



Особенности оказания психологической помощи пациентам онкологического профиля

Чистова Арина Алексеевна, студентка 5 курса факультета клинической психологии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России. **Научный руководитель - Фаустова Анна Геннадьевна**, к.п.н., доцент заведующая кафедрой клинической психологии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России, г. Рязань

РЯЗАНЬ, 2026

*«Больной - это всегда человеческая личность, со всеми ее сложными переживаниями, а отнюдь не безличный случай»
(Петров Н. Н. «Вопрос хирургической деонтологии. Л., 1945)»*

Психологические потребности паллиативного пациента качественно отличаются от запросов на этапе лечения. Если **в период активной терапии** доминирует потребность в информации и надежде, то **при переходе к паллиативному уходу** центральными становятся иные аспекты:

1. Потребность в сохранении контроля над тем, что ещё поддаётся ему (режим дня, приём обезболивающих, круг присутствующих людей).
2. Потребность в сохранении личностной идентичности — чтобы окружающие видели в человеке не «очередной случай», а прежнюю личность с её привычками и историей.
3. Необходимость видеть смысл в каждом дне. Если человек не находит ответа, зачем ему вставать с постели, пропадает мотивация делать даже простые вещи.
4. Легитимизация права на слабость и негативные эмоции — разрешение бояться, злиться, плакать или отказываться от борьбы.
5. Потребность в завершении — возможность сказать важные слова, попросить прощения, передать что-то близким.

Страх паллиативных пациентов носят не абстрактно-философский, а предельно-конкретный характер:

1. Страх умереть в одиночестве — оказаться покинутым персоналом и близкими в критический момент.
2. Страх утраты достоинства — ситуации собственной беспомощности и зависимости от окружающих.
3. Страх невыносимости боли — не столько самой боли, сколько ощущения, что она не будет купирована, что медицинская помощь окажется бессильной перед страданием.
4. Страх исчезновения личности — связанный с потерей памяти, спутанностью сознания или делирием.
5. Страх за близких — тревога о том, как родные будут жить после его смерти, порой оказывается сильнее страха собственной смерти.

Типичные ошибки коммуникации в диаде «врач-пациент»:

1. Категорически не следует использовать следующие фразы: «не плачьте», «держитесь», «всё будет хорошо», поскольку они не утешают, а изолируют пациента, отрицая реальность его страданий.
2. Не следует открыто спорить с пациентом, который отрицает свой диагноз — психологические защиты не нужно разрушать принудительно, их можно постепенно смягчать, деликатно и неоднократно возвращаясь к фактам.
3. Нельзя прибегать к метафорам, например, заменять слово «смерть» на «уход» или «исход», если сразу не пояснить, что именно это значит.
4. Также не следует возлагать на пациента ответственность за исход болезни фразами вроде «вы недостаточно боролись», ведь они только сильнее укрепляют чувство вины у пациента перед собой и родственниками.

Вместо этого конструктивная позиция врача предполагает спокойное и честное информирование: **«Мы не можем остановить болезнь, но гарантируем, что вы не останетесь без помощи и обезболивания».**

Вместо требования позитивного мышления — признание: **«Я вижу, как вам тяжело, и это нормально в вашей ситуации».**

Вместо пустых обещаний — честность: **«Я не знаю точно, сколько времени осталось, но всё это время мы будем рядом».**

Важно переключать фокус с беспомощного вопроса на конкретное действие: **«Что для вас сейчас важно сделать за сегодня?».**

Для практической работы могут быть полезны стандартные речевые формулы.

- 1. При столкновении с выраженным страхом эффективен приём разделения страха на реальность и воображение: «Это правда страшно. Давайте отделим то, что происходит на самом деле, от того, чего вы боитесь в своих мыслях».**
- 2. При столкновении с отчаянием и жалобой «я больше не могу» эффективно работает прием конкретизации: «Скажите, что именно «не могу»? Не могу встать? Не могу проглотить еду? Давайте посмотрим, что из этого можно изменить прямо сегодня».**
- 3. При агрессии пациента, направленной на медицинский персонал, не следует принимать её на свой счёт, важно отметить: «Вы имеете право злиться, ситуация действительно несправедливая. Давайте вместе подумаем, как можно исправить ситуацию».**
- 4. С пациентом, который отрицает реальные факты, не следует вступать в конфронтацию, достаточно мягкого ответа: «Понимаю, для вас важно сохранять надежду, и вы имеете на это полное право. А сейчас давайте попробуем облегчить ваше состояние».**
- 5. Обязательное завершение любого взаимодействия — вопрос о состоянии: «Как ваше самочувствие сейчас по сравнению с началом нашего разговора?» — реализует базисный принцип «не навреди».**

Конструктивная помощь родственникам строится на трёх принципах:

1. Признание законности горя: «То, что вы переживаете — не слабость, а нормальная реакция на потерю жизненных планов».
2. Стимулирование к конкретным, выполнимым действиям, способным помочь и родственнику, и пациенту: «Просто посидите рядом, положите руку на плечо. Это маленькие действия, но они способны помочь».
3. Легитимизация отдыха и самосохранения: «Вы имеете право уйти домой на время, чтобы поспать. Ваша забота о себе — часть заботы о близком».

Ключевая фраза, помогающая снизить чувство вины: «Вы делаете всё, что в ваших силах. Болезнь прогрессирует не потому, что вы что-то сделали или не сделали, а потому, что её течение не подвластно воле и усилию».

Итоговые принципы эффективной помощи в паллиативной онкологии можно сформулировать следующим образом:

1. Опора на конкретные детали.
1. Принцип отказа от позитивного мышления.
1. Принцип микро-целей.
1. Принцип работы с горем через отреагирование.
1. Принцип профессиональных границ.

На паллиативной и терминальной стадиях **определяющее значение приобретает не продолжительность оставшегося времени, а то, как именно этот отрезок жизни проживается.** Реалистичная оценка ситуации, тихое эмпатичное присутствие, честность в прогнозе и конкретные маленькие шаги — именно такие подходы приносят больше пользы, чем любой призыв «держаться и не сдаваться». Ценность психотерапевтического воздействия в онкологии состоит в том, чтобы **помочь пациенту сохранить самоосмысление, свободу и ответственность за принятие жизненно важных решений** — даже когда эти решения касаются конца жизни.



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ !