

Лекция 16. Психологический уход за умирающим.

План лекции:

1. Умирание.
2. Особенности ухода за умирающим.
3. Психологическая помощь семье и близким.
4. Психологическая помощь персоналу.

Психиатр Чикагского университета Э. Кюблер-Росс (E. Kubler-Ross) одна из первых предприняла попытку провести систематическое изучение процесса умирания и смерти. В своей книге «On Death and Dying» («О смерти и умирании») она подчеркнула важность открытого и честного общения с умирающими, готовность последних обсуждать любые психологически близкие им темы. Это может помочь снизить страх смерти и морально поддержать умирающих и их близких родственников.

Это очень важно и для медицинских работников, потому что именно страх собственной смерти становится серьезным препятствием в работе с умирающими и основным сдерживающим фактором в деле оказания им эффективной помощи.

1. УМИРАНИЕ

Биологическая смерть человека врачами констатируется на основании совокупности признаков отсутствия сердечной деятельности (нет пульса на крупных артериях, нет сокращений сердца при аускультации, нет биоэлектрической активности сердца по данным ЭКГ), прекращения дыхания и исчезновения функций центральной нервной системы (нет реакции на раздражители, максимальное расширение зрачков с отсутствием реакции на свет, нет роговичных рефлексов, исчезновение биоэлектрической активности мозга на ЭЭГ).

В 1959 г. впервые было описано в литературе состояние «смерти мозга», которое иногда возникает в ходе реанимации. При этом все основные функции головного мозга больными необратимо утрачиваются, а сохранение дыхания и кровообращения осуществляется с помощью специальной аппаратуры. С тех пор до настоящего времени ведутся дискуссии о новой концепции смерти, согласно которой смерть человека отождествляется со смертью его головного мозга. Особую остроту эта проблема приобрела после первой пересадки сердца К. Барнардом в 1967 г., так как пациенты с погибшим мозгом являются основным источником «запасных частей» в трансплантологии.

Клиническая смерть - своеобразное переходное состояние между жизнью и смертью, которое еще не является смертью, но уже не может оставаться жизнью. Клиническая смерть начинается с момента прекращения дыхания и кровообращения и продолжается в течение короткого периода времени (обычно 4-7 минут) до момента наступления необратимых изменений в головном мозге. Таким образом, клиническая смерть является обратимым этапом умирания. Восстановить деятельность сердца и дыхания можно и в более поздние сроки, однако функции клеток коры головного мозга будут полностью и необратимо нарушены (явление «декортикации»), что означает социальную смерть человека.

Поведение и субъективные переживания умирающих

Хотя человек и знает о конечности своего существования, но, как утверждают многочисленные психологические исследования, сам человек в свою собственную смерть

по-настоящему не верит и не осознает глубоко этого факта. З. Фрейд даже утверждает, что каждый человек убежден в собственном бессмертии.

И. Харди (1988) в своей книге «Врач, сестра, больной» пишет, что обычно, говоря о смерти, люди используют такие выражения, как «ушел», «покинул нас», да и само латинское слово *exitus*, означающее смерть, происходит от слова «уходить, выходить». Столкнувшись со смертью других людей или оказавшись в смертельной ситуации, человек испытывает безотчетный страх и тревогу.

Естественно, что труднее всего воспринимается смерть детьми, которые не всегда понимают происходящее. Детское понимание смерти следует за умственным развитием и формируется постепенно. Недостаточное понимание смерти существует у детей до 5 лет. Только между 5 и 10 годами постепенно развивается понимание, что смерть окончательна и что все жизненные функции прекращаются, когда человек умирает. Потом они начинают понимать, что смерть неизбежна, что все, и они в том числе, когда-то умрут (Дюргеров А., Хордвик Е., 1995).

Смерть близких обычно вызывает у детей и подростков сильные реакции. Это могут быть отчаяние, страх, озлобленность, проблемы со сном, чувство беспомощности и опасности, иногда даже депрессия и сильное ощущение пустоты и одиночества. Ребенок - развивающаяся личность, и изучение реакций на смерть окружающих, понимание им смерти возможно только в возрастном аспекте.

В течение первых 2 лет жизни страх и тревога у ребенка возникают при отделении ребенка от родителя или воспитателя, на большее ребенок этого возраста не способен. Довербальная стадия познавательного развития еще не позволяет формулировать понятия, и смерть как идея не может возникнуть у младенца. Если ребенок болен сам, то его переживания во многом более зависят от душевного состояния ухаживающих за ним, чем даже от его собственного физического состояния.

В дошкольном возрасте (2-7 лет) смерть также воспринимается как отрыв от матери и это отделение от любимого существа оказывается для него ужасающим событием. Понятие смерти как окончательного прекращения жизни и одновременно универсального и неизбежного явления не может быть сформулировано ребенком, пока у него преобладает дооперациональный тип мышления. Например, трехлетний малыш в случае семейного траура может поразить родственников тем, что покинув опечаленных взрослых, будет радостно играть в свои игры. У маленьких детей понятие смерти все еще плохо очерчено, у них отсутствует представление о времени «навсегда». У старшего дошкольника возникающая печаль очевидна, однако он не может сохранять эти переживания в течение длительного времени. Часто только в играх эти переживания печали и обнаруживаются.

Для понимания переживаний дошкольника в различных ситуациях, связанных с умиранием и смертью, требуется понимание особенностей возраста - преобладающий детский эгоцентризм и магическое мышление. Очень вероятно, что серьезно больной ребенок в этом возрасте может понимать свою собственную близкую кончину, хотя взрослые хотели бы отрицать это. О наличии тревоги и страха можно догадаться по его поведению, рисункам и предпочтению определенных игр.

Младшие школьники (6-10 лет) отличаются развитием конкретного мышления, хотя магическое мышление еще частично сохраняется. Многие дети этого возраста персонифицируют смерть как определенное лицо, приписывая ей некую злую силу. Некоторые дети смерть считают наказанием за плохие дела. Младшие школьники, например, демонстрируют такое магическое мышление в суждениях типа: «бабушка умерла из-за того, что я был сердит на нее». Однако такие высказывания бывают тем реже, чем старше ребенок. Для детей между 7и10 годами смерть становится более реальной, универсальной и окончательной, но лишь только в конце этого периода они признают свою собственную бренность, понимая что смерть есть часть общих процессов и принципов, которые управляют миром.

