

А. В. Гнездилов

Психология

и психотерапия потерь



Санкт-Петербург 2007

ББК 88.48 53.57

Гнездилов А. В.

Психология и психотерапия потерь. Пособие по паллиативной медицине для врачей, психологов и всех интересующихся проблемой. — СПб.: Издательство «Речь», 2007. — 162 стр.

В книге известного петербургского психиатра, психотерапевта и гуманиста А. В. Гнездилова обсуждаются вопросы психотерапевтической помощи умирающим больным. На основе многолетнего опыта и результатов научных исследований автор анализирует ключевые моменты паллиативной медицины: понимание проблем и потребностей неизлечимо больного человека; формирование способности вынести неизбежное страдание; медицинский контроль над симптоматикой терминального состояния, прежде всего — хронического болевого синдрома, принципы комплексной работы с близкими и семьей умирающего; использование различных терапевтических методов и методик. Также в книге обсуждаются проблема подбора кадров для работы в хосписах и вопрос о профессиональном «выгорании» персонала.

ISBN 5-9268-0062-5

©Гнездилов А. В., 2001

© Издательство «Речь», 2001

© Борозенец П. В. оформление обложки, 2001

Содержание

Предисловие.....	5
Введение.....	9
Паллиативная терапия и радикальная медицина (сравнительный анализ).....	12
Терминальные состояния (определение с медицинской точки зрения)*	22
Ситуация болезни, опасной для жизни пациента	32
Психогенные или ситуативные реакции на неблагоприятный диагноз и их связь с личностными особенностями больного	32
Проблемы инкурабельных больных	43
Психогенные реакции больных на поздних, инкурабельных стадиях заболевания.....	50
Роль врача в сообщении больному информации о неблагоприятном диагнозе.....	70
Качество жизни в паллиативной медицине	76
Хосписная служба: история, проблемы, перспективы	77
Психотерапия терминальных больных	87
Психотерапия средой.....	87
Арттерапия. Звукотерапия.....	92
Сказкотерапия и театротерапия.....	94
Куклотерапия	97
Невербальная психотерапия.....	101
Духовный аспект работы с умирающими.....	103
Индивидуальная психотерапия	111
Медицинские аспекты качества жизни*	128
Симптоматика терминального состояния, требующая медицинского контроля.....	128
Принципы клинического ведения тяжелого хронического болевого синдрома	135

* Глава написана при участии доктора медицинских наук, профессора Ю. М. Губачева

Проблема умирания.....	138
Медицинский аспект умирания*	144
Родственники терминального больного.....	149
Динамика и типы взаимоотношений в семьях терминальных больных	149
Забота о родственниках терминального больного.....	151
Проблемы персонала хосписа	157

* Глава написана при участии доктора медицинских наук, профессора Ю. М. Губачева

Предисловие

Предпосылая работе короткую рекомендацию, всегда начинаешь с представления автора. Итак, Гнездилов Андрей Владимирович, врач-психиатр, доктор медицинских наук, профессор НИПНИ им. В. М. Бехтерева и кафедры психиатрии МАПО, почетный доктор Эссекского университета в Англии, первый врач первого хосписа в Санкт-Петербурге и в России, вместе с английским журналистом Виктором Зорза является основателем хосписного движения в России.

За всеми этими регалиями стоит жизнь человека, посвятившего себя самой трудной проблеме — помощи умирающим людям. С 1973 г. его труд врача-психиатра и психотерапевта соединился с работой онкологов, а с 1990 г. — развитие паллиативной медицины позволило осуществить открытие хосписов как особых учреждений, которые обслуживают безнадежных пациентов. За плечами Гнездилова общение с тысячами людей, больных и их родственников. Опыт работы, который оценен не только в России, но получил признание и в Германии, и в Польше, и во Франции, в Америке, и в Англии, где зародилось само хосписное движение. Не случайно труд доктора Гнездилова высоко признан в крупнейшем университете Англии в Эссексе, а Андрею Владимировичу присвоено звание почетного доктора. Не случайно его приглашают с выступлениями перед медицинской общественностью разных стран. Если вдуматься в его деятельность, то невольно задаешься вопросом, откуда взялось это мужество, толкнувшее к самым рубежам смерти. Ответ приходит, если познакомишься с доктором Гнездиловым лично. Старинное слово «романтик», уже изживающее себя, как нельзя точно характеризует его. Отсюда и любовь к сказкам, и постоянное стремление к одухотворенной жизни. В некотором смысле романтизм можно представить как устремление к невозможному, попытка внести в жизнь несбыточное. У Гнездилова эта попытка удастся, порукой чему — его удачливость: он — счастливый человек и щедро делится со всеми.

