представителем своих обязанностей по защите прав застрахованных лиц с ЗНО в онкодиспансерах и центрах амбулаторной онкологии, диктуемая основными положениями и принципами теории и практики онкопсихологии;

4) ограничение предоставления платных услуг застрахованным лицам со ЗНО в медорганизациях, реализующих программу ОМС (в т. ч. иммуногистохимия, молекулярная генетика, онкомаркеры, КТ, МРТ, ПЭТ КТ и др.).

Завоевание доверия пациента и сохранение на его базе постоянной коммуникации — в настоящее время главный принцип и условие работы страховых представителей СМО!

2. РОЛЬ СТРАХОВОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

Мощные общественные движения, ставящие во главу угла права человека, не обходят стороной ту область прав, которая связана с медициной и здравоохранением. Во всем мире формируются общества пациентов, ассоциации потребителей медицинских услуг, лиги защиты прав пациентов. В настоящее время правовые и этические вопросы уже не решаются исключительно внутри профессионального медицинского сообщества, а рассматриваются на значительно более широкой основе, с полноправным участием тех, кто представляет и выражает интересы пациента и его близких.

Издавна внимание в медицине уделялось, прежде всего, обязанностям врача, в меньшей степени его правам, права же пациентов нередко просто игнорировались. В последнее время возрос интерес к соблюдению прав пациентов.

Стремительное увеличение числа печатных работ и информации в Интернете существенно повысили доступность для людей знаний о здоровье и болезнях, и, как следствие, осведомленность пациента о его влиянии на лечебный процесс. Принятый в 2011 году Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» утвердил правовые отношения врача и пациента. Так, современный пациент имеет такие права, как право на уважение автономии человеческой личности, право на получение информации о диагнозе и прогнозе заболевания, право участвовать в принятии решений о выборе методов лечения вплоть до отказа от лечения вообще. Вместе с тем многие из этих прав, предполагающие личный выбор и личное решение больного в ситуациях, связанных с сохранением его физической и психической целостности, требуют от пациента для реализации его законных прав значительных усилий как волевых, так и информационных. В этой связи страховой представитель системы обязательного медицинского страхования (далее — страховой представитель), информирующий человека в ситуации заболевания о его правах и защищающий эти права, является посредником между системой здравоохранения и пациентом.

Страховому представителю необходимо быть компетентным не только в особенностях течения конкретного заболевания и его лечения, но и владеть профессиональными психологическими навыками взаимодействия с человеком в ситуации болезни. При оказании помощи больному человеку в организации его лечения перед страховым

представителем стоит задача создания индивидуальных отношений с каждым пациентом, основанных не на своих личных предпочтениях и оценках пациента, а на осуществлении цели своей профессиональной деятельности.

Невозможность обеспечить страховым представителем психологически грамотного сопровождения человека в ситуации заболевания чревата не только усугублением физического и психического неблагополучия конкретного больного, но и снижением доверия общества к медицине в целом и, как следствие, снижением качества жизни населения.

Заболевания с витальной угрозой особенно требуют от всех специалистов, вовлеченных в процесс оказания помощи пациентам, умений и навыков профессионального взаимодействия. В современном обществе онкологические заболевания воспринимаются более негативно по сравнению с другими, не менее грозными хроническими заболеваниями (сердечно-сосудистыми, сахарным диабетом, туберкулезом и др.). Неоспоримые успехи онкологии не меняют общей тенденции восприятия рака как чего-то рокового и таинственного. Неосведомленность о прогрессе медицины в лечении онкологических заболеваний, незнание приемов раннего выявления злокачественных новообразований, пренебрежительное отношение к своему здоровью (физическому и психологическому) способствуют тому, что, несмотря на возможности медицины, у современного человека страх перед этой болезнью остается. Именно страх заболеть раком, ощущение беспомощности перед заболеванием, присутствующие в обыденном сознании людей, препятствуют своевременному обращению людей за медицинской помощью. Нередко наблюдаются случаи отказа больных от лечения, самолечение, нарушение лечебного режима, обращение к методам лечения, далеким от научной медицины. Здравоохранению страны экономически сложно справляться с ситуациями применения дорогостоящих лекарств при лечении пациентов с запущенными стадиями заболевания. В результате искаженное отношение к онкологическим заболеваниям превращается в социальную проблему, от решения которой зависят жизни людей, а также финансовое благополучие как отдельной семьи, так и общества в целом.

Страховому представителю необходимо знать особенности ситуации онкологического заболевания, понимать состояние и переживания человека в этой ситуации, знать сложности, возникающие у врача при общении с онкологическим пациентом, и, исходя из этого, выстраивать свои отношения с больным.

3. ОСОБЕННОСТИ СИТУАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

В настоящее время психологи выделяют 3 типа ситуаций, которые бывают в жизни человека:

- ✓ *трудные и проблемные* — это те самые стрессовые ситуации, которые наиболее часто встречаются в жизни человека; эти ситуации не содержат в себе угрозу психической травматизации личности;
- ✓ *экстремальные и кризисные* — эти ситуации не так часто происходят в жизни человека, но всегда оставляют заметный след в ней; эти ситуации содержат в себе угрозу психической травматизации личности;
- ✓ *чрезвычайные ситуации* — это крайне редкие ситуации, и в них, как правило, задействовано большое количество людей; эти ситуации содержат в себе угрозу психической травматизации личности.

*Ситуация онкологического заболевания
относится к экстремальным или кризисным
ситуациям*

Ситуация онкологического заболевания обладает всеми **признаками различных жизненных экстремальных и кризисных ситуаций**:

- *Внезапность возникновения ситуации.* Сообщение о заболевании раком для больного всегда неожиданно, внезапно, даже если при дальнейшем анализе событий пациенты отмечали, что некоторые симптомы болезни наблюдались ими давно.
- *Наличие витальной угрозы.* Онкологическое заболевание действительно представляет собой угрозу жизни заболевшего человека.
- *Разрушение картины мира.* Заболевание разрушает представления и убеждения, которые имеются у каждого человека относительно себя и окружающего мира. Они складываются в течение жизни и сознательно, а чаще бессознательно отвечают потребности человека жить в безопасном для него мире.
- *Отсутствие контроля над происходящим.* При онкологическом заболевании у больного появляется чувство утраты контроля над ситуацией, болезнью, лечением, жизнью в целом, возникает ощущение, что какие-то иррациональные силы,

неподвластные разуму, господствуют над ним.

- *Неопределенность будущего.* Онкологическому больному, несмотря на длительное лечение, никто и никогда не дает гарантий окончательного выздоровления.
- *Стадийность протекания реакций.* Реакции на заболевание в течение периода адаптации к нему меняются, проходя несколько стадий.

Наряду с признаками, общими для различных экстремальных и кризисных ситуаций, **специфическими признаками онкологического заболевания** являются:

- угроза жизни,
- полиэтиологичность заболевания,
- калечащий характер оперативного вмешательства,
- длительное тяжелое лечение, нередко сопровождающееся болью,
- отсутствие гарантий выздоровления,
- изменение социальных связей, социального статуса,
- изменение материального положения.

Переживания онкологического больного вызваны экстремальным и кризисным характером его жизненной ситуации

Различия между экстремальной и кризисной ситуациями:

- ✓ *экстремальная ситуация* — это сверхсильный стресс, чрезмерное давление на человека внешних обстоятельств, которое превосходит его внутренние адаптационные возможности (сможет ли человек выдержать эту ситуацию?);
- ✓ *кризисная ситуация* — это тоже сверхсильный стресс, но эта ситуация предъявляет требования не только к адаптационным возможностям человека, но и к его личности в результате утраты ею важнейших ориентиров и ценностей (сможет ли человек перестроиться, измениться в этой ситуации?).