Подростки характеризуются вступлением мышления в период формальных операций и абстрактного мышления, но и у них еще могут наблюдаться эпизоды возврата к ранним способам поведения и мышления. В частности, понимая, что собственная кончина является очевидным фактом, они отрицают свою смерть фактическим игнорированием ее в гонках на мотоциклах и прочей опасной для жизни активности. Психологическая защита от тревоги, вызываемой мыслью о смерти, у подростков обычно та же, что и у взрослых, но чаще всего встречаются механизмы совладания в форме отвергания возможности умирания.

Умиравший подросток несет двойное бремя. Наряду с эмоциональным стрессом нормального пубертатного периода, он переживает потрясение из-за приближающейся собственной смерти. При этом динамика психологических реакций у умирающего подростка почти ничем не отличается от таковой у взрослых в этих ситуациях.

Динамика психологических реакций умирающих. Все психологические реакции человека, оказавшегося перед лицом смерти, можно подразделить на ряд этапов. Наиболее известна в этом плане схема Элизабет Кюблер-Росс (KublerRoss, 1969). Она описала следующие пять этапов психологических реакций умирающих.

1. Фаза отрицания болезни (анозогнозическая) - больной отказывается принять свою болезнь. «Нет, не я!» - самая обычная реакция вначале на объявление смертельного диагноза. Вероятно, целесообразно молчаливо согласиться с больным. Особенно это касается лиц, осуществляющих уход за больным и родственников. В зависимости от того, насколько человек может взять события под свой контроль и насколько сильно поддерживают его окружающие, он преодолевает эту стадию тяжелее или легче. По мнению М. Хегарти (Heagarty M.C., 1978), эта начальная стадия отказа признавать реальность, изоляции от нее является нормальной и конструктивной, если она не затягивается и не мешает

терапии. Если времени оказывается достаточно, то большинство больных успевают сформировать психологическую защиту.

2. Фаза протеста (дисфорическая) - вытекает из вопроса, который ставит себе больной: «Почему именно я?». Отсюда возмущение и гнев на окружающих и вообще на всякого здорового человека. Важным для завершения этой стадии является возможность излить эти чувства вовне. Следует понимать, что это состояние враждебности и гнева закономерно, нормальное явление и сдерживать его больному очень трудно. Нельзя осуждать больного за эти реакции по сути не на окружающих, а на свою судьбу. Здесь больному особенно нуждается в дружеской поддержке и участии, эмоциональном контакте.

3. Фаза «торга» (аутосуггестивная) - происходит резкое сужение жизненного горизонта человека и он начинает выпрашивать, «выторговывать» себе те или иные поблажки. Это прежде всего просьбы к врачам относительно послабления режима, назначения обезболивания или к родственникам с требованием выполнения различных прихотей. Этот нормальный процесс сделок для узко ограниченных целей помогает пациенту прийти к соглашению с реальностью все укорачивающейся жизни. Желая продлить жизнь, больной нередко при этом обращается к богу с обещаниями смирения и послушания («Еще немного, мне надо закончить дела»). Хороший эффект в этой фазе дают рассказы о спонтанном выздоровлении.

4. Фаза депрессии - больному с течением времени неизбежно становится печальным. Он уже вопросов не задает, а просто говорит себе, что «на этот раз умереть предстоит именно мне». При этом может появиться сознание вины и самобичевание - «Чем же я это заслужил?» Иногда это основное печальное настроение усугубляется реактивными моментами, связанными с потерей частей тела или функций, важных для целостного образа «Я». Это может произойти вследствие хирургических операций.

Другой тип депрессии, наблюдаемый у умирающих больных, понимается как преждевременное оплакивание потери семьи, друзей и самой жизни. Это, по сути, тяжелое переживание потери собственного будущего и признак начальной стадии следующей фазы - принятия смерти. Именно эта группа больных особенно трудна для всех, кто соприкасается с ними. У окружающих они вызывают чувство тревоги и беспокойства, душевного дискомфорта. Любые попытки ободрить или поддержать больного шуткой, бодрым тоном голоса воспринимаются им как нелепые в этой ситуации. Больной замыкается в себе, ему хочется плакать при мысли о тех, кого он вынужден вскоре оставить.

В этот период, вольно или невольно, все те, кто окружают больного, начинают избегать общения с ним. Это касается как родственников, так и медицинского персонала. При этом, особенно у родственников, возникает чувство вины за свое поведение и даже порой невольные мысли желания умирающему более быстрой и легкой смерти. Даже родители больных детей не являются исключением в этой закономерности. Такое отчуждение может показаться окружающим бессердечным родительским безразличием к ребенку. Но родственники и медицинский персонал должны понимать, что эти чувства нормальны и представляют действие естественных механизмов психологической защиты.

Врачу и психологу следует помочь преодолеть у ухаживающих за больным эти негативные чувства и попросить продолжить эмоциональную поддержку умирающего. Именно в этот период больному больше всего нуждается в душевном комфорте и теплоте. Даже чье-то молчаливое присутствие в палате у постели умирающего может оказаться полезнее, чем какие-то слова. Краткое объятие, похлопывание по плечу, пожатие рук скажет ему о том, что о нем заботятся и понимают. Здесь всегда необходимо участие родственников и выполнение, по возможности, любых желаний больного, хоть как-то направленных к жизни и деятельности.

5. Фаза принятия смерти (апатическая) - это примирение с судьбой, когда больной смиренно ждет своего конца. Измученный болезнью, он желает лишь отдохнуть и уснуть. Это уже прощание, конец жизненного пути. Бывает, правда, и так, что больному, приняв факт своей неизбежной кончины и смирившись с судьбой, вдруг вновь все отрицает на какое-то время, строя при этом радужные планы на будущее. Эта амбивалентность поведения и отношения к смерти понятна, так как агония - это одновременно и борьба за жизнь, и умирание. В этой фазе надо создавать уверенность у больного в том, что он не останется один наедине со своей смертью (контекст - «Я Вас не оставляю»). В зависимости от своего духовного потенциала, врач на этой стадии может привлечь на помощь религию.

