

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ РЕАКЦІЇ ПАЦІЄНТА НА ОГОЛОШЕННЯ ДІАГНОЗУ

THEORETICAL ANALYSIS OF PSYCHOLOGICAL FEATURES OF THE PATIENT'S REACTION TO THE ANNOUNCEMENT OF THE DIAGNOSIS

Статтю присвячено ґрунтовному теоретичному аналізу психологічних особливостей реакції пацієнтів на повідомлення про медичний діагноз, її емоційних та когнітивних аспектів. Підкреслено, що теоретико-практичне завдання створення практичних рекомендацій, протоколів та методик повідомлення пацієнту діагнозу істотним і дуже актуальним в сучасних українських реаліях. Аналіз теоретичної наукової літератури продемонстрував наявність різних методологічних підходів у науковому осягненні ситуації оголошення клінічного діагнозу. У роботі розглянуто основні психологічні моделі, що пояснюють механізми реакції пацієнта у такій ситуації: модель стресу та копінг, біопсихосоціальний підхід, когнітивну теорію емоцій та модель діатезу-стресу. Проаналізовано роль комунікативних навичок та психологічного налаштування лікаря у сприйманні пацієнтом діагнозу. З'ясовано, що на реакції пацієнта на оголошення діагнозу впливає також і тип пацієнта: за ставленням до хвороби, за рівнем активності-пасивності, за індивідуальними та темпераментальними характеристиками, за типом копінг-стратегій тощо. До факторів, які визначають індивідуальну динаміку реакції відносять психологічну структуру особистості, історію психотравм, попередній досвід адаптації до стресу, наявність підтримки тощо. Значний обсяг досліджень присвячений ролі соціального оточення пацієнта у його реакції на оголошення медичного діагнозу.

В результаті здійсненого теоретичного аналізу визначено ключові фактори, що впливають на формування індивідуальних реакцій пацієнтів в ситуації оголошення діагнозу, а саме: 1) рівень емоційної стабільності/нейротизму, 2) стресостійкість пацієнта, 3) рівень його соціальної підтримки, 4) рівень активності пацієнта, 5) характеристика копінг-стратегій, 5) специфіка комунікації лікаря з пацієнтом. Слід виокремлювати ситуацію оголошення діагнозу як значиму ситуацію у комунікації лікаря з пацієнтом, що допоможе перетворити процес повідомлення діагнозу з травматичного моменту на точку опори для майбутньої адаптації, лікування і збереження внутрішньої цілісності особистості.

Ключові слова: емоційна реакція, когнітивна реакція, діагноз, пацієнт, психологічні особливості, стрес, копінг, комунікація.

The article is devoted to a thorough theoretical analysis of the psychological characteristics of patients' reactions to the announcement of a medical diagnosis, its emotional and cognitive aspects. It is emphasized that the theoretical and practical task of creating practical recommendations, protocols and methods for informing the patient of the diagnosis is essential and very actual in modern Ukrainian realities. An analysis of theoretical scientific literature demonstrated the presence of various methodological approaches in the scientific understanding of the situation of announcing a clinical diagnosis. The paper considers the main psychological models that explain the mechanisms of patient reactions in such situation: the stress and coping model, the biopsychosocial approach, the cognitive theory of emotions and the diathesis-stress model. The role of the doctor's communication skills and psychological attitude in the patient's perception of the diagnosis is analyzed. It was found that the patient's reaction to the announcement of the diagnosis is also influenced by the type of patient: by attitude to the disease, by the level of activity-passivity, by individual and temperamental characteristics, by the type of coping strategies, etc. Factors that determine the individual dynamics of reactions include the psychological structure of the personality, history of psychotrauma, previous experience of adaptation to stress, availability of support, etc. A significant amount of research is devoted to the role of the patient's social environment in his reaction to the announcement of a medical diagnosis. As a result of the theoretical analysis, key factors influencing the formation of individual reactions of patients in the situation of the announcement of the diagnosis were identified, namely: 1) the level of emotional stability/neuroticism, 2) the patient's stress tolerance, 3) the level of his social support, 4) the patient's level of activity, 5) the characteristics of coping strategies, 5) the specificity of communication between the doctor and the patient. The situation of the announcement of the diagnosis should be singled out as a significant situation in the doctor's communication with the patient, which will help turn the process of communicating the diagnosis from a traumatic moment into a fulcrum for future adaptation, treatment and preservation of the internal integrity of the personality.

Key words: emotional reactions, cognitive reactions, diagnosis, patient, psychological characteristics, stress, coping, communication.

УДК 159.9

DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2025.73.57>

Оран М.О.

д.психол.н., професор, завідувач кафедри психології Тернопільський національний педагогічний університет імені Володимира Гнатюка

Скурський Т.Я.

аспірант Тернопільський національний педагогічний університет імені Володимира Гнатюка

Вступ. Психологічна реакція пацієнта на повідомлення про медичний діагноз є складним, багатовимірним і глибоко індивідуальним процесом, що охоплює емоційні, когнітивні, поведінкові та соціальні аспекти. Оголошення діагнозу не є нейтральною інформацією, це подія з потужним емоційним впливом, яка може змінити самосприйняття, життєві орієнтири та структуру міжособистісних сто-

сунків людини. є критичним моментом, що має не лише медичне, а й глибоке психологічне значення для пацієнта. Це не просто інформація, а ситуація, яка здатна викликати широкий спектр емоційних реакцій – від шоку до прийняття. Часто саме цей момент є точкою біфуркації, яка визначає подальший психологічний стан хворого, його ставлення до лікування, готовність до змін у способі життя та

рівень довіри до медичного персоналу. Особливо потужні емоційні наслідки виникають у разі повідомлення про серйозні, хронічні або загрозливі для життя захворювання. У таких випадках діагноз виступає не лише медичним конструктом, а й екзистенційним викликом, що впливає на ідентичність пацієнта, його плани на майбутнє, стосунки з близькими людьми, духовні переконання та відчуття контролю над власним життям. З психологічної точки зору, діагноз може стати тригером для розвитку кризових станів, емоційної дизрегуляції, тривоги, депресії або навіть психосоматичних розладів [14].

Багатовимірність проблеми зумовлює її дослідження у межах особистісного становлення лікаря (М. Філоненко), деонтологічних проблем взаємодії «лікар-пацієнт» (Т. Міщенко, О. Ковальова, Н. Спиця), етичності у спілкуванні (К. Гринь, А. Скрипніков, С. Треумова), широкого розуміння психологічних особливостей комунікації лікаря з пацієнтами (Ю. Белозерцева-Баранова Є. Опря О. Рогачевський), покращення ефективності такої взаємодії (А. Асанова, О. Хаустова), та специфіку оголошення діагнозу (І. Мухаровська, Дж. Халперн). Проте, аналіз більшості наукових публікацій, дотичних до цієї теми, продемонстрував відсутність глибокого психологічного осягнення специфіки саме ситуації оголошення діагнозу, що й спонукало нас до дослідження даної проблематики.

Виклад основного матеріалу. Інтерпретація діагнозу як психотравматичного чинника вимагає мультидисциплінарного підходу: участі психологів, соціальних працівників, залучення родини, тренінгів для лікарів. Емоційна реакція пацієнта не є фіксованою, а формується на перетині психологічних особливостей людини та зовнішніх впливів. Повідомлення діагнозу буде менш травматичним за умови визнання медичною спільнотою складності цього процесу і готовності до постійного вдосконалення комунікативної культури, психологічної компетентності та міжособистісної чутливості. На цьому наголошують вітчизняні фахівці з клінічної психології. Зокрема, за твердженням А. Асанової, О. Хаустової та інших дослідників, оголошення діагнозу є критичною ситуацією у професійній комунікації лікаря та пацієнта [1], яка, на думку В. Безшейко має мати чіткий алгоритм врахування різних чинників (анамнезу, історії хвороби, соціального та матеріального стану, наявності/відсутності та характеристики соціального оточення тощо) [8].

Саме ситуація оголошення діагнозу та емоційна реакція пацієнта відіграють вирішальну роль у налаштуванні на одужання, на ставлення до лікаря (як на рівні емоційного ставлення, так і на рівні «довіра-недовіра»). Важливим питанням для досліджує залишається особливість емоційної реакції пацієнтів на оголошення діагнозу, що теоретично так і практично. Емоції як невід'ємний аспект психічної діяльності пацієнтів відіграє

на прогресивності чи притупленні хвороб. Вплив емоцій на протікання багатьох психічних процесів посилює необхідність пізнання механізмів їхнього виникнення.