В ситуации онкологического заболевания актуализируются **экзистенциальные проблемы**, выражающиеся в переживаниях:

- конечности жизни,
- глубинного ощущения одиночества,
- разрушения иллюзии справедливого устройства мира,
- потери смысла жизни.

Перед больным возникают вопросы ответственности за свой образ жизни, за свой вклад в лечение, он сталкивается с необходимостью обдумывать значение болезни, ее смысл и смысл своей жизни в целом, чтобы в соответствии с этим жить в условиях болезни. Экзистенциальные проблемы всегда присутствуют в переживаниях онкологических больных, но не всегда ими осознаются. Большинство пациентов бессознательно избегает этих болезненных переживаний. Только примерно у трети больных происходит осознание экзистенциальных данностей своего существования, что делает их переживания еще более мучительными, но вместе с тем эти переживания создают возможность справиться с ситуацией заболевания и разрешить психологический кризис. Как говорил Ф. Ницше: «То, что нас не ломает, делает нас сильнее».

Экзистенциальные проблемы не всегда осознаются онкологическим пациентом, но они всегда присутствуют в переживаниях человека, находящегося в экстремальной и кризисной ситуациях.

Общим для экстремальных и кризисных ситуаций является то, что они сопровождаются предельными по своей интенсивности переживаниями и несут в себе угрозу психической травматизации личности.

Психическая травма — это результат патогенного переживания экстремальных состояний и кризисов. При психической травме информация извне (в данном случае диагноз онкологического заболевания) оценивается личностью как непереносимая для существования. Травмирующее воздействие заболеваний с витальной угрозой отличается от других видов стрессоров:

- 1) если обычно травмирующее событие, как правило, воздействует извне, то при онкологическом заболевании угроза исходит не из внешней среды, а находится внутри организма;
- 2) обычно травмирующее событие являются событием прошлого, запечатленным в памяти и влияющим на настоящее, онкологическое же заболевание угрожает будущей жизни человека.

При построении взаимоотношений следует учитывать наличие угрозы психической травматизации онкологического больного. В связи с этим страховому представителю необходимо владеть навыками психологически грамотного взаимодействия, чтобы не усугублять эту угрозу.

4. ЛИЧНОСТЬ ПАЦИЕНТА В СИТУАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

У человека в ситуации онкологического заболевания возникают определенные психологические реакции, которые обуславливаются следующими факторами:

- *информацией* — знанием пациента о заболевании и его лечении, о своих правах в ситуации заболевания;
- *эмоциями* — переживаниями пациента, возникающими на эту информацию;
- *личностными особенностями* — особенностями личности больного, влияющими на то, как он использует информацию о своем заболевании, как справляется и приспосабливается к ситуации заболевания.

Информация

Информация о заболевании с витальной угрозой меняет внутренний мир человека: разрушается прежняя стабильная картина мира. В этой связи у больного наблюдаются изменение познавательных процессов и мышления. Продолжительность этих изменений и нарушений может быть различной у разных пациентов. Изменения познавательных процессов и мышления:

- «сужение» когнитивной сферы,
- трудности в концентрации внимания,
- уменьшение объема внимания,
- ухудшение памяти.

Происходит снижение усвоения и искажение информации, необходимой для правильной оценки собственных возможностей, в результате нарушается способность к принятию конструктивных решений.

Страховому представителю при общении с больным необходимо учитывать особенности его когнитивной сферы в ситуации заболевания: говорить понятным больному языком, а не медицинскими или юридическими терминами, использовать короткие фразы, проверять, правильно ли понял больной сказанное.

Эмоции

Информация о заболевании вызывает интенсивные негативные

переживания, которые выражаются в виде следующих чувств и эмоциональных состояний:

- страха,
- беспокойства,
- тревоги вплоть до дезорганизации,
- обиды,
- гнева,
- стыда,
- чувства вины,
- несостоятельности,
- беспомощности,
- зависимости,
- уязвимости.

Больной ощущает себя обузой для родных; у него происходит пессимистическая оценка собственной личности, актуальной ситуации и будущего.

Страховому представителю важно понимать, что все переживания онкологического больного нормальны и естественны в ситуации заболевания.

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

Страховому представителю важно учитывать, что переживания больного связаны с локализацией опухоли, этапом течения заболевания и видом лечения.

Переживания онкологического больного — это, прежде всего, его внутреннее психическое состояние, которое может быть не выражено внешне, не вербализовано и не проявлено в поведении.

Страховому представителю важно знать, что если больной не проявляет каких-либо чувств или эмоций, то это не значит, что он их не испытывает. Не нужно поощрять больного «быть сильным» или восхищаться тем, «как он хорошо держится», так как для человека

естественна склонность к одобряемому поведению, которое в ситуации заболевания не соответствует его действительным переживаниям. Во взаимодействии с больным не нужно стремиться, чтобы он был «удобным» пациентом.

Переживания — это особая деятельность, особый вид душевной работы человека, благодаря которой происходит переработка психической травмы, возникает возможность психологического восстановления, появляется смысл жить, приобретается новый жизненный опыт.

Страховому представителю необходимо понимать естественность, нормальность и необходимость переживаний больного в ситуации онкологического заболевания.

Личностные особенности больного

Человек защищается от разрушительной информации о заболевании с витальной угрозой. При этом им используются **бессознательные механизмы психологической защиты**:

- *отрицание* злокачественного характера болезни;
- *вытеснение* информации о болезни из сознательной сферы в бессознательное;
- *регрессия* — возвращение к более ранним, инфантильным личностным реакциям, проявляющимся в демонстрации беспомощности и зависимости;
- *рационализация* — объяснение информации о болезни таким образом, что она становится приемлемой («Болезнь тяжелая, но вовремя обнаружена»);
- *интеллектуализация* — контроль над эмоциями: преобладают рассуждения по их поводу вместо непосредственного переживания.

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

Страховому представителю не следует резко и грубо разрушать психологическую защиту, так как психика больного может не выдержать

болезненной информации, и у него могут развиваться патологические состояния, даже угрожающие жизни (суицид). Но вместе с тем нельзя и подкреплять психологическую защиту, так как она, закрепившись, может мешать освоению новой информации и переработке травмирующей ситуации заболевания.

Наряду с бессознательной психологической защитой больным используются **копинг-стратегии** (механизмы совладания), которые являются сознательными стратегиями преодоления стрессовых ситуаций, направленных на их активное изменение. Приведем несколько примеров различных вариантов копинг-стратегий:

● *когнитивные копинг-стратегии*

а) «проблемный анализ» болезни, ее последствий, поиск соответствующей информации, расспрос врачей, обдумывание. Данная копинг-стратегия адаптивная, так как соответствует поведению, направленному на анализ возникших трудностей и возможных путей выхода из нее. Больной снова и снова обращается к своей болезни: симптомам, переживаниям, пытается ее понять, тем самым он постепенно перерабатывает травмирующую ситуацию заболевания. Вместе с тем этот больной вызывает у окружающих непонимание, им кажется, что он «зациклился», с ним трудно: он может задавать вопросы, на которые не всегда есть ответы;

б) «игнорирование» — переключение мыслей на другие темы. Данная копинг-стратегия неадаптивная: представляет собой умышленную недооценку неприятностей и соответствует пассивному поведению больного. При этом окружающие нередко поддерживают именно эту стратегию: «Не думай о болезни», им кажется, что своим советом они уберегают больного от страданий;

● *эмоциональные копинг-стратегии:*

а) «протест» — является адаптивной, так как больной активно выражает протест по отношению к трудностям;

б) «подавление эмоций» — неадаптивная копинг-стратегия, характеризуется подавленным эмоциональным состоянием;

● *поведенческие копинг-стратегии:*

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

б) «активное избегание» — неадаптивная копинг-стратегия, так как соответствует поведению, предполагающему избегание мыслей о неприятностях.