Поскольку все эти фазы прослеживаются и в течение заболеваний, не имеющих смертельного исхода, некоторые авторы добавляют к схеме Элизабет Кюблер-Росс, еще 6-й этап - *фазу возвращения человеческого достоинства, возвращения к жизни* (Свенсон, цит. по: Харди И., 1988).

Деление психологических реакций умирающих на этапы иногда критикуют за чрезмерную обобщенность и механистичность. При этом критики опасаются, что это может привести к шаблонности ухода за больными, пренебрежению их индивидуальными особенностями. Однако эта критика может быть отнесена к любым положениям науки, стремящейся к максимальной обобщенности представления эмпирических фактов. Именно знание основных закономерностей и помогает тщательнее индивидуализировать соответствующие мероприятия в конкретной ситуации.

Состояние сознания в момент смерти

Сознание умирающего человека, особенно в случае хронических заболеваний, постепенно сужается, часто даже отключается от внешнего мира. Поэтому очень трудно получить точные знания о переживаниях человека в последние минуты его жизни. Правда, в религиозной литературе человечеством накоплены многочисленные описания того, что происходит с «душой» человека после смерти. В их основе лежит фундаментальная идея человека о продолжении жизни или сознания после физической кончины тела. Исследователи концепций потусторонней жизни и загробного пути души выявляют поразительные совпадения в описаниях между культурами и этническими группами, географически и исторически разделенными. Например, идея существования рая, куда направляется душа после смерти, встречается наиболее часто.

Особо подробное описание процесса умирания в истории человечества дано двумя культурами египетской и тибетской. Их священнослужители исполняли непростые ритуалы для облегчения перехода человека в загробный мир и разработали сложнейшие карты и инструкции для посмертного путешествия в нем. В письменном виде эти руководства стали известны на Западе под названием «Книга мертвых» (египетская и тибетская). Есть литературные аналоги их и в европейской культуре - к концу средневековья все они обозначались общим названием «Искусство Смерти» (*Ars Moriendi*). В целом все эти литературные источники описывают вопросы значения смерти в нашей жизни и дают описания переживаний человека во время умирания с рекомендациями по уходу за ним. Следует отметить, что на современном этапе знаний исследователи неординарным образом находят экспериментальные подтверждения некоторым постулированным в древних книгах описаниям, в частности тех особых состояний сознания, которые возникают у умирающих.

Первое научно-эмпирическое исследование состояний сознания человека в смертельно опасных ситуациях проведено швейцарским профессором геологии Альбертом Хеймом (Heim, 1892). Сам пережив несколько несчастных случаев в горах, он заинтересовался субъективными переживаниями умирания. Несколько десятилетий А. Хейм собирал наблюдения и отчеты людей, которые пережили ситуации, угрожавшие их жизни - катастрофы, утопления, но преимущественно - падения с высоты. Главный вывод из его исследования - поразительное сходство у 95% жертв их ментальных состояний. Все они не испытывали боли, отчаяния или тревоги, которая характерна для людей и в менее серьезных ситуациях. Активность сознания при этом резко усиливалась, а интенсивность и скорость мышления резко возрастали. Затем приходило ощущение спокойствия и принятия ситуации на глубинном уровне. Не наблюдалось ни дезориентации, ни замешательства. Течение времени резко замедлялось, а люди действовали с поразительной быстротой и в соответствии с реалистичной оценкой ситуации. Все это сопровождалось неожиданным мысленным проигрыванием всей прошлой жизни. Наконец, человек часто слышал музыку божественной красоты. Согласно Хейму, смертельные падения выглядят гораздо более «ужасными и жестокими» для наблюдателей, чем для самих жертв.

В 1961 г. Карлисом Осисом (Osis K.) и его сотрудниками было опубликовано исследование наблюдений лечащих врачей и медицинских сестер, ухаживающих за умирающими. Исследователь располагал 35540 наблюдениями за процессом кончины, причем 10% больных в момент смерти были в сознании. Большинство из тех, кто умирал в сознании, испытывали ощущение дискомфорта, боли и даже безразличия к происходящему, но только не страха. Примерно у одного из 20 имели место признаки душевного подъема. Нередкими были и странные яркие видения часто фантастического содержания. Некоторые из них более или менее соответствовали традиционным религиозным концепциям - небеса, рай, а другие носили мирской характер - красивый пейзаж, экзотические птицы. Реже больные говорили об ужасающих чертах, аде или иных пугающих видениях. Все эти галлюцинаторные эпизоды

носили характер призраков, так как наблюдались при ясном сознании, а работа мозга не была изменена седативными препаратами или болезнью (психоз, травма, интоксикация).

Профессор психиатрии Руссел Нойес (Noyes, 1972), обсуждая отчеты о переживаниях, написанные людьми, соприкоснувшимися со смертью, выделил в этом процессе три последовательные стадии: сопротивление, обзор жизни и трансцендентность.

Сопротивление - начальная стадия, включает в себя сознание опасности и страх перед неизбежной кончиной. При этом резко возрастает количество энергии, необходимой для совладения с ситуацией, происходит резкая активизация мышления. Воля к жизни как бы придает человеку новые силы.

Обзор жизни - стадия своеобразного пассивного ухода после активной попытки спастись. Этот процесс сопровождается отщеплением сознания от телесной формы, что служит источником переживаний существования вне тела. Обзор жизни обычно направлен с периода детства к несчастному случаю или наоборот. Изредка обзор жизни принимает голографическую, а не векторную форму. При этом важные воспоминания разных периодов жизни возникают в сознании одновременно как части единого континуума.