Проблемы паллиативной медицины как научного направления еще достаточно новы для нас. Однако исследования и литература по этим вопросам, особенно на Западе, имеет уже достаточный потенциал. В отечественных источниках, к сожалению, можно констатировать заметный пробел. Если же к этому присовокупить творческий подход автора, опыт работы в условиях хронического кризиса, в котором пребывает страна, и специфику национальной культуры, то тема «последнего часа» окажется достаточно актуальной и интересной.

Вероятно, может заинтриговать и своеобразный опыт «психиатра в онкологической клинике», который начался в 1973 г. в НИИ онкологии им. Петрова, и после 10 лет работы продолжился 11-летним периодом работы в первом российском хосписе.

Пресловутый пуд соли, необходимый для познания другого человека, съеден автором с лихвой. Не один и не сотню раз пришлось пройти автору вместе с онкологическими больными до их последней черты. Богатство клинического опыта чувствуется за каждым тезисом работы, и многие психологические наблюдения интересны тем, что прослеживаются в динамике.

В самом деле, чем отличается последний день от предыдущих? Не та же ли проблематика жизни и смерти, надежды и судьбы, любви и прощения, вины и искупления. И с точки зрения психопатологии комплекс негативных проявлений в виде тревоги, страха, депрессии, агрессии, — все, что обнаруживается в период первой встречи с онкологом, звучит почти в том же регистре и в последний день в хосписе.

Тем не менее паллиативное направление привносит много нового в отношения к пациенту. Высокая заявка на создание качества жизни терминальных больных достаточно реалистична и лишена мистических тайн. Уже в приблизительном анализе двух направлений радикальной и паллиативной медицины звучит вполне оптимистический подход. Обращение к духовности в человеке, доверие к мудрости природы, опора на взаимоотношения, лишённые лжи... Разве это не призыв к тому потенциалу, который раскрывается в гениях человечества, проявляется в героизме простых людей и свойствен фактически каждому. В содержании книги достаточно примеров, подтверждающих эту мысль и дарящих оптимизм в самых, казалось бы, драматических ситуациях.

Динамика переживаний, комплексы психологических проблем, изменения адаптивных возможностей детально описываются как в главах о первичном пребывании пациентов в онкологической клинике, так и в главах, посвященных проблемам инкурабельных больных в терминальной стадии.

Важным моментом можно считать знакомство читателя со структурой хосписной службы в России. Полемический характер проблемы, которая иначе видится «сверху», с административно-бюрократических позиций, и «снизу» — с позиций врача и больного, восполняет то, вечно отсутствующее звено «обрат-

ной связи». Любая реформа должна опираться на этот принцип, если желает быть жизнеспособной.

Разработка структуры хосписной службы должна, видимо, опираться на реальные модели, испытанные временем, а не «удешевленные» варианты отечественных велосипедов, как убеждает нас автор. В высоком, а может быть, в настоящем смысле этого слова помощь должна быть бескорыстна, а для оплачиваемых услуг стоит подыскать другое название. Принцип «за смерть нельзя платить», легший в основу хосписного движения, может кого-то раздражать, однако, возражать против его гуманного содержания вряд ли разумно, как и пытаться создавать «обходные модели».

Интересна трактовка качества жизни в нетрадиционных понятиях, когда привычный подход к страданию как к негативу сменяется на более глубокий взгляд — страдание раскрывает глубинные пласты личности, является дверью в область духовного. Эта идея привлекала в свое время и русских старцев, и Достоевского, и, конечно, отражение ее в практике хосписной службы не случайно. Приоритеты духовности в русском человеке дают основы для несколько иных подходов в психотерапии, и это немаловажно. Интересно в этом плане замечание английской медсестры, посетившей российский хоспис, о том, что в Англии эффективнее справляются с болью, однако в России лучше облегчают страдания.

Не кажется претенциозным пафос всей этой работы, наполненный, с одной стороны, страданием, с другой — попыткой развенчать его, придать иной смысл, облегчить, не отказываясь от него, а принимая и трансформируя его.