Страховому представителю не следует поощрять и поддерживать неконструктивные копинг-стратегии больного, несмотря на то, что они являются «удобными» для окружающих, в том числе для страховых представителей.

Необходимо помнить, что в ситуации онкологического заболевания больной часто чувствует себя уязвленным и беспомощным, неконтролирующим свою жизненную ситуацию, поэтому он бессознательно стремится к зависимости от других людей, в том числе и от страхового представителя, что может формировать его регрессивное поведение.

5. ОТНОШЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА К БОЛЕЗНИ И ЛЕЧЕНИЮ

Знание о заболевании, эмоции и переживания, вызванные информацией о болезни и ее лечении, а также использование этой новой информации в процессе приспособления к ситуации заболевания отражаются в отношении больного к болезни. **Отношение к болезни** — это новое отношение, которое возникает в системе отношений человека в ситуации заболевания. Отношение к болезни становится основополагающим в системе отношений больного, через это отношение, как сквозь призму, преломляются все отношения, существовавшие у человека до болезни.

Болезнь — особенно если речь идет об онкологическом заболевании — это событие в жизни человека. Очень важна смысловая сторона отношения к болезни: для кого-то болезнь — испытание, для кого-то — наказание, для кого-то — новая информация о себе. Смысловое содержание болезни может определять реакции больного, его отношение к лечению и его поведение во время лечения.

Выделяют следующие **компоненты отношения к болезни**:

- *когнитивный* — то, что известно больному о болезни;
- *эмоциональный* — какие чувства, эмоции связаны с болезнью;
- *мотивационно-поведенческий* — какие мотивы определяют поведение, связанное с болезнью;
- *чувственный (телесный)* — это ощущения, связанные с болезнью.

Следует подчеркнуть, что знания пациентом о болезни и лечении и связанные с этим переживания проявляются в виде телесных ощущений. Ситуация заболевания нередко является для человека открытием его телесности: он более чутко начинает прислушиваться к своему телу, что является естественным и необходимым в процессе формирования отношения к болезни. Порой это можно воспринимать как ипохондричность пациента. Вместе с тем больной через предъявление ипохондрических жалоб объективирует телесные ощущения и тем самым отражает свои взгляды на болезнь, ожидания от лечения, страхи. Отсутствие адекватной информации о заболевании и лечении, а также невозможность выразить свои чувства делает ипохондрические переживания пациента устойчивыми.

Страховому представителю необходимо принимать во внимание различные компоненты отношения больного к заболеванию.

Информация о правах пациента в ситуации онкологического заболевания так или иначе оказывает влияние на когнитивный компонент отношения к болезни и тем самым может вызывать у больного соответствующие переживания и поведение.

При интенсивных жалобах ипохондрического характера на фоне отсутствия объективных соматических причин необходимо рекомендовать пациенту обратиться к медицинскому психологу и психотерапевту.

Отношение больного к болезни тесно связано с его отношением к лечению. **Отношение к лечению** рассматривается как особая деятельность больного по преодолению заболевания и его последствий. В структуре отношения к лечению онкологических пациентов выделяются следующие составляющие:

- осведомленность и потребность больного в информации о заболевании и лечении;
- отношения с лечащим врачом в процессе лечения;
- эмоциональные реакции на заболевание и на необходимость лечения.

Степень выраженности данных взаимодополняющих характеристик может являться показателем значимости для больного отношения к лечению. Пациент с низкой значимостью отношения к лечению равнодушно относится к информации о заболевании, не раскрывает своих переживаний по поводу лечения, не проявляет инициативы в общении с врачом и пассивно следует за его назначением. Пациент с высокой значимостью отношения к лечению становится уязвимым, так как лечение для него становится сверхзначимой ценностью, нивелируя все другие отношения и ценности жизни.

Страховому представителю необходимо учитывать степень значимости отношения больного к лечению. В случаях низкой значимости отношения к лечению и при сверхзначимом отношении к лечению, когда лечение приобретает идею сверхценности, пациентов нужно направлять к медицинскому психологу или психотерапевту.

Вопрос страхового представителя: *Нам необходима контактная информация о медицинских психологах и психотерапевтах, которые специализируются в области онкопсихологии в Российской Федерации. Можете ли вы ее нам сообщить?*

Ответ авторов: *В настоящее время во многих онкологических центрах и диспансерах работают медицинские/клинические психологи. Необходимо выяснить, есть ли они в вашем городе. Их телефоны, контакты должны быть у вас всегда под рукой.*

В Москве существует Горячая линия проекта «СО-действие», которая оказывает бесплатные анонимные консультации по телефону онкологическим больным России.

Телефон работает ежедневно и круглосуточно: 8-800-100-0191.

Этот телефон вы можете предлагать онкологическим пациентам и их родственникам.

В настоящее время подчеркивается важность приверженности больного к лечению. **Приверженность к лечению** включает в себя не только выполнение пациентом рекомендаций врача, но и его активную позицию, направленную на выздоровление. Приверженность к лечению определяется мотивацией больного, направленной на лечение. Редкий больной говорит, что он не хочет поправиться. Однако вербально выраженное желание поправиться не всегда соответствует внутренней мотивации больного. Часто такой пациент снижает свою ответственность в процессе лечения: «Лечить должен врач, а пациент только слушаться и подчиняться врачу». При этом отсутствует активная позиция самого больного в отношении лечения, что выражается в требованиях по отношению к другим людям (ему все должны) и нежелании контролировать свое эмоциональное состояние. Такой настрой пациента свидетельствует о его психологическом неблагополучии.

Страховой представитель должен быть чувствительным к психологическому неблагополучию больного, которое не всегда связано с его соматическими проблемами. Такому больному необходимо организовать консультацию с медицинским психологом или психотерапевтом.

Для формирования адекватного реального отношения к болезни и лечению пациенту необходимо принимать свое заболевание. Американский

психолог Элизабет Кюблер-Росс в 1961 году написала книгу «О смерти и умирании». В этой книге она проанализировала, как происходит принятие человеком собственной смерти. Она показала, что принятие носит стадийный характер. В дальнейшем выделенные ею стадии стали использовать для описания принятия любого события в жизни человека, которое является для него эмоционально значимым и воспринимается как потеря или утрата. Для онкологического пациента такой потерей является потеря здоровья и прежней жизни. Мы используем несколько модифицированную модель Элизабет Кюблер-Росс для описания принятия онкологическим больным злокачественного характера заболевания. **Принятие злокачественного характера заболевания** носит стадийный характер и сопровождается интенсивными негативными переживаниями (табл. 1).

Таблица 1. Стадии принятия злокачественного характера заболевания

Стадия	Что происходит с больным	Преобладающее чувство	Проявляемые чувства и поведение
<i>Психологический шок</i>	Потеря чувства безопасности, растерянность, отчаяние.	Страх	Суицидальные мысли (возможна попытка суицида).
<i>Отрицание</i>	Запускаются бессознательные психологические защитные механизмы, снижающие травматизацию от полученной информации о наличии заболевания. Отрицание злокачественного характера болезни, вытеснение мыслей о заболевании.	Страх	Спокойствие, небольшое волнение.
<i>Агрессия</i>	Психологические бессознательные защитные механизмы перестают действовать, признание серьезности болезни и поиск ее причин, обвинение окружающих и жизненных обстоятельств в возникновении болезни.	Страх	Гнев, злость, обида.
<i>Депрессия</i>	Психологические бессознательные защитные механизмы перестают действовать, признание серьезности заболевания, поиск причин болезни, самообвинение и самобичевание.	Страх	Депрессия, тревога, чувство вины, стыд (возможна попытка суицида).
<i>Попытка «сговора с судьбой»</i>	Снижение эмоционального напряжения, возникновение мотивации к излечению, попытки «договориться» с судьбой, «выторговать» здоровье.	Страх, надежда	Поиск способов и путей избавления от болезни (медицинских и немедицинских).
<i>Принятие</i>	Формирование новой идентичности — принятие себя как больного человека, примирение с судьбой и окружающими, возможность жить в условиях болезни.	Страх, надежда, смирение	Восстановление внутреннего психологического баланса.