Трансцендентность - последняя стадия, которая естественным образом вытекает из обзора жизни. Человек обзревает свое прошлое с позиций содержания в нем добра и зла, воспринимает все окружающее с возрастающим отдалением. Все видится ему как единое целое и одновременно четко различима каждая деталь. Постепенно возникает то состояние сознания, которое обозначают как космическое, мистическое, трансцендентальное и которое А. Маслоу назвал «пик-переживанием». Оно характеризуется чувством единства или связи с другими людьми, природой и всем миром, превосходством над пространством и временем, связью с духовностью и «высшим знанием». Эти измененные состояния сознания трудно выразить словами, но для перенесших их нет никаких сомнений в их объективности и реальности. Трансцендентальные состояния сознания сопровождаются чувством необыкновенного спокойствия или экстаза.

Врач Раймонд Муди проанализировал рассказы 150 человек, которые перенесли клиническую смерть в отделении реанимации. Многие из них сообщали, что им казалось, что они находились «вне собственного тела». При этом они наблюдали как бы со стороны за тем, что делали врачи с их телами. Они сообщали о реальных действиях врачей, словах близких и их жестах. Некоторые говорили о каком-то длинном туннеле, в который их как бы всасывало, а пройдя его они оказывались в чудной местности с удивительно яркими красками, многие встречали там умерших друзей и родственников. У многих возникали калейдоскопические картины всех важных событий их жизни, которые заканчивались ощущением ослепительно белого света в конце длинного туннеля. Порой они сожалеют, что врачи насильственно вернули их из состояния блаженства к реальности.

Работа Муди нашла широкий отклик у публики, но в научных кругах она была встречена скептически. В последующем данные Муди нашли некоторое подтверждение у разных исследователей, особенно при сравнении людей разных культур и вероисповеданий. В частности, Ринг (Ring, 1982) сообщает, что из 200 человек, опрошенных после клинической смерти, у 50% обнаруживаются переживания, сходные с описаниями Муди. Более трети из них сообщали о «пребывании вне тела», 25% говорили, что перед ними «прошла» вся жизнь, и более половины «видели» вдали свет, в который многие «вошли».

Полагают, что все наблюдения измененных состояний сознания у умирающих объясняются возможным врожденным предрасположением, свойственным всему человеческому роду. Даже некоторые высшие млекопитающие «чувствуют» приближение собственной смерти или смерти одного из их близких. Все это наводит на мысль, что речь здесь идет, возможно, о каких-то общих закономерностях адаптации.

Считается также, что стресс и гипоксия мозга при умирании человека являются основным «возбудителем» определенных структур мозга, хранящих память об этих, хотя и индивидуально разнообразных, но в общих тенденциях однотипных перинатальных и трансперсональных переживаниях. Возможно, что именно эти «матрицы памяти» могут возбуждаться психоделиками (ЛСД), сенсорной стимуляцией или, напротив, сенсорной депривацией, а также гипнозом, лишением сна, техниками медитации или духовной практики и рядом патологических состояний мозга при психозах, травмах и стрессе.

Кроме того, открытие эндорфинов - собственных «наркотиков» мозга, выделяющихся во все критические моменты жизни, позволяет объяснить состояние блаженства, в котором находятся многие люди в момент смерти. Возможность получения измененных состояний сознания с помощью психоделиков, вдыхания «смеси Медуны» (кислород - 70% и углекислота - 30%), управляемого дыхания, ритмичной музыки и других техник широко используется для их научного изучения (картографии бессознательного), а также нашло применение в терапии, в том числе и психотерапии терминальных больных.

Психоаналитические концепции умирания.

Фрейд в работе «По ту сторону принципа удовольствия» выдвинул идею о том, что организм был бы уничтожен полным энергией внешним миром, если бы не был снабжен специальным защитным механизмом, действующим как барьер для раздражителей. Швейцарский психоаналитик и теолог Оскар Пфистер счел это предположение полезным для понимания механики переживаний, возникающих в момент сближения человека со смертью. Согласно его концепции, шоковые фантазии спасают человека от избыточной эмоциональной травмы и действуют как защитный механизм, оберегающий индивида от потери бодрствующего сознания и ухода в сон или обморок. Следовательно, такой механизм подобен сновидению, охраняющему сон. Когда угроза слаба - человек отреагирует, утратив способность говорить и двигаться. Сильная угроза приводит к высокой степени активности, стимуляции мышления. Когда реально бороться с опасностью больше нет смысла, ориентация на реальность выключается и подавленные фантазии вступают в действие. Бегство в трансперсональное переживание рая, согласно психоаналитическим концепциям, является регрессией в период безопасного перинатального существования. Пфистер, обсуждая природу сознания, высказывается в пользу того, что сознание несет в себе и бессознательные элементы, поскольку содержит знание об опасности, активизирующееся при шоковых переживаниях.

Картография бессознательного С. Грофа. На основании изучения влияния на психику ЛСД и влияния ряда нефармакологических способов воздействия на сознание, в частности управляемого дыхания, С. Грофом разработана оригинальная концепция строения бессознательной психики, а также предложены на ее основе своеобразные психотерапевтические методики, в частности психоделическая и голотропная психотерапия. При психоделической терапии используется прием психоделиков (ЛСД), а при голотропной терапии применяется методика управляемого дыхания для получения и использования в лечебных целях измененных состояний сознания. Теоретические и практические подходы С. Грофа обнаруживают связь с психоанализом и телесно-ориентированной биоэнергетикой (есть ее различные направления, но в основе их всех лежат идеи о наличии некой всеобщей мистической природной энергии).

По мнению С. Грофа, за областью индивидуального бессознательного лежат более глубокие и труднодоступные перинатальная и трансперсональные его сферы. В индивидуальном бессознательном конденсируются индивидуальные психологические травмы, незавершенные гештальты, биография человека. Характер процессов в этой области весьма схож с явлениями, которые описывает З. Фрейд.

В перинатальной области обнаруживаются «системы конденсированного опыта», содержащие память о процессах рождения и смерти. Например, во время сеансов управляемого волей дыхания («голотропное дыхание») на определенном этапе гипервентиляции у человека возникает своеобразные ощущения боли и умирания. Причем подчеркивается, что человек ощущает себя как будто перешедшим свои индивидуальные границы и переживающим боль целой группы людей, всего человечества (параллели с коллективным бессознательным К.Г. Юнга). Именно такие переживания встречаются и у человека в состоянии клинической смерти.

