

Неопределенность в ситуации онкологического заболевания

Елена Викторовна Пестерева^{1, 2}, Татьяна Владимировна Каурова¹

¹ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2, Российская Федерация

² Санкт-Петербургский государственный университет, 199034, г. Санкт-Петербург, наб. Макарова, д. 6, Российская Федерация

Для цитирования: Пестерева Е.В., Каурова Т.В. Неопределенность в ситуации онкологического заболевания. *Медицина и организация здравоохранения*. 2025;10(4):110–118. <https://doi.org/10.56871/МНСО.2026.74.35.010>.

Поступила: 16.11.2025

Одобрена: 25.12.2025

Принята к печати: 28.01.2026

РЕЗЮМЕ. Введение. В статье рассматривается проблема неопределенности, которая включена в жизнь любого человека. Возможность справиться с неопределенностью бытия выражена в конструкте «толерантность к неопределенности», проявляемом в готовности человека действовать в условиях нехватки информации, отсутствия гарантий и устойчивых ориентиров. Когда человеку диагностируют онкологическое заболевание, он оказывается в ситуации угрозы жизни, отсутствия гарантий выздоровления, у него разрушаются представления и убеждения, которые имеются у каждого человека относительно себя и окружающего мира и отвечают его потребности жить в безопасном мире. В этой связи неопределенность в ситуации онкологического заболевания переживается острее, чем при других жизненных обстоятельствах. **Цель исследования** — изучить толерантность к неопределенности у больных раком молочной железы — самой распространенной онкопатологии среди женского населения. **Материалы и методы.** Исследованы 34 пациентки в возрасте от 34 до 59 лет (исследование проводилось в марте–мае 2024 года): 17 больных проходили первичное лечение, 17 пациенток находились в состоянии ремиссии от 1 года до 5 лет. Методы: клиническая беседа, шкала толерантности к неопределенности Д. Маклейна (MSTAT-II), шкала тревоги Спилбергера–Ханина, опросник «Отношение к жизни, смерти и кризисной ситуации» (Леонтьев Д.А., Осин Е.Н., Луковицкая Е.Г.). **Результаты.** Выявлен умеренный уровень толерантности к неопределенности у 76,4% больных на этапе лечения и у 82,4% пациенток на этапе ремиссии. Эти больные были способны принять ситуацию болезни и свои чувства в связи с болезнью, находиться и жить в неопределенности им помогало определение зоны собственного контроля в ситуации болезни, стремление, вопреки всем сложностям, жить в настоящем и направлять свое внимание на те события жизни, которые приносят что-то хорошее. Болезнь и неопределенность, связанная с ней, вызывает тревогу, но одновременно может стимулировать личностный рост, подтолкнуть больную к переоценке жизненных ценностей и смыслов. Обнаружена связь между уровнем толерантности к неопределенности и шкалами «концепция кризисной ситуации» ($r=0,423$ $p<0,05$), «личностная тревожность» ($r=-0,392$ $p<0,05$): переживание больной раком молочной железы ситуации болезни как кризиса делает ее более устойчивой к неопределенности и способной управлять своей тревогой в связи с заболеванием, так как разрешение кризиса помогает человеку продвигаться на более высокий уровень понимания себя и жизни в целом. **Заключение.** После постановки диагноза, связанного с витальной угрозой, неопределенность становится очевидной, порождая разного рода страхи и опасения. Для женщин, больных раком молочной железы, переживание неопределенности может подтолкнуть их к переоценке собственной системы ценностей. Важное значение в этом случае приобретает роль специалистов, сопровождающих онкологического больного, которые должны уметь находиться в ситуации неопределенности вместе с пациентом.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: онкологическое заболевание, онкологический больной, рак молочной железы (РМЖ), неопределенность, толерантность к неопределенности, личностная тревога, отношение к кризисным ситуациям

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

✉ Елена Викторовна Пестерева. E-mail: vi-lenal@mail.ru

© Пестерева Е.В., Каурова Т.В., 2025

Uncertainty in the framework of cancer case

Elena V. Pestereva^{1, 2}, Tatiana V. Kaurova¹

¹ Saint Petersburg State Pediatric Medical University, 2 Litovskaya str., Saint Petersburg, 194100, Russian Federation

² Saint Petersburg State University, 6 Makarova emb., Saint Petersburg, 199034, Russian Federation

For citation: Pestereva E.V., Kaurova T.V. Uncertainty in the framework of cancer case. *Medicine and Health Care Organization*. 2025;10(4):110–118. <https://doi.org/10.56871/MHCO.2026.74.35.010>.