Психологический шок. Шок возникает сразу после известия об онкологическом диагнозе. Резко разрушается стабильная картина мира, в голове у человека возникает хаос, он ощущает безысходность и тупик, возможны суицидальные попытки.

Страховому представителю необходимо знать, что психологический шок не может длиться долго. В этом состоянии нельзя оставлять человека одного, так как контроль над ситуацией и своими чувствами у него отсутствует.

Вопрос страхового представителя: *Что должен делать страховой представитель в этой ситуации? Посоветовать обратиться к медицинскому психологу?*

Ответ авторов: *Необходимо выяснить, пришел пациент один или в сопровождении кого-либо. Если пациент один, то надо, чтобы кто-нибудь побыл рядом с ним в помещении, а если пациент пришел с сопровождающим лицом, то пусть последний побудет с пациентом рядом какое-то время в помещении. Никим образом нельзя оставлять пациента одного в закрытом помещении. Посоветовать пациенту обратиться к медицинскому психологу можно всегда, но при этом необходимо учесть то, как вы это рекомендуете: у пациента не должно сложиться впечатление, что от него «отделяются» или что он психически нездоров. Необходимо подчеркнуть, что его реакция на сообщение нормальна, ненормальна сама ситуация заболевания.*

Стадия отрицания. Психологическая защита в виде отрицания возникает у всех людей на информацию о заболевании с витальной угрозой, независимо от их уровня образования и пола. Она связана с особенностями личностного приспособления конкретного человека. Длительность этой защиты разная: от нескольких часов до нескольких лет.

Страховому представителю не стоит резко разрушать психологическую защиту в виде отрицания, так как она снижает невыносимое психологическое напряжение больного. Резкое и грубое разрушение этой психологической защиты может создать условия для психической травмы пациента.

Однако не следует поддерживать и укреплять отрицание. В этой ситуации важно понимать, что отрицание — это необходимая стадия в процессе принятия болезни.

Следует выслушивать пациента, не присоединяясь к его интерпретации происходящего.

Стадия агрессии. Когда психологический механизм в виде отрицания разрушается, человек начинает понимать, что его заболевание очень серьезно. Он пытается искать причины происходящего с ним. При этом причины, как правило, находятся во внешнем мире (врачи, родственники, кто и что угодно) и нередко имеют иррациональный характер.

Страховому представителю важно учитывать, что в основе выражаемых человеком гнева, обиды, раздражительности лежит страх, а агрессия — это способ справиться с этим страхом. Даже если агрессия пациента направлена на страхового представителя нужно понимать, что проявляемые эмоции являются результатом переживания тяжелой жизненной ситуации, а не связаны лично со страховым представителем.

Вопрос страхового представителя: *Как правильно себя вести страховому представителю в этой ситуации: прервать разговор? Перевести разговор на другую тему?*

Ответ авторов: *Страховому представителю следует выслушать пациента, проявляя эмпатию (см. далее в коммуникативных навыках), понимая смысл его агрессии, зная, что эта реакция — в какой бы форме она ни проявлялась — не связана с личностью страхового представителя, а вызвана страхом больного перед раком. Если страховой представитель в ответ на агрессию пациента проявит свою агрессию или резко прервет разговор, то агрессия больного только возрастет. Если страховой представитель спокоен, то и пациент, выговорившись и выразив свои чувства, скорее успокоится (см. далее в коммуникативных навыках о разделении чувств). Важно поблагодарить за то, что больной был открыт с вами и что он доверяет вам. Такое поведение страхового представителя, если*

оно, конечно, искреннее, укрепит контакт с больным, даст самому страховому представителю чувство удовлетворения, и повысит его профессиональную самооценку.

Стадия депрессии. На смену стадии агрессии приходит депрессия, которую можно рассматривать как агрессию, направленную на самого себя — аутоагрессию. Человек может обвинять себя в том, что заболел. Данная стадия, как и стадия шока, имеет угрозу суицида.

Страховому представителю на данной стадии не нужно утешать пациента («все будет хорошо»), понимая, что выражаемая тревога и сниженное настроение больного являются необходимыми в процессе принятия болезни. В разговоре с пациентом важно руководствоваться представлением о том, что в жизни происходят события, независимо от воли человека: в ситуации заболевания может оказаться любой. Подобное представление может снижать чувство вины и стыда у больного. Если пациент высказывает суицидальные мысли, надо его выслушивать, а не морализировать на тему о том, что «это плохо». Подобные высказывания могут лишь усилить чувство вины. Следует направить пациента на консультацию к медицинскому психологу или психотерапевту.

Стадии агрессия и депрессия переполнены сильными негативными переживаниями, поэтому их можно объединить в одну стадию — *стадию страдания*. Очень важно, чтобы человек имел возможность выразить свои чувства на стадиях агрессии и депрессии, только благодаря этому у него возможно снижение эмоционального напряжения.

Страховому представителю необходимо поощрять пациента выражать сильные негативные эмоции и чувства. От него требуются способность и готовность выдерживать сильные чувства пациента, для этого важна собственная стрессоустойчивость.

Стадия «попытка сговора с судьбой» наступает, когда на предыдущих стадиях больной выразил сильные чувства. У Элизабет Кюблер-Росс эта стадия называется «торговля», способ договориться с судьбой. Для данной стадии характерна сильная мотивация больного к излечению. Человек обращается за медицинской помощью и активно сотрудничает с врачом. На этой стадии больной использует все доступные ему способы преодоления болезни, в их число может входить и обращение к различным немедицинским методам лечения.

Страховому представителю необходимо поддерживать мотивацию больного к лечению и не поощрять обращение к немедицинским методам лечения.

Стадия принятия болезни наступает тогда, когда пациент идентифицирует себя с больным человеком и примиряется с этим.

Страховому представителю следует знать, что для принятия заболевания пациентом недостаточно только его информирование о болезни — когнитивный уровень. Необходимо также эмоциональное принятие болезни, которое возможно в процессе переживания. На стадии принятия страхового представитель выражает сочувствие больному, обращает его внимание на позитивные моменты в истории заболевания больного (например, своевременное обнаружение недуга, лечение в хорошей клинике, поддержка близких, способность человека скоординировать свои семейные и профессиональные дела на время лечения и др.).

6. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СТРАХОВОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТОМ

В ситуации онкологического заболевания особенно актуально адекватно общаться с пациентом. Для этого страховому представителю необходимо знание об основных коммуникативных навыках и умение их применять при общении с онкологическим пациентом.

Коммуникативные навыки

Для того чтобы взаимодействовать с пациентом, необходим **контакт** с ним. Важнейшим условием контакта является **присутствие**, которое включает не только физическое присутствие специалиста (рядом, в одном помещении), но и психологическое. Психологическое присутствие подразумевает включенность специалиста в ситуацию пациента в настоящий момент:

Психологическое присутствие — включенность в ситуацию пациента в настоящий момент. Страховой представитель не должен отвлекаться ни на какие внешние (звонки, обращение коллег с другими вопросами и др.) и внутренние (мысли о незавершенных личных проблемах) факторы.