Многосторонен подход к психотерапевтической помощи. В условиях фактической нищеты, распространившейся не только на население, но и на медицинские учреждения, кажется немислимым такое обилие вариантов помощи. Особенно интересен ассортимент арттерапевтических методик. Порой кажется кошунственным сопоставление театра и смерти, сказки или колыбельной -песни для умирающих... Однако не вызывает сомнений благая установка, чувство заботы и любви к пациенту, и это оправдывает, казалось бы, несовместимые вещи. Старинная русская традиция лечения колокольными звонами приобретает особый характер, где сплетаются и христианские настроения, и медитативные прозрения. И в каких бы рамках мы ни рассматривали помощь пациенту, единый духовный подход, который провозглашают и христианские психологи, и представители других религиозных, научных и гуманистических воззрений, здесь звучит наиболее полно.

Многообразие подходов к больным отражает попытку индивидуализировать терапию. Хорошо ощущается целый пласт возможностей в невербальной психотерапии, где заложена идея трансформации самого врача в лекарство для больного. Также представляется актуальной история кукол не только как игро-

вых элементов воздействия на психику, но и как своеобразных талисманов, осуществляющих перенос опоры с врача на атрибут его личности.

Представляются важными медицинские аспекты ведения терминальных больных и осуществление контроля над болью. Разумеется, не существует единого рецепта для всех пациентов, и автор не претендует на это. Однако гуманность — это та основа, без которой не мыслим никакой шаг в сторону умирающего пациента. «Последний стакан воды» нам, здоровым пока людям, нужен не меньше, чем уходящему. Ответственность перед своей совестью требует определенной открытости и группового подхода, где рядом с уходящим стоит и врач, и священник, и родственник, и каждый вносит свою долю в содержимое «стакана». Особую ценность, с нашей точки зрения, представляет собой предлагаемое Гнездиловым идеальное видение традиционно самой странной проблемы жизни — ее конца. И здесь оказывается, смерти можно не только не бояться, но и принять ее спокойно и светло. По твердому убеждению автора, не только рождение, но и смерть можно считать праздником. Прозрачно читается в книге обращение Гнездилова к обществу принять участие в последнем «Празднике» уходящих, поскольку Время подарит его каждому, кто ждет его или не ждет.

Руководитель кафедры психотерапии МАПО,
профессор, доктор медицинских наук
Б. С. Фролов

*С любовью и благодарностью. Посвящается Майклу Сиггсу
— большому английскому гуманисту, близкому Другу
страждущих России и тех, кто пытается им помочь в
хospисах Санкт-Петербурга*

Введение

Наша жизнь наполнена событиями, имеющими определенную периодичность. Солнце своими лучами будит нас к активности очередного дня. Его заход, мрак и темнота способствуют ночному отдыху — сну. Природа просыпается весной, будоражит нас великолепием красок и запахов и засыпает поздней осенью, к зиме, когда земля покрывается белым саваном снега. Мы знаем, что зимнее одеяние — всего лишь одна из форм земного бытия, которая сменится ярким весенним нарядом и все будет — вновь и вновь... Все... Нет, не все. Не будет весны для многих людей, закончивших свое земное существование.

Такие бывают закаты на свете,
Такие бывают весной вечера,
Что жалко мне всех, разминувшихся с этим,
И умерших ночью — вчера.

Ежегодно среди 10 000 пациентов общей врачебной практики в развитых странах Запада умирает в среднем 104 человека. В Санкт-Петербурге число не доживших до чуда очередного весеннего вечера составляет в среднем 170 человек на те же 10 000. Мы можем знать лишь одно: к этой весне мы остались живы. Повторится ли чудо встречи в следующем году, мы не знаем. Потому как смерть — всего лишь один из этапов жизни, необходимый и обязательный, срок которому нам не известен. Но это незнание побуждает нас день за днем творить радость общения с миром, жить день за днем.

Наше отношение к смерти, естественному состоянию, наступающему у каждого из живущих в индивидуально обусловленное время, случайно или закономерно, вряд ли может считаться адекватным. Что, особенно заметно в повседневной медицинской практике, где эта проблема игнорируется.