С. Грофом подробно описывается картография перинатальной области бессознательного с выделением четырех «базовых перинатальных матриц» (БМП), каждая из которых имеет собственное эмоциональное и психосоматическое содержание.

БМП-1 интегрирует опыт биологического единства с матерью во внутриутробном периоде жизни (переживания единения с природой и космосом, удовлетворения любых потребностей).

БМП-2 отражает процесс начала рождения, когда шейка матки еще закрыта (прежнее равновесие нарушается периодическим «давлением» с пульсирующими переживаниями «поглощения» чем-то космическим, бесконечной боли и безысходности).

БМП-3 характеризует уже процесс продвижения плода по родовому каналу (нарастание страданий, но уже с оттенком удовольствия и появлением «вулканического» типа экстаза).

БМП-4 биологически связана с непосредственным выходом ребенка из чрева матери, когда снижается внешнее давление («киллюминативный» тип экстаза с видениями больших помещений и яркого света, ощущениями счастливого спасения).

В более поздних работах Грофа (1988) им была добавлена еще одна БМП, которая располагается между второй и третьей матрицами.

Трансперсональная сфера размещается глубже перинатальной и является частью психики, в которой наиболее полно проявляются эффекты коллективного бессознательного. Их общим знаменателем является ощущение выхода сознания за привычные границы Его, времени и пространства. Хотя мы встречаемся с трансперсональным опытом уже на перинатальном уровне, здесь же переживания человека в этом плане становятся наиболее яркими; это так называемые эмбриональные воспоминания, а также идентификация себя с животными, растениями и даже неживой природой. К этой категории относятся и случаи «видения» абстрактных архетипических паттернов, интуитивное понимание универсальных символов (крест, инь-янь, свастика, пентаграмма, шестиконечная звезда). Случаи телепатии, ясновидения и ряд других парапсихологических феноменов также относятся к этой области.

Терминальный больной и качество его жизни

Характер и широта работы с умирающим от неизлечимой болезни или по причине старости зависят от физического состояния и особенностей его личности, а также от эмоциональной настроенности, мировоззрения и прочих обстоятельств.

Главная психологическая мишень, на которую нацелены психокоррекционные воздействия, что всегда следует учитывать при общении с терминальным больным, - это *страх пациента* перед установлением врачами «смертельного» диагноза (рак, СПИД), мучительными болями, а также самой смертью.

«Правдивость» у постели больного - есть всеобщая тенденция современности, и это касается не только врачей, но и родственников больных и всех тех, кто занимается уходом. Одновременно следует избегать и чрезмерной откровенности в этих ситуациях - врач не должен быть многословен. Отношения его с больным должны строиться на взаимном доверии. Следует при этом учитывать динамику психологических реакций у терминальных больных, описанную Кюблер-Росс, особенности конкретной ситуации. Если у больного выраженная реакция отрицания и он не желает знать о смертельных болезнях, то и говорить на эти болезненные темы, «навязывать» больному правду не следует, если это не мешает терапии.

Изменения личности, ее перестройка, возникающая в результате хронического неизлечимого заболевания, измененное состояние сознания больного также часто не позволяют сообщать ему всю правду о состоянии. В беседах с больным важно учитывать то, что больной действительно хочет знать и чего он боится. Именно это является ориентиром в разъяснении больному сущности болезни для оптимального проведения лечебных мероприятий. Не следует и препятствовать возможной личностной трансформации больного в направлении «третьей действительности», т.е. иррациональности, религии и т.д. Часто именно иррациональность, вера в «жизнь после смерти» помогает больному справиться с печалью и чувством овладевающего одиночества.

Требование правдивости касается и очень ответственного для врача момента - сообщения диагноза больному. В настоящее время преобладающей является тенденция дозированного и доступного разъяснения тяжелобольному или умирающему причин и особенностей его состояния. Одновременно с открытием диагноза всегда следует давать в приемлемой форме и надежду. По возможности следует сразу сделать и терапевтическое предложение. Тем самым мы обещаем больному, что не оставим его одного. Что касается момента сообщения диагноза, то многие считают лучшим вариантом наиболее раннее информирование больного - уже в связи с первым же подозрением или первой консультацией.

Большое значение имеет привлечение родственников к эмоциональной поддержке больного. Врач должен учитывать индивидуальную систему семьи и семейных отношений. Следует избегать слишком большого информирования семьи о состоянии больного с одновременной недостаточностью представления такой информации самому больному. Желательно, чтобы больной и родственники находились на примерно одинаковом уровне владения информацией о болезни - это способствует большей консолидации семьи, мобилизации резервов семейной группы, психологической проработке

скорби у больного и членов семьи. Э. Кюблер-Росс считает, что психологические реакции родственников больного в таких ситуациях соответствуют приблизительно таковым у самих больных.

После смерти больного у родственников и близких друзей покойного могут наблюдаться так называемые *эмоционально-психологические реакции утраты* - горевание. Первая фаза (несколько дней, а иногда и больше) часто включают шок, оцепенение, отрицание и неверие в случившееся, особенно в случае внезапной смерти близкого человека. В церемонии погребения они могут участвовать механически, даже не полностью сознавая утрату. Во второй фазе они уже могут более активно переживать горе, т.е. плакать, причитать или прибегать к другим способам выражения скорби. У некоторых из них возникают даже физические симптомы - чувство слабости или опустошенности, а также симптомы депрессии с нарушением сна, отсутствием аппетита. Только с течением времени самочувствие начинает улучшаться - они постепенно приспосабливаются к новым жизненным обстоятельствам. Выраженность и характер проявлений реакции утраты во многом зависят от личности человека, его возраста и состояния здоровья, пола, культурных традиций, а также отношений с покойным.