Основным коммуникативным навыком служит техника активного слушания. **Активное слушание** заключается в оказании пациенту поддержки в разговоре для того, чтобы активировать его речь, помочь ему выразить и осознать свои чувства, признать их естественность и нормальность в ситуации болезни. В настоящее время техники и навыки активного слушания широко применяются во многих областях профессиональной деятельности, в которых происходит взаимодействие между людьми.

Активное слушание является инструментом, который позволяет страховому представителю вести беседу с пациентом в необходимом направлении, в результате чего она становится более конструктивной.

Обращение к личности пациента

Активное слушание апеллирует к личности пациента, что предполагает:

- приветствие и представление себя специалистом (страховым представителем);
- объяснение своей роли в процессе лечения;
- обращение к пациенту по имени: необходимо прояснить у пациента, как к нему лучше обращаться (по имени или по имени-отчеству); ни в коем случае нельзя называть пациента уменьшительными и ласкательными словами (например, «голубушка», «солнышко», «зайчик» и др.), так как такое обращение является признаком обезличивания человека;
- общение с пациентом как с личностью, а не только как с больным: пациент, конечно же, является больным человеком, но как человек он больше, чем простой больной (у него есть своя жизненная история, есть успехи и достижения в ней, ценности и убеждения и т. д.);
- внимание к обстоятельствам жизни пациента.

Страховой представитель в своей работе должен руководствоваться фундаментальным требованием биоэтики — ОТНОСИТЬСЯ К ПАЦИЕНТУ КАК К ЛИЧНОСТИ, даже если пациент, права которого он защищает, находится в вегетативном состоянии. Несоблюдение указанного требования — обезличивание пациента — лишает работу страхового представителя смысла.

Внимание на невербальные сообщения пациента

Активное слушание — это процесс, требующий учета невербальных аспектов взаимодействия.

Вербальная коммуникация выражается словами либо устно, либо письменно. Она имеет четкие границы: мы всегда знаем, когда закончилось сообщение. Невербальное общение происходит на менее сознательном уровне, чем вербальное. Если слова наиболее эффективны при передаче определенной информации, то невербальная коммуникация по большей части передает наши эмоции и отношение.

Невербальная коммуникация — это:

- внешний вид,
- зрительный контакт,
- положение тела и поза,
- телодвижения (жесты, кивки),
- мимика,
- тактильные прикосновения (рукопожатие, похлопывание),
- особенности речи (скорость, громкость, паузы, интонация) и др.

Почему необходимо обращать внимание на невербальное поведение пациента? Невербальная коммуникация может уточнять или опровергать вербальную. В большинстве случаев они действуют вместе, подкрепляя друг друга. Но когда эти два канала противоречат друг другу, то невербальные сообщения имеют свойство преобладать над вербальными, они в большей степени правдивы. Однако достоверность невербальных проявлений необходимо проверять вербально через диалог с пациентом, чтобы прояснить, что означает то или иное невербальное сообщение.

В процессе разговора могут возникать паузы: пациент как бы задумывается, погружается в себя. В данном случае нельзя прерывать паузу, так как именно во время паузы у человека может произойти инсайт, он что-то новое для себя увидит в ситуации.

Образы невербального поведения связаны с теорией подкрепления в социальном взаимодействии и с невербальной синхронизацией. Так, стремясь к доверительным отношениям, люди склонны отражать и имитировать невербальное поведение друг друга. Страховой представитель может использовать эту склонность и положительно влиять на других: например, моделируя навыки ненапряженного внимательного выслушивания. Спокойное состояние и свободное дыхание страхового представителя, его уверенность и доброжелательные манеры бессознательно отражаются пациентом и помогают ему расслабиться, успокоиться и быть более включенным в процесс взаимодействия. И наоборот, если страховой представитель ведет себя безучастно или его переполняет тревога, вызванная, может быть, обстоятельствами его личной жизни, это невербальное поведение будет бессознательно имитировано пациентом, его психологическое состояние ухудшится, а общение при этом нарушится.

Страховому представителю следует следить за невербальным поведением — и пациента, и своим. Невербальные навыки могут способствовать эффективному взаимодействию с пациентом.

Эмпатия

В процессе активного слушания проявляется эмпатия как один из ключевых навыков в выстраивании отношений. **Эмпатия** — это способность понимать другого человека, а не оценивать его, сочувствовать ему и принимать его чувства в расчет. Эмпатия включает в себя понимание чувств и трудностей другого человека, а также сообщение ему об этом в форме поддержки вербальным и невербальным способом.

Эмпатия является безоценочным восприятием пациента в процессе взаимодействия, в отличие от симпатии, которая несет в себе

позитивную оценку человека, и антипатии, несущей негативную оценку.

С помощью эмпатии страховый представитель может эмоционально поддержать пациента:

- помочь пациенту осознать и выразить свои чувства,
- признать их нормальность в ситуации заболевания,
- дать понять, что он сострадает пациенту.

Эмпатия чаще других навыков психологического взаимодействия воспринимается не столько как навык, сколько как черта характера. Тем не менее, хотя у одних людей способность к эмпатии развита больше, чем у других, навыкам эмпатии можно научиться.

Разделение чувств.

Эмпатически понимая чувства пациента и выражая ему сочувствие, специалист непроизвольно вовлекается в сверхсильные переживания больного, и для него возникает угроза идентификации с чувствами пациента. В этой связи страховому представителю необходимо осознавать свои чувства и переживания, возникающие в процессе взаимодействия с онкологическим пациентом, а также уметь их конструктивно выразить.

Осознание чувств напрямую связано со способностью человека к рефлексии (от лат. reflexio — отражение, обращение назад). Следует отметить, что у людей по-разному представлена способность к рефлексии. Есть люди, склонные проживать жизнь рефлексивно, осознавая свои мысли, чувства и соприкасаясь с душевной болью, которая неизменно сопровождает человеческую жизнь. Другая категория людей имеет сильную бессознательную психологическую защиту, предохраняющую их от осознания психотравмирующих обстоятельств жизни и связанных с ними душевных страданий.

Осознание и понимание страховым представителем своих чувств позволяет ему не идентифицироваться с чувствами онкологического пациента, а разделять свои чувства и чувства пациента, что является условием эффективной психологической поддержки больного.

Открытые и закрытые вопросы

Активное слушание состоит в умении страхового представителя

задавать вопросы, которые позволяют пациенту говорить о существующих страхах и тревогах.

Закрытые вопросы — это такие вопросы, на которые ожидается конкретный ответ, часто односложный, например, «да» или «нет». Они дают больше контроля над ответами пациента, но ограничивают возможность получения более полной информации.

Открытые вопросы — позволяют расширять обсуждаемую тему («что?», «как?», «почему?»), не задавая форму и не направляя пациента к определенному ответу. Они ограничивают ответ пациента конкретной темой, но позволяют ему обсуждать ее более свободно.

Следует подчеркнуть, что ценны и закрытые, и открытые вопросы. Как правило, сначала задаются открытые вопросы, чтобы получить картину проблемы с позиции пациента, далее переходят к более конкретным, но открытым вопросам, а в конце — к закрытым вопросам для получения дополнительных подробностей.

Краткое суммирование изложенного пациентом.

Активное слушание состоит в умении страхового представителя кратко суммировать сказанное пациентом, уточнить правильность своего понимания сути происходящего с больным.

Краткое суммирование — это сознательное вербальное сообщение пациенту о полученной от него на данный момент информации. Оно помогает подтвердить правильность понимания пациента и располагает последнего к более подробному рассказу на данную тему.

Без открытого вербального краткого суммирования, изложенного пациентом, страховой представитель может только предполагать, что понял пациента правильно.

Пространственные и временные границы.

Взаимодействие с пациентом всегда происходит в каком-то помещении, поэтому страховому представителю важно учитывать соответствие выбранного места целям беседы. Необходимо учитывать соблюдение интимности: не все разговоры больной хочет вести в присутствии других людей, даже близких ему, особенно это касается онкологических пациентов. В свою очередь, обозначенное пространство для взаимодействия с больным позволяет страховому представителю быть более

включенным в это взаимодействие.