Received: 16.11.2025

Revised: 25.12.2025

Accepted: 28.01.2026

ABSTRACT. Introduction. The problem discussed in the paper is the problem of uncertainty, which may happen in any person's life. Being able to cope with uncertainty is expressed in the concept "tolerance to uncertainty," manifested in a person's willingness to act in conditions of insufficient information, lack of safeguards and reliable guidance. When one is diagnosed with cancer, he fears facing a life threatening situation, lack of guarantees of recovery, the ideas and beliefs about himself and the world around him common for everyone seeking for a safe world are being destroyed. In this regard, uncertainty in the situation of cancer disease is more exciting compared to other life circumstances. **The purpose of the article** is to study tolerance to uncertainty in breast cancer patients, the most common cancer pathology among the female population. **Materials and methods.** 34 patients aged 34 to 59 years were examined (the study was conducted in March–May 2024): 17 patients underwent primary treatment, 17 patients were in remission state for 1 to 5 years. Methods: clinical conversation, scale tolerance to D. McLane uncertainty (MSTAT-II), anxiety scale Spielberger–Hanina, Attitude to Life, Death and Crisis Questionnaire (Leontiev D.A., Osin E.N., Lukovitskaya E.G.). **Results.** A moderate level of tolerance was revealed to uncertainty in 76.4% of patients at the treatment stage and in 82.4% of patients at the stage of remission. These patients were able to accept the situation of the disease and their feelings associated with the disease, being and living in uncertainty helped them determine the zone of their own control over the present situation, the desire, despite all the difficulties, to live just now and direct attention to positive life events. The illness and the uncertainty associated with it are causing anxiety, but can at the same time stimulate personal growth, make the patient to reassess life values and meanings. Link found between level of tolerance to uncertainty and "crisis concept" scales ($r=0.423$ $p<0.05$), "personality anxiety" ($r=-0.392$ $p<0.05$): Considering the situation of the disease as a crisis by a BC patient makes oneself more resistant to uncertainty and more able to cope with anxiety associated with a disease as the resolution of the crisis helps a person advance to a higher level of understanding of self and life in general. **Conclusion.** After a life-threatening diagnosis, this uncertainty becomes apparent, giving rise to various fears and anxieties. For women with breast cancer, experiencing uncertainty can prompt them to re-evaluate their value system. In this case, the role of specialists supporting cancer patients is crucial; they must be able to navigate this uncertainty alongside the patient.

KEYWORDS: oncological disease, oncological patient, breast cancer, uncertainty, tolerance to uncertainty, personal anxiety, attitude to crisis situations

Funding. This study was not supported by any external sources of funding.

✉ Elena V. Pestereva. E-mail: vi-lenal@mail.ru

© Pestereva E.V., Kaurova T.V., 2025

ВВЕДЕНИЕ

Любая человеческая жизнь содержит в себе неопределенность будущего, обстоятельств, собственных предпочтений. При этом современный мир характеризуется нарастанием неопределенности: за последние десятилетия традиционное общество превратилось в «текущее» [1] из-за стремительно меняющихся стереотипов, вызванных множеством причин (неустойчивая международная обстановка, потоки негативной информации в средствах массовой информации, техногенные катастрофы, ускорение темпа жизни, расширение виртуального мира и пр.).

Понятие «неопределенность» в своем самом общем значении трактуется как неизвестность, неясность, низкая степень предсказуемости, предвидения, как событие, исход которого зависит от будущих событий, не контролируемых напрямую субъектом [2].

С одной стороны, люди обладают различными, как спонтанными (неосознанными), так и целенаправленными, способами совладания с неопределенностью. Например, кто-то в состоянии неопределенности стремится найти нужную информацию и вычислить вероятность предполагаемых событий; кто-то (особенно если жизненные проблемы не могут быть промоделированы с помощью логики и вычислений) ориентируется на вдохновляющие истории, повествующие о людях, которые смогли успешно пройти через испытания и многоплановую неопределенность; кто-то полагается на принцип «делай, что должен, и будь, что будет» (римский император с 161 по 180 гг., философ Марк Аврелий), который предполагает ориентацию человека не на опыт других, а на свои личные ценности.

С другой стороны, неопределенность таит в себе опасность, и состояние неопределенности сопровождается широким спектром негативных эмоций (тревога, страх, раздражение, беспомощность, разочарование и др.), и в этой связи возможно избегание данного переживания. Бегство от неопределенности и непредсказуемости в современном мире может приобретать самые разные формы — от религиозного фанатизма и антиглобализма до тревожных расстройств и зависимостей [3].

Качество жизни современного человека, его здоровье и благополучие во многом зависят от его возможностей справляться с неопределенностью бытия. В психологической науке такая возможность человека нашла свое выражение в конструкте, обозначаемом как «толерантность к неопределенности» [4]. Толерантность к неопределенности как устойчивая черта личности

проявляется в готовности человека действовать в условиях нехватки информации и отсутствия устойчивых ориентиров выбора. Такая личность принимает и анализирует свою реальную жизненную ситуацию, направлена на решение задачи, а не на ее избегание. Толерантность к неопределенности рассматривается как атрибут зрелой личности, имеющей собственные осознанные ценности и способной строить свою жизнь в соответствии с ними, при этом одновременно с уважением относящейся к ценностям других.

В жизни каждого человека возможны особые, кризисные ситуации, связанные с неизвестностью и опасностью. К ним относится ситуация онкологического заболевания, основной характеристикой которой является неопределенность [5]: онкологическому больному никто и никогда не может дать гарантии окончательного выздоровления, и вся его дальнейшая жизнь проходит в неопределенности. Неопределенность ситуации онкологического заболевания проявляется в повышенной тревожности больного, в ожидании и боязни негативного развития событий и страхе. Длительное пребывание в состоянии неопределенности может приводить больного к ощущению повышенной уязвимости (физической и психологической), депрессии, астенизации, бессоннице и другим проявлениям невротоподобного характера [6]. Переживание неопределенности может усиливать ощущение одиночества, особенно если пациент считает, что окружающие не понимают его состояния.

К сожалению, в мире и в России увеличивается заболеваемость раком. Самым распространенным онкологическим заболеванием в мире является рак легких, на долю которого приходится 12,4% общего числа новых случаев рака в год (2,5 млн); на втором месте — рак молочной железы (РМЖ) (2,3 млн случаев, 11,6%), за которыми следуют колоректальный рак (1,9 млн случаев, 9,6%), рак простаты (1,5 млн случаев, 7,3%) и рак желудка (970 000 случаев, 4,9%). Наиболее распространенный вид онкопатологии среди женского населения — РМЖ: ежегодно в мире выявляется 1 250 000 случаев заболевания РМЖ. Более 100 случаев на 100 000 зарегистрировано в Бельгии, Германии и Дании (стандартизованные показатели). В России в структуре заболеваемости злокачественных новообразований (ЗНО) женского населения РМЖ занимает первое место (21,2%), как и в структуре смертности (15,91%). Вместе с тем РМЖ относится к группе ЗНО с наименьшим уровнем летальности [7].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель исследования — изучить толерантность к неопределенности у больных РМЖ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследовано 34 пациентки РМЖ в возрасте от 34 до 59 лет, из них:

- 17 больных РМЖ, проходящих первичное лечение в ГБУ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов помощи (онкологический) им. И.Н. Напалкова» (средний возраст — 48 лет);
- 17 пациенток, успешно завершивших лечение РМЖ (средний возраст — 45 лет).

Длительность ремиссии пациенток — от 1 года до 5 лет (средняя длительность — 32 месяца). В онкологии принято статистически определять выживаемость пациента до 5 лет, так как после 5 лет при многих локализациях считается, что пациент находится в стабильной ремиссии. С точки зрения пациента срок 5 лет состояния ремиссии является рубежом: «Если прожил до 5 лет и все в порядке, то есть ощущение, что справился с болезнью» (слова больной). Таким образом, жизнь больного до 5 лет насыщена страхами рецидива заболевания.

Выделенные группы больных были идентичны по социально-демографическим характеристикам.

Использовались: метод клинической беседы, направленный на изучение особенностей переживаний больных РМЖ во время лечения и в ремиссии заболевания, и экспериментально-психологический метод с применением шкалы тревоги Спилбергера–Ханина [8], шкалы общей толерантности к неопределенности Д. Маклейна (MSTAT-II) [4], опросника «Отношение к жизни, смерти и кризисной ситуации» [9].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Исследование ситуативной и личностной тревожности [4] показало, что на этапе лечения у 58,8% (10 человек) больных РМЖ был диагностирован высокий уровень ситуативной тревожности, который связан с непосредственными событиями, происходящими во время лечения. Так, клиническая беседа показала, что для больных во время лечения характерны сильные эмоциональные реакции на информацию о заболевании и необходимости лечения:

58,8% (10 человек) больных ощущали безвыходность и потерю чувства безопасности, 23,3% (4 человека) больных — тревогу и страх; 29,4% (5 человек) больных испытывали различные страхи по отношению к лечению (страх побочных осложнений, страх быть беспомощной). Повышенная тревожность проявлялась в ожидании возможной неудачи терапии, боязни негативного развития событий. Учитывая, что лечение онкологического заболевания не дает мгновенных результатов, больные ощущали фрустрацию, раздражение, разочарование.

В состоянии ремиссии заболевания у 88,2% (15 человек) пациенток диагностируется высокий уровень личностной тревоги, который у пациенток в ремиссии может быть связан с неопределенностью и со страхом рецидива. Если в процессе лечения страх рецидива проявляется как ожидание возможной неудачи терапии, после завершения терапии — в виде страха возвращения болезни и необходимости снова проходить лечение, связанное с различного рода ограничениями и страданиями, при этом любые симптомы пациенты склонны трактовать как возобновление болезни. После завершения лечения женщине предстоит решить множество вопросов, связанных с возвращением к привычной жизнедеятельности, у нее возникают вопросы к ожидаемому будущему: с одной стороны, она стремится возвратиться к трудовой деятельности, а с другой — возникают сомнения в возможности трудиться с тем же эмоциональным и физическим напряжением.

Некоторые пациентки в состоянии ремиссии заболевания отмечали невозможность строить планы даже на ближайшее время — «а зачем, если я все рано умру?». Этим самым они ограничивали свою жизнь: боялись жить, менять работу, совершать запланированные поездки, заводить новые отношения. Никто им не говорил, что они умирают, в реальности они могут жить очень долго, но качество их повседневной жизни снижалось. В данном случае осознание того, что человек смертен, ведет к тому, что они начинают бояться жить. Пациентка с точки зрения врача-онколога может быть здоровой, но с психологической точки зрения она нездорова, если находится в этом состоянии, потому что она не живет, а ожидает конца своей жизни.

Больные РМЖ указывали на то, что на снижение тревоги и страха рецидива оказывает влияние степень доступности медицинской помощи, а также семейная поддержка, которая важна как в процессе лечения, так и после его завершения. Так, 94,1% (16 человек) пациенток

в ремиссии подчеркивали, что поддержка близких им помогла перенести тяготы лечения.

Исследование толерантности к неопределенности [4] выявило у части больных РМЖ (17,6% больных и на этапе лечения, и на этапе ремиссии) низкий уровень толерантности к неопределенности (рис. 1). Клиническая беседа показала, что пациенткам с низким уровнем толерантности к неопределенности свойственны отрицание и упрощение ситуации заболевания («болезнь есть, но она не настолько серьезная, по сравнению с больными на другом отделении», слова больной), а также стремление использовать лекарственные препараты для снижения психоэмоционального напряжения («афобазол — святой», слова больной). Больные с низким уровнем толерантности не могут находиться в состоянии неопределенности и стремятся избежать ее любым способом: например, съесть таблетки, но не задумываться («не нужно мне говорить о плохом», слова больной).

Следует отметить, что у пациенток в ремиссии заболевания уровень толерантности к неопределенности выше, чем у больных во время лечения ($p < 0,05$): у пациенток в ремиссии есть потенциальный страх рецидива, но на момент исследования у них нет реальной угрозы, и это позволяет им быть толерантными к неопределенности.

Больные РМЖ с умеренным уровнем толерантности к неопределенности (на этапе лечения — 76,4% больных, на этапе ремиссии — 82,4% пациенток) были способны принять

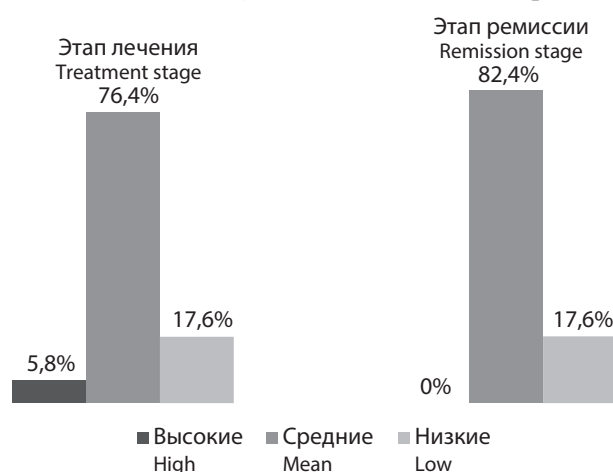


Рис. 1. Количество (%) пациенток с раком молочной железы с различными уровнями толерантности к неопределенности на этапе лечения ($n=17$) и в ремиссии заболевания ($n=17$) (рисунок разработан авторами)

Fig. 1. Number (%) of breast cancer patients with different levels of tolerance to uncertainty at the treatment stage ($n=17$) and in disease remission ($n=17$) (the figure is developed by the authors)