Аналіз наукової літератури продемонстрував два істотні концептуальні до проблеми медичного діагнозу та ситуації його оголошення. Згідно з когнітивною теорією емоцій Р. Лазаруса та К. Шерера емоцію викликає не сама подія, а головним чином її інтерпретація суб'єктом. Відтак ключовим стає не медичний зміст діагнозу, а значення, яке йому надає пацієнт [17]. Наприклад, для молоді людини діагноз «цукровий діабет» може бути сприйнятий як жорстке обмеження, що руйнує соціальне життя, тоді як для літньої людини – як контрольована умова життя. Звідси впливає, що робота психолога або емпатичного лікаря повинна фокусуватися на реконструкції когнітивних уявлень про хворобу.

Це, у свою чергу, актуалізує питання психологічної готовності лікаря до оголошення діагнозу пацієнту. Ефективне повідомлення діагнозу вимагає не лише дотримання клінічних протоколів, а й високого рівня емоційного інтелекту, гнучких комунікативних навичок і готовності приймати складні емоції пацієнта без осуду чи дистанціювання. Визначальну роль у формуванні першої реакції відіграє комунікативна поведінка лікаря. Стратегії, орієнтовані на емпатію, структурованість, відкритість і чутливість до емоцій пацієнта, довели свою ефективність у клінічній практиці. Зокрема, методика SPIKES забезпечує оптимальне поєднання технічного інформування та емоційної підтримки. Водночас недостатній рівень емоційного інтелекту лікаря або його стан професійного вигорання можуть поглибити травматичний досвід для пацієнта. Як зазначають у своєму дослідженні В. Безшейко та І. Давиденко, ефективно повідомлення діагнозу вимагає мультидисциплінарного підходу: психологічної підготовки медичних працівників, створення системи емоційної підтримки для пацієнтів, включення родини до процесу прийняття діагнозу, розвиток індивідуалізованих підходів до психоемоційного супроводу [2]. Українські дослідження в галузі клінічної психології спрямовані на постійне удосконалення патернів професійної комунікації [3; 6]. Так, зокрема, О. Рогачевський та співавтори пропонують фасилітативний підхід до комунікації «лікар-пацієнт», що передбачає інформування, слухання і спілкування, спільне прийняття рішень та розвиток пацієнтської грамотності. Як зазначають автори, «фасилітація – це підхід, за допомогою якого лікар допомагає пацієнту брати більш активну участь у своєму лікуванні, розуміти свій стан та приймати усвідомлені рішення щодо власного здоров'я» [6, с. 50].

У роботі І. Мухаровської та А. Асанової докладно описано психологічні установки, що перешкоджають лікареві у ситуації повідомлення діагнозу. З-поміж них, «очікування інтенсивних негативних емоцій у пацієнта, проекція негативних емоцій на

лікаря, після повідомлення у пацієнта розвинеться депресія чи з'являться суїцидальні думки, розгубленість лікаря перед емоційними реакціями пацієнта, «забираю надію у пацієнта», «я спричиняю психологічний біль пацієнту, шкоджу його психічного стану», відчуття надмірної відповідальності лікаря за стан пацієнта, комунікація з пацієнтом ускладниться» [4, с. 5]. Це свідчить про те, що ситуація оголошення діагнозу є травматичною не лише для пацієнта, але викликає і у лікаря багато труднощів та деструктивних думок, що ускладнює комунікацію. Таким чином, психологічне дослідження зменшення травматизації при оголошенні медичного діагнозу повинно обов'язково враховувати аспект налаштування лікаря на ситуацію оголошення діагнозу.

Модель стресу та копіngu, розроблена Р. Лазарусом і С. Фолькманом, є фундаментом для аналізу адаптаційних процесів у контексті хронічного стресу. Вона базується на ідеї, що емоційна реакція на потенційно стресову подію є наслідком її когнітивної оцінки. Пацієнт оцінює ситуацію як загрозу, втрату або виклик, а також оцінює свої внутрішні й зовнішні ресурси для її подолання [15]. Якщо індивід вважає, що ресурсів недостатньо, це провокує сильну емоційну напругу. Застосування цієї моделі дозволяє зрозуміти, чому різні пацієнти по-різному реагують на однакові повідомлення: для одних це початок боротьби, для інших – початок кінця.