Пренебрежение страховым представителем организацией места может приводить к ненормированным и неформальным разговорам с больным, вследствие которых специалист может стать объектом манипуляции со стороны больного.

Во многих областях профессиональной деятельности, в которых происходит взаимодействие между людьми, у специалиста есть опасение быть втянутым в длительный, неструктурированный разговор. При этом специалист испытывает раздражение, так как у него нарушается распорядок дня.

Страховому представителю важно уметь обозначать временные границы консультации в начале беседы с пациентом.

Вопрос страхового представителя: *Приведите, пожалуйста, пример такого обозначения временных границ.*

Ответ авторов: *Важно в начале беседы обозначить временные границы. Например, «в нашем распоряжении 10 минут», или «мы можем говорить о том, что вас беспокоит, в течение 20 минут», или «наша беседа рассчитана на 20 минут», или «я смогу ответить на ваши вопросы в течение 15 минут» (назвать столько времени, сколько вы реально можете уделить этому пациенту). Задать вопрос пациенту: «Вас устроит это время?» Пациент может согласиться, а может сказать, что ему этого времени недостаточно. Если пациенту кажется, что времени мало, а у вас есть возможность в другое время поговорить с ним дольше, то вы можете с ним договориться о том, когда состоится ваш разговор. При этом необходимо учитывать интересы и возможности обеих сторон. Обозначение временных границ в начале беседы является договором между страховым представителем и пациентом, которому они оба следуют.*

Одной из проблем во взаимодействии с пациентом является трудность завершения разговора, даже если он происходит в отведенное для этого время. При этом у специалиста может возрастать напряжение и, как следствие, раздражение, на фоне которого включенность его в ситуацию больного снижается. В данном случае специалист сталкивается с проблемой неумения

отказать другому человеку, особенно если это тяжелобольной человек, и сказать ему «нет». В основе трудностей специалиста лежат его психологические проблемы, что может свидетельствовать о его личностной неуверенности, которая проявляется в профессиональной деятельности. Это также может быть связано с проблемой установления своих личных границ. Человек сам определяет, до какой степени другой может внедряться в его личное пространство, не нарушая при этом его личных границ, в том числе временных. Процессы, описанные выше, как правило, человеком не осознаются, но болезненно переживаются в виде ощущения, что его «используют».

Развитие рефлексии позволит страховому представителю осознавать свои личные психологические проблемы, которые могут проявляться во взаимодействии с пациентом.

Вопрос страхового представителя: *Приведите, пожалуйста, пример того, как можно психологически грамотно завершить разговор с пациентом?*

Ответ авторов: *Страховой представитель должен следить за временем беседы с пациентом. Это его ответственность. За несколько минут до завершения разговора нужно сказать пациенту одну из таких фраз, например: «время нашего разговора истекает», или «наш разговор заканчивается», или «мы вынуждены закончить наш разговор, т. к. время, отведенное на него, заканчивается». Затем спросить пациента: «Есть ли у вас еще вопросы ко мне?» Если вопросов нет, то необходимо завершить беседу: «удовлетворены ли вы разговором?», «информация, полученная сейчас, была для вас полезной?», «как вы себя чувствуете?» и т. п.*

Если пациент хочет поговорить еще, вы договариваетесь с ним на удобное для него и для вас время для последующей беседы. Если пациент относится к категории людей, которые любят поговорить на разные темы, вы можете ограничить свою беседу с ним, также обозначив временные границы: «мы можем побеседовать с вами (скажите удобное для вас время) в течение 10 минут».

Информирование онкологического пациента

Сообщение о диагнозе и любой информации, связанной непосредственно с заболеванием и его лечением, согласно Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», является прерогативой врача-онколога. Другие специалисты (медицинские сестры, специалисты по лечебной физкультуре, медицинские психологи, социальные работники, страховые представители, волонтеры и др.) не имеют права сообщать больному информацию о его заболевании и лечении: у них нет права лечить больного, и они не несут юридическую ответственность за лечение.

Каждый из указанных специалистов участвует в лечении больного, но исключительно в рамках своей профессии. Например, медсестра не будет осуществлять процедуры без указания лечащего врача-онколога. Психолог, социальный работник, страховой представитель могут участвовать в обсуждении всего того, что связано с болезнью и лечением, если больной хочет это обсудить. Но они не навязывают свое видение ситуации и тем более не противопоставляют свое мнение мнению лечащего врача-онколога, даже если они, учитывая свой личный опыт, могут быть с ним не согласны.

Несмотря на то, что, как было указано выше, **страховой представитель не информирует больного о диагнозе**, его работа включает информирование онкологического пациента: чаще всего эта информация связана с организацией обследования, лечения и правах пациента в этих ситуациях. При информировании онкологического пациента страховому представителю необходимо:

- с помощью коммуникативных навыков выяснить, что пациент уже знает о заболевании, чего боится, на что надеется, и оказать ему эмоциональную поддержку;
- проявлять эмпатию и внимание к чувствам пациента, признавая нормальность их в ситуации болезни;
- предоставлять информацию пациенту дозированно, проверять, насколько ему понятна информация;
- знать, что надежда для человека является одним из основных внутренних ресурсов, позволяющих больному адаптироваться к ситуации заболевания. При этом надежда должна быть действительно реальной для конкретного больного. Что же может считаться надеждой для онкологического пациента? Для каждого больного надеждой может быть что-то свое, связанное с его личной ситуацией болезни. Но для всех больных надеждой является уже то, **что они не будут оставлены один на один со своей болезнью**. При этом больные могут рассчитывать не только на помощь конкретного врача, но и на помощь системы медицинского обслуживания онкологических пациентов в целом.

Общение с сопровождающим онкологического пациента

Нередко пациент приходит на консультацию либо с родственником, либо с другом. При этом сопровождающий может быть более эмоционально устойчивым и более юридически грамотным, чем пациент. Сопровождающий, можно сказать, «опекает» больного: задает вопросы, проясняет обстоятельства. Страховому представителю необходимо вести диалог, используя коммуникативные навыки, и с сопровождающим лицом, и с пациентом, но помнить, что его главная забота — это пациент.

7. ТРУДНОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТОМ

Как правило, психологические трудности, возникающие в процессе взаимодействия людей, не осознаются человеком, но в основе их всегда лежат потребности, которые он бессознательно стремится реализовать в контактах с другими людьми. Так и страховой представитель непроизвольно вовлекается в сложные отношения с онкологическими пациентами. При этом можно указать на некоторые психологические трудности, характерные для работы страхового представителя, разрешение которых влияет на эффективность и смысл его работы:

● Потребность быть значимым

Эта потребность является естественной потребностью человека и относится к разряду социальных потребностей. Потребность быть значимым повышает самооценку и самоуважение человека и нередко придает смысл его работе. Реализация данной потребности происходит различными способами через внутреннюю и внешнюю оценки:

- внутренняя оценка — собственное самоотношение человека к себе как к специалисту, что выражается в его стремлении повысить свой профессионализм;
- внешняя оценка — ориентация человека на восприятие его как специалиста другими людьми, что может выражаться в формировании у него своей значимости в зависимости от мнения других.

Когда специалист не осознает свою потребность быть значимым и не контролирует ее, то она может выражаться в построении особых взаимоотношений с другими людьми, только благодаря которым потребность удовлетворяется. Подчас потребность быть значимым трансформируется в потребность во власти, в желание управлять другими людьми, что легко удовлетворяется, если партнер по взаимодействию заведомо зависимый, уязвимый, растерянный и беспомощный человек, которым и является онкологический пациент.