Когда исчерпаны возможности патогенетического лечения основного заболевания, для облегчения страданий больного прибегают к симптоматическому, а в этих ситуациях - так называемому *паллиативному* лечению. Под паллиативным лечением (от лат. *pallio* - покрывать, сглаживать) понимают применение лекарств, средств и методов, которые приносят временное облегчение, но не излечивают болезнь. Главной его целью является обезболивание с созданием максимально возможного комфорта для больного, т.е. целью паллиативного лечения является улучшение качества жизни больного человека. Особенно это важно для больных обреченных, медленно умирающих (например, от онкологического заболевания). Главным здесь является не только продление жизни, но и создание условий для того, чтобы оставшаяся жизнь для больного была более комфортабельной и значимой.

Эвтаназия. Термин «эвтаназия» предложен английским философом Ф. Бэконом (1561 - 1626) для обозначения «легкой», не сопровождающейся агонией, безболезненной смерти. В настоящее время под этим термином понимается намеренное ускорение наступления смерти неизлечимо больного с целью прекращения его страданий. Активная эвтаназия - когда для ускорения смерти больного применяют какие-либо лекарства или действия. Пассивная эвтаназия - когда врач отказывается от борьбы за жизнь пациента, но и не предпринимает никаких мер для ускорения смерти.

О правах неизлечимо больного человека на «легкую» смерть и правовых возможностях врача на осуществление эвтаназии активно заговорили в зарубежной литературе последних лет, что также связано с бурным развитием реанимационной службы, трансплантологии. Однако во все времена, следуя клятве Гиппократа, большинство врачей относились и относятся к эвтаназии отрицательно. До тех пор пока не будут зафиксированы основные признаки наступившей смерти, врач обязан активно бороться за жизнь человека до истощения всех возможностей его организма. В большинстве стран, в том числе и в России, эвтаназия запрещена и даже рассматривается как преступление. Только в Нидерландах в 2001 г. и в Бельгии в 2002 г. врачей официально наделили правом применения эвтаназии по просьбе смертельно больного человека.

Хоспис. Важным нововведением в уходе за смертельно больными стал лечебный эксперимент, проводившийся с 1967 г. в приюте Святого Христофора в Лондоне под руководством доктора Сесилии Сандерс. Главным в деятельности этого приюта стало стремление сделать все, чтобы дать возможность пациентам полноценно и комфортабельно жить до самого дня кончины. Основная идея *хосписов* (англ. *hospice* - монастырская гостиница, странноприимный дом, приют, богадельня) как мест умирания - не ускорение смерти как можно более безболезненными путями, а облегчение страданий во время умирания с сохранением сознания. С подобными целями обитателям хосписа назначают специальную микстуру, состоящую из морфия, кокаина и алкоголя, окружают их заботой, друзьями и родственниками. Режим и вся атмосфера здесь гораздо более свободны и неформальны по сравнению с обычной больницей. Подход, практикуемый в приюте, соединяет хорошо организованный уход и медицинское мастерство с состраданием, теплом и дружелюбием. Работа Сандерс имела явно религиозный акцент, но не носящий сектантский характер и не сводимый к канонам какой-то одной религии.

Современными организационными формами для проведения паллиативного лечения являются хосписы, специализированные отделения или центры для лечения больных СПИДом, геронтологические отделения в многопрофильных или психиатрических больницах. Хосписная служба обычно ориентирована на помощь инкурабельным онкологическим больным, их родственникам и близким. Про-

грамма действий в хосписе рассчитана, в первую очередь, на паллиативное лечение больных, обезбоживание, оказание психологической поддержки им и их семье. Как правило, хоспис имеет в своем составе стационар и выездную службу, осуществляющую патронаж больных. Работу по уходу на дому проводят специально подготовленные медицинские сестры. Психологическая поддержка больных осуществляется психологом и социальным работником.

Условия работы для персонала хосписа считаются тяжелыми (Гнездилов А.В., 1995), так как высок уровень психических нарушений у пациентов (у 60-70%) и выраженной неврологической патологии («спинальные» больные с парезами и параличами составляют 30-40%). Особую проблему представляют так называемые грязные больные с разлагающимися опухолями, выводами прямой кишки, свищами и т.д., а также постоянное соприкосновение персонала со смертью. Эти особенности вызывают текучесть кадров, а у части персонала могут возникать невротические расстройства, депрессия, психосоматические нарушения. Большое значение в работе хосписов придается привлечению к уходу за больными и их психологической поддержке непрофессионалов из числа лиц, добровольно соглашающихся на этот тяжелый труд из побуждений гуманизма и человечности - волонтеров, а также создание на базе хосписа различных общественных организаций и общин.

Э. Кюблер-Росс выделила пять стадий в процессе приспособления к мысли о смерти: отрицание, гнев, торг, депрессию, принятие смерти (это можно отнести к людям, получившим известие о неблагоприятном прогнозе или трагедии, случившейся с их близкими).

Время, которое нужно каждому человеку для осмысления того, что с ним происходит, сугубо индивидуально. Причем часто человек может как переходить от одной стадии к следующей, так и возвращаться к уже пройденной стадии.

1. Отрицание. Возникающий при получении известия шок приводит к реакции отрицания: «Этого не может быть!» Это самая обычная и нормальная реакция человека на подобное известие. Длительность стадии зависит от самого человека и от его окружающих. Реакция отрицания помогает воспринимать случившееся постепенно. Но если она становится навязчивой, длится долго, у пациента могут возникать определенные проблемы. Он может отрицать лечение, будущее, окружающих. Все попытки утешения отвергаются. У некоторых пациентов реакция отрицания сохраняется до последней минуты жизни, сопровождаясь неоправданным оптимизмом. Других, наоборот, приводит к тяжелому оцепенению, к развитию депрессивных состояний, к суицидальным попыткам.

2. Вторая стадия - реакция злости, гнева, направленная как на себя: «Почему именно я?», так и на того, кто якобы несет ответственность за случившееся. Это может быть семья, обслуживающий персонал, государство и т.д. Раздражение пациента может проявляться в постоянных жалобах на качество ухода, на семью и близких. Раздражение может быть вызвано чувством зависти к окружающим: «Я умираю, а они - остаются...»