Біопсихосоціальна модель, запропонована Дж. Енгелем, надає найбільш комплексне пояснення реакцій пацієнта на діагноз. Цей підхід акцентує на інтеграції трьох рівнів: біологічного (фізіологічний стан), психологічного (емоції, переконання, мотивація) та соціального (підтримка, стосунки, контекст) [11]. Наприклад, хворий на рак з позитивним мисленням, сильною родинною підтримкою та вірою в лікаря має кращі шанси на емоційну стабільність, ніж пацієнт без соціальних зв'язків і з історією психічних розладів. Інший напрямок представляє модель діатез-стресу, яка дозволяє пояснити, чому деякі пацієнти після повідомлення діагнозу демонструють розвиток афективних або тривожних розладів. Суть моделі полягає в тому, що у кожної людини є вроджена або набута вразливість до стресу (діатез), яка активується при сильному стресорі, наприклад, при діагностуванні раку або розсіяного склерозу [13]. Кожна людина по-різному сприймає інформацію і на це сприяє низка факторів: середовище, виховання, мислення, характер та темперамент людини, приклад батьків в дитинстві, дитячі травми тощо.

Емоційні реакції на отримання діагнозу можуть мати багатоетапну природу. Найпопулярнішою є п'ятистадійна модель Елізабет Кюблер-Росс: заперечення, гнів, торг, депресія, прийняття [14]. Хоча модель була створена на основі досліджень хворих на рак, її універсальність була підтверджена в інших медичних контекстах. Усі стадії не обов'язково йдуть у фіксованій послідовності –

вони можуть перекриватися або повторюватися, змішуватися та повторюватися з самого початку та деякі етапи можуть бути відсутні – усе індивідуально для кожної людини. Також дослідження показують, що не всі пацієнти проходять усі п'ять етапів [12].

Окремий напрямок досліджень медичної психології полягає у визначенні типів пацієнтів. Класифікують пацієнтів за ставленням до хвороби, за рівнем активності-пасивності, за індивідними та темпераментальними характеристиками, за типом копіng-стратегій тощо. До факторів, які визначають індивідуальну динаміку реакцій відносять психологічну структуру особистості, історію психотравм, попередній досвід адаптації до стресу, наявність підтримки тощо. Наприклад, особи з високим рівнем нейротизму частіше зазнають інтенсивних афективних порушень [9], а пацієнти з оптимальними копіng-стратегіями – демонструють резильєнтність [10]. У вітчизняній практиці психологічного супроводу пацієнтів найчастіше використовують класифікацію пацієнтів за клінічними характеристиками і виокремлюють пацієнтів: 1) тривожних, 2) підозрілих, 3) демонстративних, 4) депресивних, 5) іпохондричних. У ситуації оголошення діагнозу лікар обов'язково повинен враховувати ці типи з метою вибору найбільш екологічної форми комунікації.

Соціальна підтримка є одним із найважливіших буферів емоційного стресу та травматичної події. Дослідження доводять, що навіть мінімальне відчуття прийняття з боку одного члена сім'ї чи лікаря може зменшити прояви депресії, тривоги та панічних атак [5; 7]. Тоді як соціальна ізоляція або відчуження можуть погіршити клінічну картину і навіть призводити до суїцидальних думок. Окрім індивідуальних характеристик пацієнта та медичної ситуації, вирішальну роль у процесі прийняття діагнозу відіграє рівень соціальної підтримки. Як зазначає І. Мухаровська, «наявність близьких людей, здатних прийняти емоції хворого без осуду, спілкування з медичними психологами, доступ до груп підтримки та наявність довіри до медичних працівників – усе це створює так зване «психологічне обрамлення» діагнозу, що або пом'якшує, або посилює його психотравматичний потенціал» [5, с. 3]. У дослідженнях Л. Феллоуфілд та В.Дженкінс показано, що навіть коротка, але емоційно підтримуюча взаємодія з лікарем може істотно зменшити рівень дистресу у пацієнтів із тяжкими діагнозами [12].

Особливу роль у формуванні емоційної реакції відіграє стиль комунікації лікаря з пацієнтом. Методика SPIKES (Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Empathy, Summary) стала золотим стандартом у багатьох медичних закладах для повідомлення складних новин [17]. Вона забезпечує структурованість, емпатійність і відкритість, що критично важливо для пацієнта в кризі. Проте, рідко використовується у медичних закладах України. Існують також і стандартні протоколи

комунікації між працівниками медичного закладу. «Золотими стандартами» в більшості розвинених країн визнані SBAR (Ситуація, Повідомлення, Оцінка, Рекомендації) та ISBAR (Ідентифікація, Ситуація, Повідомлення, Оцінка, Рекомендації). Використовуються для забезпечення структурованого обміну інформацією між медичними працівниками, упорядковують комунікацію та слугують рамками для встановлення успішної комунікації.