Об этом заставляет нас думать и современная медицинская литература, посвященная вопросам диагностики и лечения терминальных состояний (в онкологии, кардиологии, гематологии, нефрологии и других медицинских специальностях). Нам хотелось попытаться как-то восполнить этот пробел. И наша книга, тема которой, конечно же, не сама смерть, а подготовка к встрече с ней, — об умирании, которое длится все время течения терминального состояния, все то время, когда кажется, что срок уже определен и надо готовиться в дорогу, ничего не забыв здесь, где будет продолжаться жизнь, где будут жить и наши дети, и наши внуки, и правнуки, где будут каждую весну трескаться почки и раскрываться листья на посаженных нами деревьях, где будут жить сказанные нами слова и сотворенные дела, где будет жить память

Паллиативная терапия и радикальная медицина (сравнительный анализ)

Понятие паллиативной медицины появилось давно, однако ее границы до сих пор не имеют четкой очерченности, так как она базируется скорее на философских принципах. Сами же философские понятия достаточно сильно разнятся в своих трактовках, поэтому самым адекватным, пожалуй, будет объяснение термина, связанное с этимологией слова «паллио», что в переводе означает обволакивание, облегчение и, соответственно, компромиссный путь решения проблемы. Приблизительно к нашей теме, паллиативная медицина приходит тогда, когда болезнь невозможно вылечить. Теперь для пациента можно и нужно сделать во много раз больше, нежели в случае благоприятного прогноза течения болезни. Уместно напомнить известное выражение, под которым подписалось бы большинство профессиональных медиков: «Если ты не можешь вылечить, то хотя бы облегчи страдания больного, если не можешь облегчить, то раздели их...»

Итак, одной из основных задач паллиативной медицины является взятие под контроль симптомов болезни, что означает не излечение, а уменьшение или уничтожение субъективной остроты симптомов, сведение к минимуму страданий пациента. Вторым значимым моментом является организация ухода за больным. Широко известно, что самые блестящие операции не могут гарантировать выздоровления, если не организован правильный уход.

Третьим, ведущим и организующим принципом паллиативной медицины является создание качества жизни для пациента. В самом деле, когда возникает проблема качества жизни, как не в тот период, когда ее количественный потенциал становится зримо ограниченным. Таким образом, паллиативная медицина, основываясь на факторе времени жизни, становится адекватной не только по отношению к неизлечимым больным, но также и к пожилым людям, ибо старость является процессом, который сложно затормозить, а лечение ее не дает реальных гарантий успеха.

И, наверное, самым драматическим, хотя и не всегда легко вербализуемым аспектом паллиативной медицины является присутствие фактора смерти. Любая болезнь в конечном итоге угрожает нашему здоровью и собственно самой жизни.

С любых позиций наша психическая, духовная жизнь имеет приоритет перед биологическим существованием. Таким образом, забота о качестве жизни в предвидении приближающегося конца объясняет и попытки контроля над симптомами, и уход за пациентом как максимальное сохранение психической стабильности. Последняя же имеет определенные особенности. Взять хотя бы фактор времени. Известно, что каждый живет в своем времени и пространстве. Психологическое время с годами невероятно ускоряется. По мнению профессора Н. Козырева, чувство времени связано с запасом жизненной, психической энергии человека. Потому для ребенка, еще не растратившего своих запасов, день кажется огромным, а для взрослого он пролетает со скоростью часа по сравнению с детством. Угнетающее время ожидания смерти для неизлечимого больного может растягиваться и сжиматься в зависимости от обстоятельств. Психологическое пространство имеет также свои индивидуальные особенности. Человек, как общественное существо, состоит в многообразных взаимоотношениях с окружающими. И потому задача паллиативной медицины касается не только самого пациента, но и его семьи, близких друзей.

Итак, паллиативная медицина ориентирована не на одно лишь настоящее, но на психологическую реальность, где неразрывно слились и прошлое, и будущее, и настоящий миг.

Для большей ясности хотелось бы привести сравнительный анализ радикальной медицины, которой обучаются все медики, и паллиативной терапии, разработка которой еще не завершена.

Итак, попытаемся высветить позитивные и негативные стороны обоих направлений. Радикальная медицина ставит своей задачей во чтобы то ни стало вылечить больного или максимально продлить его жизнь. Смерть воспринимается как абсолютный враг, в исключительно негативных тонах. Жизнь на земле — единственная и самая большая ценность, никакая иная не может заменить ее ни на земле, ни на небесах. Соответственно этой установке знание болезни и умение ее лечить является высшей целью радикальной медицины.

