

И. М. Микова, канд. пед. наук, доцент

Д. В. Савенко, студент

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Россия

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ: ЯЗЫК ЗАБОТЫ ВМЕСТО ЯЗЫКА БОРЬБЫ

В статье рассматривается концептуальный переход от парадигмы «борьбы с заболеванием» к парадигме заботы в контексте паллиативной медицинской помощи. Обосновывается необходимость трансформации профессиональной терминологии, направленной на минимизацию психотравмирующего воздействия языка военной метафоры на пациентов и их родственников. Представлен анализ коммуникативных стратегий, ориентированных на сохранение достоинства личности пациента и формирование терапевтической среды, основанной на принципах эмпатии и уважения. Материалы статьи могут быть применены в практической деятельности специалистов здравоохранения и социальных учреждений, оказывающих паллиативную помощь.

I. M. Mikova, Candidate of Pedagogical Sciences, Associate Professor

D. V. Savenko, Student

Ryazan State Medical University (RyazSMU) of the Ministry of Health of Russia, Ryazan, Russia

PALLIATIVE CARE: THE LANGUAGE OF CARE INSTEAD OF THE LANGUAGE OF BATTLE

The article examines the conceptual transition from the “fight against disease” paradigm to the paradigm of care in the context of palliative medical care. It substantiates the need for transforming professional terminology aimed at minimizing the psychotraumatic impact of military metaphor language on patients and their relatives. The paper presents an analysis of communicative strategies focused on preserving the dignity of the patient’s personality and creating a therapeutic environment based on the principles of empathy and respect. The materials of the article can be applied in the practical work of healthcare professionals and social care institutions providing palliative care.

Ключевые слова: паллиативная помощь, язык заботы, медицинский дискурс, коммуникативные стратегии, биоэтика

Key words: palliative care, language of care, medical discourse, communication strategies, bioethics.

В современной медицинской практике паллиативная помощь занимает особое положение, находясь на пересечении интенсивной терапии, психосоциальной поддержки и этики. Одним из наиболее значимых, но недостаточно рефлекслируемых факторов, определяющих качество помощи неизлечимым пациентам, является профессиональный дискурс. На протяжении десятилетий в клинической среде доминирует метафора войны: врачи «ведут борьбу за жизнь», пациенты «сражаются с болезнью», а наступление терминальной стадии нередко осмысливается как «поражение» или «проигранное сражение». Данная языковая парадигма, укорененная в культуре активного лечения (*cure*), вступает в глубокое противоречие с сущностью паллиативного подхода, ориентированного на качество жизни, принятие неизбежного и сохранение человеческого достоинства (*care*).

Актуальность исследования обусловлена растущим пониманием того, что язык является не просто нейтральным инструментом коммуникации, но активным терапевтическим фактором, способным как мобилизовать ресурсы пациента, так и нанести психотравмирующий ущерб. Военная риторика, по мнению ряда исследователей, формирует у пациента чувство вины за «недостаточное сопротивление» болезни, а у медицинского персонала — синдром эмоционального выгорания, связанный с восприятием смерти пациента как личного профессионального поражения. Кроме того, такая терминология сужает спектр терапевтических целей, обесценивая значимость симптоматической терапии и психосоциального сопровождения как «второстепенных» или «бесперспективных» мероприятий.

В связи с этим в профессиональном сообществе назрела необходимость концептуальной смены языковой парадигмы — перехода от «языка борьбы» к «языку заботы». Данный подход предполагает трансформацию коммуникативных стратегий, основанную на принципах эмпатии, признания автономии пациента и реалистичной надежды. Однако внедрение этой модели сопряжено с рядом барьеров: инерцией профессионального мышления, отсутствием унифицированных терминологических стандартов и недостаточной разработанностью практических инструментов перехода.

Целью настоящей статьи является обоснование необходимости смены дискурсивной парадигмы в паллиативной помощи, анализ психологических и этических последствий использования военной метафоры, а также определение практических подходов к формированию языка заботы как неотъемлемого компонента профессиональной компетенции специалистов. В статье будут рассмотрены философские основания перехода от лечения к уходу, предложены конкретные коммуникативные стратегии для взаимодействия с пациентами и их родственниками, а также обозначены перспективы гуманизации медицины конца жизни через трансформации языка.