3. Затем начинается стадия торга: больной вступает в переговоры за продление собственной жизни, обещая быть послушным пациентом или послушным верующим. Он может обещать самому себе изменить свою жизнь.

4. Когда ничего «выторговать» не удастся, человека охватывает чувство безнадежности. Наступает стадия депрессии. Он реально ощущает близость потери, грусть в связи с прошлыми потерями, обиду по поводу нереализованных планов. Он часто плачет, отчужден, теряет интерес к окружающим и к себе.

5. Последний этап - принятие потери, в котором человек ждет конца и часто желает уснуть навсегда.

Не все люди проживают через эти стадии, и только некоторые проходят их именно в такой последовательности. Одни продолжают испытывать гнев и депрессию до самой смерти, в то время как другие приветствуют смерть как избавление от боли или одиночества.

2. ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА УМИРАЮЩИМИ

Медицинские сестры, осуществляющие уход за умирающими пациентами, должны знать, что некоторые люди могут сознательно отрицать свою болезнь, чтобы сохранить автономию¹. У них есть право выбора человека, которому можно довериться. Если в течение всей совместной жизни между супругами не было доверительных отношений, вероятно, их не будет и перед смертью. Хотя конечно же есть и обратные примеры.

Ухаживая за пациентом, который находится на стадии гнева и раздражения, медицинской сестре важно, с одной стороны, помнить, что не она является основной причиной реакций больного. Реакции могут быть вызваны состоянием фрустрации вследствие крушения всех планов и надежд. С другой стороны, пациент и до заболевания мог быть ворчливым и раздражительным.

Принцип уважения автономии пациента означает, что каждый человек имеет право на невмешательство в его планы и поступки. Именно выбором пациента определяются дальнейшие действия медицинского работника.

На стадии депрессии нужно дать возможность человеку выговориться, не пытаясь его приободрить. Некоторые мужчины особенно тяжело переносят этот период, т.к. они считают, что сильный пол не имеет права грустить или плакать.

При условии, что у пациента была возможность предаться скорби, выразить гнев и раздражение, он может смириться с мыслью о смерти. Этот период характеризуется спокойным, неагрессивным состоянием.

Некоторые авторы, например, Кастенбаум (Kastenbaum, 1979), считают, что не следует пытаться представить процесс умирания в виде универсальной последовательности стадий. Каждый человек имеет право на свой собственный путь к смерти. Пусть, если хотят, говорят о своих чувствах, заботах и переживаниях, пусть спрашивают и получают ответы, пусть приводят в порядок дела, пусть встретятся с родными и близкими, простят их и сами попросят у них прощения.

3. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ СЕМЬЕ И БЛИЗКИМ

Члены семьи, друзья и близкие пациента также могут испытывать реакции, описанные Э. Кюблер-Росс. Отрицая наличие неблагоприятного прогноза, они могут быть неоправданно оптимистичными и продолжать надеяться на лучшее. Отрицание факта смерти может продолжаться несколько дней после смерти и более. Человек впадает в оцепенение и действует автоматически.

Это помогает справляться со своими обязанностями, участвовать в организации похорон. Если отрицание продолжается и через несколько дней после смерти, то это будет мешать человеку адаптироваться к новым социальным условиям.

Семья и близкие могут испытывать гнев по отношению к медработникам и к Богу, т.к. некоторые люди считают, что в их власти находятся вопросы жизни и смерти. В основе гнева может лежать чувство вины. Тогда близкие начинают заниматься поиском виновного. Некоторые винят самих себя.

Близкие также могут «торговаться» с врачами, медицинскими сестрами, другими людьми, с Богом, с самими собой: «Вот если бы вернуть жизнь на несколько годков назад, я бы...», чтобы как-то оттянуть развязку или облегчить себе боль и страдания.

По мере усугубления ощущение горя может смениться чувством неопределенности, бесцельности, апатии. Человек может погрузиться в себя и не замечать тех, кто нуждается в его помощи, например, детей. Этот период не имеет четких границ и может повторяться вновь и вновь.

После стадии принятия смерти близкие умершего должны адаптироваться к новой окружающей среде, к новым социальным ролям. Но для некоторых людей процесс переживания утраты может никогда не закончиться. Большинству людей требуется два года, чтобы завершить оплакивание, и для многих второй год может оказаться даже более трудным, чем первый.

Психологическая помощь родственникам и близким умирающего предполагает умение слушать, быть внимательным к другим людям, сострадать. Такая поддержка не сразу дает ощутимые результаты, однако в дальнейшем она может помочь перенести утрату. Важно, чтобы близкие понимали, что чувство утраты и проявление скорби являются естественными состояниями. Обычно они не требуют медицинского вмешательства. Надо только иметь возможность проявлять свои эмоции, ибо их подавление может нанести вред здоровью.

Необходимо познакомить близких со стадиями горя. Родственникам необходимо быть готовыми к реакциям пациента, чтобы вести себя соответствующим образом (см. Приложение).

Приложение

Тем, кто пытается поддержать умирающих

- Будьте искренни в своих заботах и чувствах.
- Сомневаясь, задавайте вопросы: «Ну, как?», «Как вы себя сейчас чувствуете?», «Я не помешаю?», «Не нужно ли вам чего-нибудь?».

- Отвечая человеку, находящемуся в кризисной ситуации, обязательно используйте обороты: «Я чувствую», «Я думаю», «Я бы хотел», а не «Вам следует», «Это не так», «Все будет хорошо».

- Придерживайтесь по возможности настоящего времени: «Как вы чувствуете себя СЕЙЧАС?», «В чем вы СЕЙЧАС нуждаетесь?»

- Выслушивайте умирающего со вниманием. Это оказывает мощное целительное воздействие, если не на тело, то на душу. Не нужно ничего приукрашивать. Не нужно возражать. Не нужно брать на себя страдания умирающего. Это его страдания. И ему необходимо пережить их в свое время и по-своему.

- В критических ситуациях людям необходимо знать, что они способны сами принимать решения. Иногда уместно указать им на возможные альтернативы.