Л. Феллоуфілд та В. Дженкінс довели, що застосування емпатійного стилю спілкування зменшує ризик розвитку посттравматичних симптомів у пацієнтів після повідомлення складного діагнозу [12]. Водночас дослідження Дж. Ліу продемонстрували, що не лише пацієнт, а й емоційний стан самого лікаря може впливати на якість комунікації. Лікар, що перебуває у стані професійного вигорання або емоційної втоми, частіше допускає помилки в передачі інформації, використовує «холодну» мову та демонструє уникнення контактів [16].

Реакція на повідомлення про діагноз є складним, багатофакторним і глибоко індивідуалізованим психологічним процесом. Цей процес не зводиться лише до миттєвої емоції – страху, гніву чи відчаю – а охоплює також і спектр когнітивних, афективних, поведінкових і соціальних змін. Реакція формується внаслідок складної внутрішньої оцінки ситуації: наскільки загрозливою є хвороба, яку інформацію вже має пацієнт, які ресурси він відчуває у себе наявними для подолання ситуації, яку роль у житті відіграє здоров'я. Саме ця оцінка, за Р. Лазарусом і С. Фолькманом, визначає тип емоційної реакції: мобілізаційна чи дезорганізуюча [15].

Коли пацієнт сприймає діагноз як повну втрату контролю, особливо за відсутності соціальної підтримки, або якщо він не має адекватних копінг-стратегій, емоційна реакція може набувати патологічного характеру – аж до розвитку клінічно значущої тривоги, депресії або посттравматичного стресового розладу [13]. Водночас пацієнти, які мають досвід ефективної саморегуляції та раціональні когнітивні установки, зазвичай здатні адаптуватися швидше й менш болісно. Тобто емоційна відповідь не є чимось фатальним або запрограмованим – вона є динамічним, гнучким процесом, що піддається впливу інтервенцій з боку медичних працівників, психологів та соціального середовища.

Теоретичний аналіз дозволяє окреслити низку моделей, що пояснюють механізми виникнення та розвитку емоційних реакцій на діагноз. Модель стресу та копіngu Р. Лазаруса і С. Фолькмана демонструє, що ключовим чинником у формуванні реакції є когнітивна оцінка події та доступних ресурсів для її подолання. Якщо пацієнт сприймає ситуацію як неконтрольовану та загрозливу – емоційна відповідь, як правило, є дезорганізуючою. Водночас когнітивна теорія емоцій підкреслює роль суб'єктивної інтерпретації діагнозу: не сама подія, а її

значення, приписане пацієнтом, зумовлює емоційний відгук. Біопсихосоціальна модель Дж. Енгеля дозволяє інтегрувати біологічні, психологічні та соціальні фактори в єдине пояснення динаміки адаптації, тоді як модель діатез-стресу пояснює, чому вразливі індивіди можуть мати патологічні реакції навіть на «стандартні» діагностичні повідомлення.

Особливу увагу слід приділяти чинникам, які модифікують емоційну реакцію. Індивідуальні особливості особистості, рівень емоційної стабільності, досвід подолання стресу, наявність психотравм у минулому, соціальне оточення, наявність підтримки близьких людей – усе це суттєво впливає на характер і тривалість емоційної відповіді. Пацієнти з високим рівнем нейротизму, слабо розвиненими копінг-стратегіями або відсутністю підтримки частіше зазнають дистресу. Навпаки, наявність емоційної підтримки, довіри до лікаря, емпатійної комунікації значно знижує ризик виникнення афективних розладів.

Відтак, емоційно-когнітивна реакція на діагноз не є фатальною або незмінною – вона є динамічною, такою, що піддається впливу через комунікацію, підтримку та психологічну інтервенцію.