Язык заботы: философские и этические основания

Переход от парадигмы борьбы к парадигме заботы в паллиативной помощи требует не только изменения поведенческих практик медицинского персонала, но и глубокой перестройки ценностно-смыслового поля, в котором осуществляется коммуникация. Язык заботы не является простой заменой одних лексических единиц другими; он представляет собой систему дискурсивных практик, базирующуюся на принципиально иных философских и этических предпосылках. В основе этой системы лежит различие двух моделей медицинского отношения: *cure* (лечение, нацеленное на устранение болезни) и *care* (уход, ориентированный на личность пациента и качество его жизни), а также переосмысление категорий надежды, автономии и человеческого достоинства в контексте неизлечимого заболевания.

От *cure* к *care*: смена аксиологических приоритетов

Традиционная медицинская модель, восходящая к парадигме модерна, рассматривает пациента прежде всего как носителя патологии, а цель медицинского вмешательства — как устранение этой патологии любой ценой. В рамках этой модели язык естественным образом приобретает инструментальный, а нередко и милитарный характер: врач — «командир», назначающий «атаку» на болезнь; лекарственные средства — «оружие»; ремиссия — «победа». Однако в ситуации, когда радикальное лечение невозможно, данная модель демонстрирует свою несостоятельность, оставляя пациента и его близких в смысловом вакууме, где отсутствие «борьбы» приравнивается к отсутствию помощи.

Язык заботы, напротив, исходит из онтологического признания ценности человеческой личности вне зависимости от ее функционального состояния или прогноза заболевания. Как отмечает основательница современного хосписного движения Сисели Сондерс, «важно не то, сколько дней осталось человеку, а то, сколько жизни осталось в этих днях». Эта установка требует переориентации коммуникации с вопроса «как победить болезнь?» на вопрос «как сделать жизнь пациента максимально полной и свободной от страданий в оставшееся время?». Соответственно, язык утрачивает агрессивную суффиксацию («борьба», «победа», «поражение») и обретает качества взвешенности, точности и сосредоточенности на наличном положении дел.

Философское обоснование такого перехода находит выражение в работах Ханса Йонаса, который в своей «этике ответственности» подчеркивал, что развитие технологических возможностей медицины не снимает с врача обязанности учитывать конечность человеческого существования [1]. Язык заботы становится инструментом реализации этой ответственности, позволяя избегать терапевтического упорства (*futile care*), которое нередко поддерживается именно военной риторикой («нельзя сдаваться», «мы боремся до конца»).

Принципы достоинства и автономии: реконструкция субъектности пациента

Одним из наиболее травмирующих последствий «языка борьбы» является постепенная десубъективация пациента. В военной метафоре пациент становится либо «полем боя» (объектом

приложения врачебных усилий), либо «солдатом», чья единственная задача — беспрекословно следовать приказам. Неудача в лечении в этой логике интерпретируется как личная неудача пациента, его «капитуляция», что порождает глубокое чувство вины и утраты контроля над собственной жизнью. Исследования в области психоонкологии подтверждают, что пациенты, воспринимающие болезнь через военную метафору, демонстрируют более высокий уровень тревоги и депрессии при прогрессировании заболевания, поскольку интерпретируют его как собственное «поражение».

Язык заботы конституирует пациента как субъекта — автономного, обладающего правом на принятие решений и имеющего собственные ценности, которые могут не совпадать с целями медицинской агрессии. Этот подход корреспондирует с принципами биоэтики, сформулированными Томом Бошампом и Джеймсом Чилдрессом: уважение автономии, благодеяние, непричинение вреда и справедливость [3]. В рамках паллиативной помощи уважение автономии приобретает особое звучание: речь идет не только о праве пациента на информированное согласие, но и о праве на отказ от лечения, а также о праве определять, что для него составляет качество жизни на ее финальном этапе.

Коммуникативные стратегии в рамках данной парадигмы строятся на принципах партисипативности (совместности). Вместо директивных формулировок («вы должны пройти химиотерапию») используются формулировки, предполагающие активное участие пациента в выборе («мы предлагаем рассмотреть следующие варианты», «что для вас сейчас наиболее важно?», «как вы видите вашу дальнейшую ситуацию?»). Такой подход возвращает пациенту чувство достоинства, даже когда его физические возможности ограничены, и позволяет сохранить способность к осмысленному действию там, где возможно лишь действие смыслополагания.

Концепция принятия и «реалистичной надежды»

Наиболее сложным вызовом для паллиативной коммуникации остается проблема надежды. В рамках военной парадигмы надежда существует исключительно в модусе «чуда» или «победы»; сообщение о невозможности радикального лечения воспринимается как «отнятие надежды». Это приводит к распространенной защитной практике умолчания или ложного обнадеживания, которая впоследствии, при неизбежном ухудшении состояния, оборачивается еще более тяжелой психологической травмой как для пациента, так и для его родственников.

Язык заботы предлагает альтернативную модель — концепцию «реалистичной надежды» (hopeful realism), разработанную в работе Эрика Касселла [4]. Эта модель различает объекты надежды. Если надежда на выздоровление (cure) исчерпана, сохраняется надежда на отсутствие боли, на возможность попрощаться с близкими, на завершение незавершенных дел, на сохранение ясного сознания, на духовное утешение. Язык заботы предоставляет врачу инструменты для артикуляции этих форм надежды. Вместо ложных обещаний или ухода от разговора специалист

использует формулировки, фокусирующие внимание на достижимых целях: «Мы не можем вылечить это заболевание, но мы можем сделать все, чтобы вы не испытывали боли и сохранили силы для общения с семьей».

Принятие в этой парадигме не тождественно капитуляции. Как подчеркивает психолог Ирвин Ялом, работа с экзистенциальной тревогой перед смертью предполагает не отрицание конечности, а ее интеграцию в нарратив жизни [2]. Язык заботы позволяет совершить эту интеграцию: он освобождает пациента от обязанности «сражаться» тогда, когда единственно возможным достойным действием становится принятие своей уязвимости и конечности. При этом принятие не означает потерю надежды, но ее трансформацию — от надежды на чудо к надежде на качество оставшегося времени.

Нарративный подход: язык как способ смыслополагания

Особое значение для формирования языка заботы имеет нарративный подход в медицине, развиваемый Ритой Харон и Артуром Клейманом [5; 6]. Согласно этой концепции, болезнь представляет собой не только биологический, но и биографический кризис. Человек, столкнувшийся с неизлечимым заболеванием, утрачивает способность вписать происходящее в привычную нарративную структуру своей жизни. Военная метафора предлагает один из возможных нарративов — «эпическую битву», — однако этот нарратив становится несостоятельным на этапе, когда сражение невозможно выиграть.

Язык заботы предлагает альтернативные нарративные структуры. Это может быть нарратив «пути» или «странствия», где ценность имеют не победа, а пройденные этапы и встречи; нарратив «завершения», где акцент смещается с будущего на полноту настоящего; нарратив «присутствия», где главным становится качество отношений между пациентом, близкими и медицинскими работниками. Врач, владеющий языком заботы, выступает не в роли «командира», а в роли «соавтора» истории пациента, помогая восстановить нарушенную связность биографического повествования.

Философ Поль Рикёр в своей работе «Жить до смерти» отмечал, что язык является основным инструментом преодоления разрыва между биологическим временем организма и биографическим временем личности [7]. Язык заботы предоставляет такой язык, позволяя вписать финальный этап жизни в биографию человека не как историю поражения, а как историю завершения, наполненную смыслом, достоинством и вниманием к главным человеческим ценностям.

Междисциплинарный характер языка заботы

Язык заботы не может быть сведен исключительно к компетенции медицинских работников. Его формирование требует междисциплинарного взаимодействия, включающего психологов, социальных работников, специалистов по паллиативной помощи, философов и этиков. Только в

рамках такого взаимодействия возможно создание унифицированной терминологической среды, свободной от стигматизирующих и травмирующих маркеров.

Важным направлением является также работа с документацией. Введение в профессиональный оборот нейтральных терминов («активная фаза умирания» вместо «агония», «паллиативный статус» вместо «безнадежный», «симптоматическая терапия» вместо «поддерживающее лечение» в значении второстепенного) способствует дестигматизации ситуации и позволяет специалистам сохранять профессиональное отношение без эмоционального отождествления с «проигранной битвой».

Таким образом, язык заботы представляет собой сложную систему философских, этических и практических установок, направленных на сохранение человеческого достоинства в ситуации неизлечимого заболевания. Он требует от специалистов не только владения техниками коммуникации, но и сформированной рефлексивной позиции, позволяющей осознавать скрытые смыслы используемых слов и их воздействие на пациентов, родственников и самих медицинских работников.

Проведенный анализ философских и этических оснований языка заботы позволяет утверждать, что профессиональный дискурс в паллиативной помощи не является нейтральным инструментом коммуникации, но выступает активным фактором, определяющим качество медицинской помощи и психологическое состояние пациентов. Переход от языка борьбы к языку заботы требует смены аксиологических приоритетов с модели *cure* (лечение, нацеленное на устранение болезни) на модель *care* (уход, ориентированный на личность пациента и качество его жизни). Философское обоснование языка заботы опирается на категории, разработанные в этике ответственности (Г. Йонас), биоэтике (Т. Бошамп, Дж. Чилдресс), экзистенциальной психологии (И. Ялом) и нарративном подходе в медицине (Р. Харон, А. Клейман). Ключевыми принципами языка заботы выступают: признание ценности человеческой личности вне зависимости от прогноза заболевания, уважение автономии пациента и трансформация надежды от «чуда» к «реалистичной надежде» на качество оставшегося времени. Нарративный подход позволяет рассматривать язык заботы как инструмент восстановления нарушенной биографической связности, предлагая пациенту альтернативные нарративные структуры — «путь», «завершение», «присутствие» — вместо несостоятельного на терминальной стадии нарратива «эпической битвы». Практическое внедрение языка заботы требует замены директивных формулировок партисипативными, фокусировки коммуникации на достижимых целях и отказа от стигматизирующих маркеров в медицинской документации. Формирование языка заботы невозможно в рамках исключительно медицинской компетенции и предполагает междисциплинарное взаимодействие психологов, социальных работников, философов и этиков, а также институциональную поддержку со стороны системы здравоохранения. Дальнейшее развитие темы требует эмпирических исследований эффективности

языка заботы в клинической практике, а также разработки образовательных программ, формирующих у специалистов рефлексивную позицию. Язык в паллиативной помощи выступает не просто инструментом передачи информации, но активным терапевтическим фактором, и переход от языка борьбы к языку заботы представляет собой необходимое условие гуманизации медицины конца жизни, направленное на сохранение человеческого достоинства там, где оно наиболее уязвимо.

Литература

1. Йонас, Г. Принцип ответственности : Опыт этики для технол. цивилизации ; Наука как персональный опыт / Ганс Йонас ; пер. И.И. Маханькова. — Москва : Айрис-пресс, 2004. — 479 с.
2. Ялом, И. Д. Экзистенциальная психотерапия / Ирвин Д. Ялом; Пер. с англ. Т.С. Драбкиной. — Москва : Независимая фирма "Класс", 1999. — 575 с.
3. Beauchamp, T. L. Principles of biomedical ethics / Tom L. Beauchamp, James F. Childress. — 3d ed. — New York; Oxford : Oxford univ. press, 1989. — 470 p.
4. Cassell, E. J. The Nature of Suffering and the Goals of Medicine. — New York : Oxford University Press, 2004. — 336 p.
5. Charon, R. Narrative medicine: honoring the stories of illness. — Oxford : Oxford University Press, 2006. — 266 p.
6. Kleinman, A. The illness narratives: suffering, healing, and the human condition. — New York : Basic Books, 1988. — 284 p.
7. Ricœur, P. Vivant jusqu'à la mort: suivi de Fragments. — Paris : Seuil, 2007. — 144 p.