Предлагайте любую практическую помощь, которую вы считаете возможным оказать.

Шаги, которые необходимо предпринять, чтобы примириться с утратой:

- осознать реальность потери;
- пережить всю силу скорби;
- переключиться на новую жизнь без умершего;
- переключить эмоции с умершего на свою жизнь.

Некоторые люди считают, что последний шаг - это предательство по отношению к ушедшему человеку. Одни пытаются избежать этого, уйдя в работу, другие прибегают к снотворным или алкоголю. Такая тактика некоторое время срабатывает, иногда в течение долгих месяцев или даже лет. Но рано или поздно неотработанные переживания прорываются наружу, и тогда человеку может понадобиться помощь психиатра.

4. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПЕРСОНАЛУ

Как и во многих других областях медицины, при уходе за умирающими возникает много стрессовых ситуаций:

- неэффективность медицинского лечения;
- постоянная утрата тех, за кем пришлось ухаживать;
- эмоциональное воздействие со стороны близких и родственников пациентов;
- возникновение сомнений в своих верованиях.

Поэтому персоналу также необходима поддержка, чтобы сохранить психическое и физическое здоровье и избежать синдрома профессионального выгорания¹. Для этого рекомендуются следующие формы поддержки:

- Неофициальная поддержка. Достигается там, где команда или группа профессионалов, осуществляющих уход за пациентами и их семьями, разделяет общую идею и поддерживает друг друга изо дня в день.

- Официальная поддержка. Время от времени существует необходимость в общем сборе команды, что дает возможность сотрудникам поделиться своими эмоциональными проблемами. Для этой работы лучше пригласить человека извне, например, психолога.

- Индивидуальная поддержка. В компетенции администрации учреждения решить вопрос о необходимости индивидуальной поддержки тому или иному сотруднику.

- Уход за собой. Всем, кто работает с умирающими, необходим уход за собой на достаточно высоком уровне. Необходимо поддерживать хорошее психическое и физическое состояние. Для этого необходимо достаточное время уделять оздоровительным занятиям, рационально отдыхать, правильно питаться, посещать тренинги личностного роста и т.д.².

- Система собственной поддержки. Очень полезно, чтобы и вне работы были люди, которые готовы выслушать и помочь разобраться.

ВЫВОДЫ

- Смерть представляет собой необратимое прекращение всех жизненных функций. Она имеет личное и культурное значение и затрагивает не только умирающего, но и живых. Согласно психоаналитическим теориям, для людей нормально бояться смерти, хотя ряд исследований показывают, что гораздо меньше страх смерти испытывают люди, дожившие до преклонных лет. Их страшит не сама смерть, а возможность длительного и мучительного умирания.

Отрицание как естественный бессознательный защитный психологический механизм помогает процессам сознательного совладения с таким жизненным стрессом, как болезнь и умирание, но может

и мешать человеку активно бороться с этими трудностями. Кюблер-Росс выделила пять фаз приспособления к мыслям о смерти: отрицания, протеста, «торга», депрессии и принятия смерти. Критики этой общей для всех людей схемы реакций на приближение смерти указывают, что каждый человек уникален и по-своему справляется с мыслью о своей скорой смерти.

Родным и близким умирающего также приходится приспосабливаться к процессу умирания и смерти. Их психологические реакции в таких ситуациях, по мнению Кюблер-Росс, соответствуют приблизительно таковым у самих больных. Есть данные, что психологические реакции утраты, сам характер горевания в случае смерти близкого человека, а также время, необходимое для того, чтобы оправиться от тяжелой утраты, во многом обусловлены и культурными традициями.

Вопрос о праве человека на смерть и эвтаназию вызывает полемику. Есть мнение о традиционной медицине как сосредоточенной только на продлении жизни смертельно больных с помощью медицинской аппаратуры и лекарств и якобы игнорирующей при этом потребности человека в автономии, выражении своих чувств в привычном для него окружении. Этому мнению противостоит концепция хосписов, заключающаяся в том, что смерть столь же естественна, как

и рождение, но иногда она является тяжким трудом и требует облегчения страданий, помощи специалистов. Именно хосписы, обеспечивая уход и паллиативное лечение, дают возможность смертельно больным людям прожить остаток дней как можно более насыщенно, безболезненно и независимо.

Вопросы значения смерти в нашей жизни и описания переживаний человека при умирании ставят и множество проблем как философского, так и научного плана. Чаще в их основе лежит фундаментальная идея человека о продолжении жизни или сознания после физической кончины тела. Для понимания «механики» трансперсональных переживаний и измененных состояний сознания, возникающих у некоторых людей в момент приближения смерти, особенно внезапной, предлагалось и множество научных концепций. Полагают, что все наблюдения измененных состояний сознания при этом объясняются какими-то общими, генетически заложенными закономерностями адаптации, которые возникают при этом, а также гипоксией мозга у умирающего человека.

Умирающим требуется честное и открытое общение, и это важно не только для тех, кто уходит, но даже в большей степени для тех, кто остается. Этот процесс может помочь в первую очередь медработникам снизить страх собственной смерти, который является важнейшим препятствием в работе с умирающими.

- Существует пять стадий в процессе приспособления к мысли как о своей смерти, так и о смерти близкого человека: отрицание, гнев, торг, депрессия, принятие смерти.

- Существует также мнение, что не следует представлять процесс умирания универсально. У каждого человека собственный путь к смерти.

- Члены семьи, друзья пациента также могут испытывать описываемые выше реакции в ответ на получение известия о гибели или скорой смерти близкого человека. Важно, чтобы люди понимали, что эти реакции как со стороны пациента, так и проявляемые ими, естественны. Есть определенные шаги, которые необходимо предпринять, чтобы примириться с утратой: осознать реальность потери, пережить всю силу скорби, переключиться на новую жизнь без умершего, переключить эмоции с умершего на свою жизнь.

- Психологическая помощь персоналу может включать: неофициальную, официальную, индивидуальную, собственную поддержку, как формы поддержки извне и уход за собой как форму внутренней поддержки.