ситуацию болезни и свои чувства в связи с этой ситуацией, имели готовность анализировать порой противоречивую информацию относительно заболевания и даже могли предпочитать ситуации, где имеется многовариантность ее решения. Что позволяло им находиться в ситуации неопределенности и продолжать жить? Эти пациентки отмечали, что противостоять ощущению неопределенности в ситуации болезни помогает определение зоны собственного контроля и ответственности в ситуации болезни («не нужно контролировать болезнь, есть вещи, которые я могу контролировать: свое настроение — свои ощущения — боль», слова больной). Следует отметить, что нередко онкологический больной вынужден контроль над болезнью передавать врачам, у кого-то это получается лучше, у кого-то хуже, что зависит, в том числе, от качества отношений с врачом [10]. Кроме того, пациентки указывали на важность учиться направлять свое внимание на те события жизни, слова, моменты близости с другими людьми, которые приносят что-то хорошее («болезнь — это не вся жизнь, в любой ситуации нужно стараться искать то, что вызывает радость, спокойствие», слова больной). Поскольку в жизни практически невозможно дождаться времени, на которое человек надеется, чтобы наконец-то расслабиться и порадоваться, надо это делать сейчас: не откладывать жизнь на потом, а проживать ее насколько это возможно активно, вопреки всем сложностям. Таким образом, к больной не сразу, но приходит понимание, что жизнь — это не прошлое и не будущее, а настоящее, и очень важно оставаться в настоящем, научиться жить в нем, проживать свою жизнь в настоящий момент.

Если неопределенность как внешняя характеристика действительности (диагноз онкологического заболевания, необходимость длительного и тяжелого лечения) неустранима, то субъективный аспект неопределенности основан на восприятии человеком своей жизненной ситуации. Вызовы, связанные с неопределенностью ситуации онкологического заболевания, ставят перед заболевшим человеком задачи структурирования собственной системы жизненных смыслов и ценностей, принятия неопределенности как неотъемлемой части жизни [11].

При исследовании экзистенциальных переживаний больных РМЖ был использован опросник «Отношение к жизни, смерти и кризисной ситуации» [8], выраженность шкал которого у больных РМЖ представлена на рисунке 2.

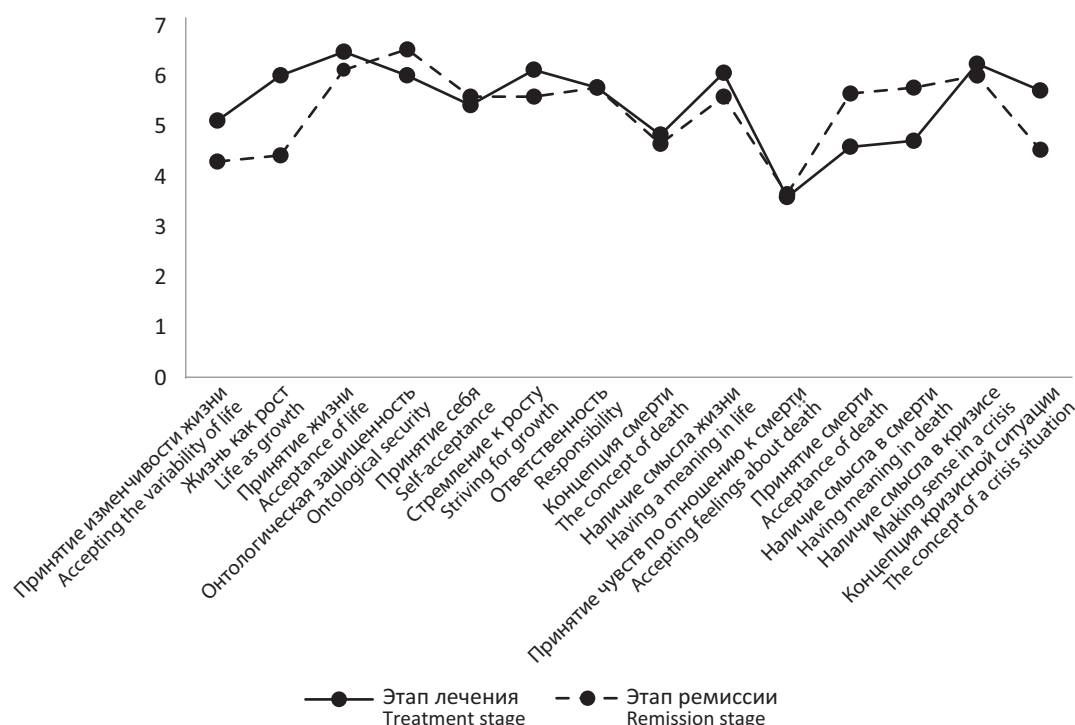


Рис. 2. Выраженность шкал опросника «Отношение к жизни, смерти и кризисным ситуациям» у больных раком молочной железы на этапе лечения и в ремиссии заболевания (рисунок разработан авторами)