Вопрос страхового представителя: *Как избежать этого? На какие внешние признаки следует обращать внимание и как не допускать подобных проявлений?*

Ответ авторов: *Страховому представителю важно осознавать, какие свои потребности он реализует в работе. Честно ответить себе на вопросы: зачем и для чего он выбрал работу именно в этой сфере. При этом необходимо знать, что любая потребность, которую*

он обозначит для себя (например, общение с другими людьми, заработная плата, быть нужным, достичь более высоко социального положения и т. д.) — это нормальная потребность любого человека. Потребность быть значимым — одна из таких потребностей. Она реализуется в различных жизненных ситуациях (дома, на работе, в кругу друзей, во время досуга и т. д.) Важно не попасть от нее в зависимость, контролировать ее, управлять ею. Легко быть значимым среди людей, которые нуждаются в вас. Обратная сторона потребности быть значимым — привлечение к себе внимания и поиск любви. Это на работе не реализуется, т. к. противоречит профессиональной этике. Если эта потребность становится доминирующей переходящей границы, то, как правило, окружающие вас люди дадут вам «знать» об этом вербально или невербально. Будьте внимательны к реакциям других людей на ваше доминирование. Как избежать трудностей во взаимодействии с пациентами? Трудностей во взаимодействии избежать невозможно: они есть у всех даже самых опытных специалистов. Важно не избегать их, а учиться конструктивно взаимодействовать с людьми. Этому и посвящено данное пособие.

Научиться осознавать себя, лучше понимать себя и других людей возможно в условиях психологических тренингов, которые проводят профессиональные психологи.

● Соблюдение профессиональных границ

Когда страховой представитель нечетко представляет цели своей профессии, свои функциональные обязанности, не осознает смысл своей работы, то он легко может перейти в роль «врача» (дает рекомендации медицинского характера) или «психолога» (дает советы психологического характера).

● Пациент с рентными установками

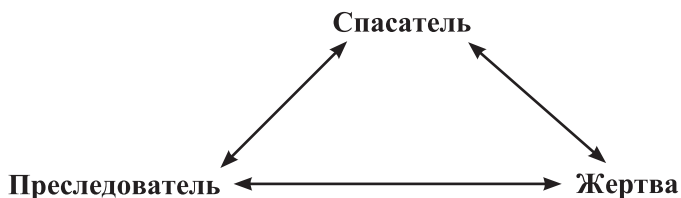
Человек, попадая в ситуацию заболевания, несет ответственность за те выборы, которые он делает в этой ситуации: у кого лечиться? каким методом? лечиться ли вообще? Эти выборы для пациента очень сложны. В этой связи у пациентов формируется бессознательное стремление избавиться от ответственности при принятии жизненно важных решений: он стремится переложить «груз» ответственности на кого-то другого (на родственника, врача и т. д.). Таким «ответственным» может стать и страховой представитель системы ОМС. Более того, чувствуя себя беспомощным и растерявшимся, пациент может обращаться к страховому представителю не только с

вопросами организации лечения, но и с другими важными для них проблемами (например, бытового характера, семейных отношений, профессиональных тем).

Выделенные трудности взаимодействия с онкологическими пациентами относятся к самым распространенным, но все они являются особым видом коммуникации — игрой. Согласно американскому психиатру Э. Берну, который выделил данный вид коммуникации, игра — это взаимодействие, цель которого скрыта и не осознается человеком. Более того, игра развивается по определенному сценарию, бессознательно выгодному как для одного, так и для другого участника. Развивая идеи Э. Берна, его последователь С. Карпман показал, что все многообразие ролей, лежащее в основе «игр, в которые играют люди», может быть сведено к трем основным:

- *Спасателя*,
- *Жертвы*,
- *Преследователя* (иногда *Преследователя* называют также *Контролером* из-за его стремления постоянно контролировать).

Треугольник, который объединяет эти роли, символизирует их связь и постоянную смену: двигаясь по этому треугольнику, люди попадают в психологическую «ловушку» вечной игры.



Человек, находясь в роли Спасателя, Жертвы или Преследователя, переживает определенные эмоции, чувства, телесные ощущения и мысли (табл.2).

Таблица 2. Характеристики Спасателя, Жертвы, Преследователя

Роль	Эмоции	Телесные ощущения	Вытесненные чувства	Фоновая мысль
<i>Спасатель</i>	Жалость, обида	Напряжение	Бессилие	«Как мне вас жаль», «Без меня вы все пропадете».
<i>Жертва</i>	Чувство вины	Напряжение, которое со временем переходит в психосоматические заболевания.	Агрессия	«Бедный я, бедный», «Жизнь не справедлива, но ничего не поделать».

<i>Преследователь</i>	Злость, страх, гнев, раздражение	Напряжение: невозможность контролировать ситуацию, опираясь на собственный ресурс.	Уязвимость	«Меня не ценят», «Со мной не считаются», «Вы виноваты».
-----------------------	--	---	------------	--

● Ловушка Спасательства

Обычно мы начинаем помогать другому человеку с искренним желанием помочь. И это адекватное поведение среди людей. Но «подводный камень» состоит в том, что адекватность данного поведения сохраняется до тех пор, пока человек, помогая другому, не начинает использовать его, чтобы повысить свою значимость: потребность быть значимым, реализующаяся за счет помощи другому, становится ведущей. Таким образом помогающий становится *Спасателем*.

Обращение за помощью в трудной ситуации является адекватным поведением человека. Но данное поведение адекватно до тех пор, пока человек осознает свой вклад и свою ответственность в изменение ситуации, а не стремится, чтобы другие разрешили его ситуацию (сделали ли бы за него выбор, ответственность за который взяли бы на себя). Необходимо подчеркнуть, что реальная жизненная ситуация человека может являться действительно трудной, но это ЕГО жизненная ситуация, и другие помочь ему могут только в том случае, когда он сам тоже что-то делает по разрешению этой ситуации, а не перекладывает разрешение жизненных трудностей на других. Если этого не происходит, то человек становится *Жертвой*. В частности, страховой представитель может дать пациенту информацию о его правах в ситуации заболевания и лечения, но ни в коем случае, чтобы не быть Спасателем, он не должен делать то, что может сделать сам пациент в этой ситуации для себя.

Надо учитывать, что Жертва не может существовать без Спасателя: Жертва бессознательно и настойчиво стремится к использованию Спасателя — «только вы помогаете, только на вас я могу надеяться» — что, в общем-то, отвечает потребности Спасателя быть важным и значимым.

Если Жертва не получает от Спасателя должного внимания и ожидаемой «помощи» (кто-то должен разрешить ее проблему, устроить дела), то она становится *Преследователем*, начинает испытывать негативные эмоции и обвинять, критиковать Спасателя. В этом случае Спасатель, в свою очередь, превращается в Жертву. Для Преследователя характерно то, что он застревает на негативных эмоциях, но он же и стремится контролировать ситуацию, используя других. Страховому представителю не следует бояться сильных негативных

чувств Преследователя: выслушивая пациента, не чувствовать себя виноватым и не быть Жертвой. Страховой представитель в роли Жертвы, чувствует себя использованным, ощущает трудности своей работы и начинает жаловаться на пациентов, а подчас он становится и Преследователем, жестко разговаривая с пациентами.

- **Ловушка антиспасательства**

Ловушка антиспасательства — это обратная сторона спасательства. Человек настолько боится быть Спасателем, зная о психологической «ловушке» спасательства, что становится антиспасателем, то есть начинает избегать оказывать помощь любому, обратившемуся за ней.

Страховому представителю важно понимать тонкость взаимоотношений с пациентом, осознавать свою потребность быть значимым для другого человека и реализовывать эту потребность, повышая свою компетентность и понимая смысл своей работы.