Висновки. Успішне повідомлення діагнозу не можна розглядати виключно як питання інформування – це, насамперед, акт міжособистісної взаємодії, що має глибокий терапевтичний потенціал. Адекватна комунікація передбачає врахування психоемоційного стану пацієнта, його потреб у безпеці, контролі, підтримці та зрозумілій інформації. Структуровані протоколи (зокрема SPIKES) забезпечують медичним працівникам необхідний алгоритм дій, однак найважливішим залишається здатність лікаря зчитувати емоційні сигнали пацієнта, будувати діалог, а не монолог, уникати технократичної мови, використовувати емпатію як інструмент зменшення тривожності. В результаті аналізу наукової літератури основними факторами, які істотно впливають на формування реакції пацієнта на діагноз визначено: 1) рівень емоційної стабільності/нейротизму, 2) стресостійкість пацієнта, 3) рівень його соціальної підтримки, 4) рівень активності пацієнта, 5) характеристика копінг-стратегій, 5) специфіка комунікації лікаря з пацієнтом. Вважаємо науково-практичне завдання створення практичних рекомендацій, протоколів та методик повідомлення пацієнту діагнозу істотним і дуже актуальним в сучасних українських реаліях. Слід виокремлювати ситуацію оголошення діагнозу як значиму ситуацію у комунікації лікаря з пацієнтом, що допоможе перетворити процес повідомлення діагнозу з травматичного моменту на точку опори для майбутньої адаптації, лікування і збереження внутрішньої цілісності особистості.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Асанова А., Хаустова О. Типові складні ситуації у взаємодії лікар-пацієнт в залежності від особистіс-

них особливостей і психічного стану реагування пацієнта. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2018. Том 3. № 3. DOI: 10.26766/pmgrp.v3i3.

2. Безшейко В., Давиденко І. Алгоритм професійного спілкування лікаря в окремих клінічних ситуаціях. *Психосоматична медицина та загальна практика*. Том 15, 2017. 2(4). DOI: 10.26766/pmgrp.v2i4.77

3. Міщенко Т. С., Савіна М. В., Штриголь Д. В., Лісна Н. М. Медична психологія: навчальний посібник у двох частинах. Частина 1. Загальні питання медичної психології : навч. посіб. Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2020. 106 с.

4. Мухаровська І., Асанова А. Психологічні складові проблеми професійної комунікації у ситуації повідомлення діагнозу та несприятливих новин. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2024. Т. 9, № 1. С. 2–8. DOI: 10.26766/pmgrp.v9i1.506.

5. Мухаровська І. Особливості комунікації лікаря з родиною пацієнта. *Психосоматична медицина та загальна практика*. URL: <https://uk.emedjournal.com/index.php/psp/article/view/211>

6. Професійна комунікація. Протоколи спілкування «лікар – пацієнт» : навч. посіб. / О. П. Рогачевський, Є. В. Опря, Ю. Є. Белозерцева-Баранова [та ін.] ; за ред. В. Г. Марічереда. Одеса : Олді+, 2024. 150 с.

7. Bennett P., et al. Psychological factors associated with emotional responses to receiving genetic risk information. *Journal of Genetic Counseling*. 2008.

8. Bezsheiko V., Davidenko I. Algorithm for professional communication in medical settings. *Psychosomatic Medicine and General Practice*. 2017. V. 2, I. 4. DOI: 10.26766/pmgrp.v2i4.77

9. Cook S. A., et al. Predictors of emotional distress a year or more after diagnosis of cancer: a systematic review. *Psycho-Oncology*. 2018.

10. Dekker J., et al. Psychological adjustment to disease and treatment: a general model. *Stress and Health*. 2024.

11. Engel G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977. Vol. 196, No. 4286. P. 129–136.

12. Fallowfield L., Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *The Lancet*. 2004. Vol. 363, No. 9405. P. 312–319.

13. Ingram R. E., Luxton D. D. Vulnerability-Stress Models. In: Hankin B. L., Abela J. R. Z. (Eds.). *Development of Psychopathology: A vulnerability stress perspective*. Thousand Oaks : Sage Publications Inc., 2005.

14. Kübler-Ross E. *On Death and Dying*. New York : Macmillan, 1969.

15. Lazarus R. S., Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York : Springer Publishing Company, 1984.

16. Liu G., et al. Affective influences on clinical reasoning and diagnosis: insights from social psychology. *Diagnosis (Berl)*. 2022.

17. Scherer K. R., Shorr A., Johnstone T. *Appraisal Processes in Emotion: Theory, Methods, Research*. Oxford : Oxford University Press, 2001.