Fig. 2. The severity of the scales of the questionnaire “Attitude to life, death and crisis situations” in patients with breast cancer at the stage of treatment and in remission of the disease (the figure is developed by the authors)

У больных как во время лечения, так и в ремиссии заболевания наименее выражена шкала «принятие чувств по отношению к смерти»: столкновение с реальной угрозой жизни навсегда разрушает иллюзию бессмертности. В чем состоит иллюзия бессмертности? Конечно, любой человек знает о конечности существования, но это касается смерти вообще: каждый из нас знает, что он смертен, но он также знает, что это будет когда-нибудь потом. Иллюзия состоит в том, что в настоящий момент человек бессмертен. Для онкологического больного эта иллюзия разрушается: понимание того, что он смертен, становится реальным в настоящий момент [12]. Страх смерти, будучи ядром психологических переживаний онкологического больного, обостряется в связи с неопределенностью развития ситуации заболевания: больному заранее неизвестно, как конкретно его будут лечить, как он перенесет терапию, каковы будут результаты. Онкологических больных волнуют вопросы продолжительности их жизни, вопросы протекания болезни и способов самообслуживания, и все они завуалированы неопределенностью завтрашнего дня [5].

У больных РМЖ преобладает выраженность шкалы «принятие жизни»: на этапе лечения — 6,47 баллов, на этапе ремиссии — 6,11 бал-

лов. Корреляционный анализ показал прямую связь шкалы «принятие жизни» со шкалами «смысл жизни» ($r=0,714$, $p<0,01$), «стремление к росту» ($r=0,513$ $p<0,05$) «принятие смерти» ($r=0,574$ $p<0,05$): принятие жизни связано со стремлением видеть в ней смысл, а это связано с принятием ее конечности. Все это указывает на то, что у больных есть потребность осмыслять происходящее. У всех больных возникали вопросы: «Почему я заболела? За что? За какие грехи?». Эти вопросы очень важны для человека, так как в дальнейшем они могут трансформироваться в поиски ответа на вопрос: «Какой смысл моей болезни?» («болезнь — это наказание или испытание?»), размышления больной). В обычной жизни человек редко задумывается о смысле жизни, но когда стоит вопрос о реальной возможной смерти, то у многих пациенток возникали вопросы о жизни: «Кто я в своей жизни? Чего я хочу? Для чего я живу, жил?», ответить на которые невозможно без принятия личностью собственной жизни в ее временном аспекте, учитывая ее конечность, и отношения к жизни как к ценности. Клиническая беседа показывает, что для 76,5% (13 человек) больных в процессе лечения и для 47% (8 человек) пациенток в ремиссии основным мотивом лечения и стремления к выздоровлению был мотив «моя жизнь, ее ценность».

В ходе клинической беседы выяснилось, что 23,5% (8 человек из 34) опрошенных больных воспринимали болезнь как что-то внешнее, как то, что снижает их качество жизни, как то, с чем нужно бороться; другие 23,5% (8 человек из 34) больных воспринимали болезнь как «наказание»; 35,3% (12 человек) больных, размышляя над вопросом «Какой смысл в моей болезни?», оценивали болезнь как «испытание». Для 17,6% (6 человек из 34) больных РМЖ заболевание явилось «толчком» для переоценки своей жизни (*«привычное течение жизни нарушилось и уже не смогу жить как раньше», «как жить дальше — не знаю, но уже не смогу быть в той роли, в которой была раньше»*, со слов больных). Болезнь и неопределенность, с нею связанная, подталкивает этих пациенток к аутентичности, к пониманию того, что у каждого человека есть своя единственная жизнь, и в своей жизни она главная: женщине становится важным проживание именно своей жизни, а не той, которую навязывают окружающие через выполнение привычных ролей.

Независимо от этапа течения заболевания, восприятие больными РМЖ ситуации онкологического заболевания как кризиса способствует их устойчивости: корреляционный анализ показал, что шкала «концепция кризисной ситуации» имеет прямую взаимосвязь с толерантностью к неопределенности ($r=0,423$, $p<0,05$) и обратную взаимосвязь с личностной тревожностью ($r=-0,392$, $p<0,05$): переживание больной РМЖ ситуации болезни как кризисной ситуации делает ее более устойчивой к неопределенности, так как разрешение кризиса помогает человеку продвинуться на более высокий уровень понимания себя и жизни в целом, и больная становится более способной управлять тревогой.