Страховому представителю важно понимать, что он взаимодействует с растерявшимся, может быть, даже с отчаявшимся человеком, но не с беспомощным (если это не пациент в бессознательном состоянии). У пациента всегда есть возможность что-то сделать для себя самого, хотя он не всегда видит эту возможность. Страховой представитель может указать на имеющуюся возможность. Страховому представителю, чтобы не попасть в психологическую «ловушку» спасательства, при оказании помощи пациенту, важно вовлекать его в процесс получения помощи, договариваться с ним: «Я готов вам помочь, если вы в свою очередь сделаете то-то...»

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время проблема гуманизации медицины в нашей стране приобретает все большую актуальность. Система организации ОМС призвана помогать людям, она является структурой, которая защищает права человека в ситуации заболевания и дает больному надежду, что он не брошен на произвол судьбы в трудной жизненной ситуации.

Профессия страхового представителя относится к разряду помогающих профессий. Работая с онкологическим пациентом, находящимся подчас в критической жизненной ситуации, страховой представитель непроизвольно вовлекается в интенсивные негативные переживания. Сотрудники должны быть информированы о существовании «выгорания» среди лиц помогающих профессий, и осознавать риск эмоционального «выгорания» у них самих, который выражается в наличии симптомов эмоционального и физического истощения, в безучастном отношении к пациентам (не видеть страдающей личности пациента), в снижении ценности своей работы и отсутствии смысла в ней. «Выгорание» — это процесс, у которого есть свои стадии развития. Избежать «выгорания» очень сложно. Однако, зная о нем, его можно обнаружить на ранних стадиях развития и предпринять соответствующие меры по его предотвращению. Одной из мер психологической профилактики «выгорания» является психологическая подготовка страховых представителей и понимания ими смысла работы.

Профессиональная компетентность страхового представителя, его психологическая подготовка, в том числе в вопросах взаимодействия с пациентами, является залогом успешного становления и развития профессии.

Данное пособие возникло в ответ на потребность страховых представителей системы ОМС в подготовке к эффективному взаимодействию с онкологическими пациентами. Информация по теоретическим и практическим вопросам, содержащаяся в пособии, поможет страховым представителям системы ОМС лучше понять онкологических больных и самих себя. Она также будет способствовать совершенствованию профессионализма страховых представителей системы ОМС.

ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

8. Бочаров В. В., Карпова Э. Б., Чулкова В. А., Ялов А. М. Анализ экстремальных и кризисных ситуаций с позиции клинической психологии // Вестник СПб. университета. — 2010. — Сер. 12. — Вып. 1. — С.9–16.
9. Гришина Н. И., Старченко А. А., Тарасова О. В. Страховой представитель 3 уровня — новая фигура системы ОМС // Менеджер здравоохранения. — 2018. — №2. — С. 57–70.
10. Иовлев Б. В., Карпова Э. Б. Психология отношений. Концепция В. Н. Мясищева и медицинская психология. — СПб.: Сенсор, 1999. — 85 с.
11. Карвасарский Б. Д., Абабков В. А., Васильева А. В., Исурина Г. Л. и др. Копинг-поведение у больных неврозами и его динамика под влиянием психотерапии // Пособие для врачей / СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1999. — 32 с.
12. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании: пер. с англ. — Киев: София, 2001. — 320 с.
13. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. — 4-е изд. — М: Медицина, 1977. — 112 с.
14. Мастерство психологического консультирования / Под ред. А. А. Бадхена, А. М. Родиной. // Институт психотерапии и консультирования «Гармония». — СПб.: ООО «Береста», 2003. — 183 с.
15. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство. — 2-е изд., доп. / А. М. Беляев и коллектив авторов // Ред. А. М. Беляев, В. А. Чулкова, Т. Ю. Семиглазова, М. В. Рогачев. — СПб.: Изд-во АНО «Вопросы онкологии», 2018. — 436 с.
16. Падун М. А., Котельникова А. В. Психическая травма и картина мира: теория, эмпирия, практика. — М.: Институт психологии РАН, 2012. — 208 с.
17. Психология кризисных и экстремальных ситуаций: учебник / Под ред. Н. С. Хрусталевой. — СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2018. — 747 с.
18. Психологические аспекты качества жизни пожилых людей / Метод. Пособие. // Институт психотерапии и консультирования «Гармония». — СПб., 2008.
19. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. — 2-е изд. перераб. и доп. — СПб.: Питер, 2000. — 1019 с.
20. Россолимо Г. И. О роли психических факторов в медицине в связи с необходимостью упрощения лечения болезней нервной системы // Независимый психиатрический журнал. — 1994. — №3. — С. 13–17.
21. Старченко А. А. Страховые принципы: снизить риски пациентов // Здравоохранение. — 2016. — № 1. — С. 34–37.
22. Старченко А. А., Тарасова О. В. Страховой представитель 3 уровня — шаг по пути управления объемами и качеством медпомощи // Менеджер здравоохранения. — 2017. — № 1. — С. 59–61.

23. Старченко А. А., Комарец Ю. Н. Страховой представитель 3 уровня: психология возможных конфликтов // Тезисы VI Международной конференции «Оргздрав-2018. Эффективное управление медицинской организацией». — М., 2018. — С. 69–70.
24. Старченко А. А., Комарец Ю. Н. Принципы взаимодействия страхового представителя 3 уровня с общественными организациями пациентов // Менеджер здравоохранения. — 2018. — №4 — С. 65–59.
25. Старченко А. А. Формирование системы защиты прав пациентов — прикладная задача страховых медицинских организаций в рамках Национального проекта «Здравоохранение» // Менеджер здравоохранения. — 2019. — № 5. — С. 67–71.
26. Старченко А. А. Дефекты онкологической помощи в системе ОМС: единство критериев и практики применения. — М., 2019. — 32 с.
27. Старченко А. А., Тарасова О. В., Салдуева О. В., Перегудин С. А., Гуженко М. Д. Карта дефектов онкологической помощи — критерии единства экспертной практики. Пособие для медицинских работников и экспертов по дефектам оказания медицинской помощи. — М., 2019. — 172 с.
28. Тарабрина Н.В., Ворона О.В., Курчакова М.С., Падун М.А., Шаталова Н.Е. Онкопсихология: посттравматический стресс у больных раком молочной железы. // М: Изд-во «Институт психологии РАН», 2010
29. Твайкросс Р. Дж., Фрамpton Д. Р. Введение в паллиативную медицину // Собелл Пабликейшн, Черчилль Госпиталь Оксфорд ОХ37. — Великобритания, 1992. — 35 с.
30. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // М.: Проспект, 2012.
31. Чулкова В. А., Комяков И. П., Блинов Н. Н. Психологическая помощь больным лимфопролиферативными заболеваниями: пособие для врачей. — СПб., 2005. — 25 с.
32. Чулкова В. А, Моисеенко В. М. Психологические проблемы в онкологии // Практическая онкология. — 2009 — Т.10, №3 — С. 151–157.
33. Чулкова В. А., Пестерева Е. В. Душевный мир онкологического больного / Вопросы онкологии. — 2010. — Т.56, №1 — С. 83–87.
34. Чулкова В. А., Пестерева Е. В., Комяков И. П., Демин Е. В., Карелов А. Е. Профессиональная позиция врача-онколога: учебное пособие. — СПб.: изд-во ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2014. — 28 с.
35. Чулкова В. А., Пестерева Е. В. Онкологическое заболевание: экстремальная ситуация и психологический кризис // Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство. — 2-е изд., доп. — СПб.: Изд-во АНО «Вопросы онкологии», 2018. — С. 65–87 с.
36. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия: пер. с англ. — М: Независимая фирма «Класс», 1999. — 576 с.