У пациенток в ремиссии доминирует шкала «онтологическая защищенность» (6,52 баллов). Согласно И. Ялomu, онтологическая защищенность — это первичное экзистенциальное чувство, обеспечивающее человеку уверенность и безопасность [13]. Никто не дает больной в ремиссии гарантии полного излечения, но у человека есть потребность в психологическом комфорте, а также доверие себе, окружающим, миру, жизни в целом. Следует отметить, что доверие является важным условием осуществления жизни: без доверия невозможно никакое движение, никакое развитие. Люди не могли бы жить, если бы у них не было доверия к жизни, поскольку так или иначе любое действие, любой шаг человека, любой его выбор, любое решение определяется мерой доверия окружа-

ющему, оно является основой самой жизни и представлено в картине мира человека. Выбирая жизнь, человек тем самым допускает, что этой жизни можно доверять. Доверять жизни невозможно без принятия ее, в том числе принятия онкологического заболевания в анамнезе. Реализации потребности пациентки в защищенности способствуют контакт с врачом и поддержка семьи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Неопределенность — данность человеческого существования, она есть в жизни каждого. У больных РМЖ после постановки диагноза, связанного с витальной угрозой, неопределенность их жизни становится очевидной и способствует появлению разного рода страхов, в том числе страха рецидива, который возникает даже при благоприятном прогнозе заболевания.

Пациентки с РМЖ с умеренным уровнем толерантности к неопределенности способны принять ситуацию болезни и свои чувства в связи с заболеванием, они придают значение жизни в настоящий момент и стремятся наилучшим образом проживать каждый день. Переживание неопределенности может подтолкнуть больных к переоценке собственной системы ценностей, мотивировать их на более осмысленную жизнь. Все это делает больную РМЖ более устойчивой к неопределенности, способной управлять тревогой и брать ответственность за свое поведение в рамках болезни, но не за течение самой болезни.

Для пациенток с низким уровнем толерантности к неопределенности характерно отрицание и упрощение своей жизненной ситуации, в том числе стремление использовать медикаментозные средства для снижения психоэмоционального напряжения.

Специалисты, сопровождающие онкологического больного, должны уметь находиться в ситуации неопределенности вместе с пациентом: врачам-онкологам, онкопсихологам необходимо принимать неопределенность в своей жизни.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Пестерева Е.В. — формулировка гипотезы исследования, подбор методов исследования, сбор и обработка данных, подготовка изображений; Каурова Т.В. — проведение анализа литературных источников по теме

исследования, написание текста и редактирование рукописи.

Все авторы прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Информированное согласие на публикацию. Авторы получили письменное согласие пациентов на публикацию медицинских данных.

ADDITIONAL INFORMATION

Authors' contribution. E.V. Pestereva — formulation of the study hypothesis, selection of research methods, data collection and processing, and image preparation; T.V. Kaurova — literature review, writing, and editing of the manuscript.

All authors read and approved the final version before publication.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Consent for publication. Written consent was obtained from the patient for publication of relevant medical information within the manuscript.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бауман З. Текучая современность. СПб.: Питер; 2008.
2. Асмолов А.Г. Психология современности: вызовы неопределенности, сложности и разнообразия. *Психологические исследования*. 2015;8(40):1. <https://doi.org/10.54359/ps.v8i40.550>.
3. Леонтьев Д.А. Вызов неопределенности как центральная проблема психологии личности. *Психологические исследования*. 2015;8(40):2. <https://doi.org/10.54359/ps.v8i40.555>.
4. Леонтьев Д.А., Осин Е.Н., Луковицкая Е.Г. Толерантность к неопределенности. Шкалы Д. Маклейна. М.: Смысл; 2016.
5. Михалькова Е.И. Радченко С.А. Актуальные проблемы современной психологии: онкология у детей-сирот и психосоматические расстройства в раннем возрасте. Шахты: Автор; 2023.
6. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Клинико-психологические аспекты в онкологии. Вестник СПбГУ. 2010;12(1):91–100.
7. Мерабишвили В.М. Состояние онкологической помощи в России: рак молочной железы среди женского населения. Заболеваемость, смертность, достоверность учета, детальная локализационная и гистоло-

гическая структура (популяционное исследование на уровне федерального округа). *Вопросы онкологии*. 2022;68(3):286–293. <https://doi.org/10.37469/0507-3758-2022-68-3-286-293>.

8. Карелин А. Большая энциклопедия психологических тестов. М.: Эксмо; 2007.
9. Баканова А.А. Отношение к жизни, смерти и болезни ВИЧ-инфицированных 20–30 лет. *Медицинская психология в России: электрон. научн. журн*. 2015;2(31):4. Доступен по: <https://cyberleninka.ru/article/n/otnoshenie-k-zhizni-smerti-i-bolezni-vich-infitsirovannyh-20-30-let/viewer> (дата обращения 01.11.2025).
10. Пендлтон Д., Скофилд Т., Тейт П., Хавлок П. Врач и больной: искусство общения. М.: Практика; 2021.
11. Любачевская Е.А. Толерантность к неопределенности как личностный феномен. *Акмеология*. 2013;3(47):78–80.
12. Психология кризисных и экстремальных ситуаций. Хрусталева Н.С., ред. СПб.: СПбГУ; 2018.
13. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. М.: Класс; 1999.

REFERENCES

1. Bauman Z. Fluid Modernity. Saint Petersburg: Piter; 2008. (In Russian).
2. Asmolov A.G. Psychology of Modernity: Challenges of Uncertainty, Complexity, and Diversity. *Psychological Research*. 2015;8(40):1. (In Russian). <https://doi.org/10.54359/ps.v8i40.550>.
3. Leontiev D.A. The challenge of uncertainty as a central problem in personality psychology. *Psychological Research*. 2015;8(40):2. (In Russian). <https://doi.org/10.54359/ps.v8i40.555>.
4. Leontiev D.A., Osin E.N., Lukovitskaya E.G. Tolerance to Uncertainty. D. McLane's Scales. Moscow: Smysl; 2016. (In Russian).
5. Mikhailova E.I. Radchenko S.A. Actual problems of modern psychology: oncology in orphaned children and psychosomatic disorders in early childhood. Shakhty: Avtor; 2023. (In Russian).
6. Chulkova V.A., Pestereva E.V. Clinical and psychological aspects in oncology. *Vestnik Saint Petersburg State University*. 2010;12(1):91–100. (In Russian).
7. Merabishvili V.M. The state of cancer care In Russia: breast cancer among the female population. Morbidity, mortality, index of accuracy, detailed localization and histological structure. (Population study at the federal district level. *Oncology Issues*. 2022;68(3):286–293. (In Russian). <https://doi.org/10.37469/0507-3758-2022-68-3-286-293>.
8. Karelin A. The great encyclopedia of psychological tests. Moscow: Ehksmo; 2007. (In Russian).
9. Bakanova A.A. Attitude to life, death and disease of HIV-infected 20–30 years. *Medical Psychology in*

- Russia: electronic scientific journal*. 2015;2(31):4. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/otnoshenie-k-zhizni-smerti-i-bolezni-vich-infitsirovannyh-20-30-let/viewer> (accessed on 01.11.2025). (In Russian).
10. Pendleton D., Scofield T., Tate P., Havelock P. The doctor and the patient: The art of communication. Moscow: Praktika; 2021. (In Russian).
11. Lyubachevskaya E.A. Tolerance to uncertainty as a personal phenomenon. *Akmeologiya*. 2013;3(47):78–80. (In Russian).
12. Psychology of Crisis and Extreme Situations. Khrustaleva N.S., ed. Saint Petersburg: SPbSU; 2018. (In Russian).
13. Yalom I. Existential psychotherapy. Moscow: Klass; 1999. (In Russian).

ОБ АВТОРАХ

✉ **Елена Викторовна Пестерева** — к.п.н., доцент, кафедра психологии кризисных и экстремальных ситуаций, старший преподаватель, кафедра гуманитарных дисциплин и биоэтики.
E-mail: vi-lena1@mail.ru;
<https://orcid.org/0009-0000-5790-3698>; SPIN: 5345-6932

Татьяна Владимировна Каурова — к.м.н., доцент, кафедра гуманитарных дисциплин и биоэтики.
E-mail: meditanika@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0006-1191-2533>; SPIN: 9162-3627

AUTHORS' INFO

✉ **Elena V. Pestereva** — Cand. Sci. (Psychological Science), Associate Professor, Department of Psychology of Crisis and Extreme Situations, Senior Lecturer, Department of Humanities and Bioethics.
E-mail: vi-lena1@mail.ru;
<https://orcid.org/0009-0000-5790-3698>; SPIN: 5345-6932

Tatiana V. Kaurova — Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Department of Humanities and Bioethics.
E-mail: meditanika@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0006-1191-2533>; SPIN: 9162-3627