Профилактика заболеваний становится гарантией успеха в борьбе с ними. Доступность радикальной медицины определяется ее гарантированной бесплатностью. Адекватность лечения оценивается фактором времени. Быстрота лечебного эффекта является важнейшим показателем качества лечения.

Конфиденциальность в лечении гарантируется законом. Тайна диагноза является неукоснительным принципом, который может быть применен во многих случаях и к самим пациентам, если речь идет о неизлечимости и смер-

тельном прогнозе. «Белая ложь» допустима в целях милосердия по отношению к безнадежному больному во избежание суицида. Стереотип культуры обслуживания пациента всегда должен следовать принципу оптимизма, который регламентируется медицинской деонтологией и фактически учит больного, как ему жить, как принимать испытания, как себя вести.

В сложившейся социально-бытовой ситуации вся ответственность за болезнь ложится на врача и медицинский персонал. Крайние ситуации суицида или отказа от помощи и лечения трактуются не как решение самого пациента, а как недосмотр врача. Адекватность волеизъявления пациента всегда оценивается путем психиатрического контроля.

Иерархия взаимоотношений и взаимодействий в медицинских учреждениях строится по принципам командной системы. Первое лицо, за все отвечающее, — это главный врач, за ним — начмед, заведующий отделением, лечащий врач, сестра, санитарка и, наконец, сам больной, на которого и направлены все заботы персонала. Процесс лечения строго регламентирован многочисленными приказами, руководствами, методическими письмами, что гарантирует соблюдение единого подхода к лечению, начиная от лечебно-диагностического режима, включая методы терапии, препараты, хирургическое вмешательство и т. д.

Кажущиеся стройность, строгость и научность системы заметно пошатнулись за последнее время, не выдержав испытаний постоянного дефицита бюджетных средств, смены идеологий, бюрократизации, создающей путаницу, произвола экономического кризиса. И в этих условиях не только высветились негативные черты радикальной медицины, но и то, что было в ней хорошего, извратилось до своей противоположности.

Обобщая проблемы, попробуем провести анализ негативных сторон существующей медицинской системы. Принцип радикальной медицины «Вылечить во что бы то ни стало» содержит в самом себе крайне уязвимую позицию.

Можно ли вылечить пациента на всю жизнь? И если да, то тогда он должен умирать здоровым?

Но если он умирает не по болезни, а идеально — по старости, то старость — это болезнь или нет?

Начав задавать подобные вопросы, мы рано или поздно зайдем в тупик.

Приходится признать, что когда-нибудь физическая жизнь человека приходит к концу, и это закономерность, принадлежащая самой жизни. Трудно даже представить последствия бесконечной физической жизни, если она будет протекать в тех же временных рамках — рождения, детства, зрелости и старости. Что произойдет с человечеством, если оно добьется массового бессмертия? Итак, рассмотрение смерти как абсолютно негативного явления неправомерно. Смерть так же естественна, как и рождение, и является неизбежным атрибутом жизни.

В ореоле тех атеистических убеждений, что превращают нашу жизнь в единственную ценность в мире, за пределами которого нет ничего равнозначного жизни, мы забываем о бессмертии человеческого духа. В самом деле, простейший вопрос, заданный уходящему человеку: «Самое ли страшное — ваша смерть?» — открывает целую сокровищницу иного смысла, который перечеркивает прямолинейную простоту ценностной шкалы радикальной медицины. «Страшнее моей смерти — смерть детей», «Потеря честного имени», «Утрата веры, любви» и, наконец, — «бессмысленность». Бессмысленность, бесцельность жизни страшнее смерти. Не в этом ли аспекте стоит посмотреть на ценностную шкалу медицины, где длительность жизни становится критерием эффективности лечения и ограничивает функции врача регламентом дней, а не их качеством.

При исследовании положения о «знании медиком болезни» и о «ее лечении» зачастую упускаются сложные психосоматические взаимоотношения в организме. В свете многих психологических исследований можно видеть, как безвыходность социальной, бытовой ситуации запускает механизм депрессии. Частым результатом последней бывает нежелание жить дальше. Эта установка, в свою очередь, резко снижает сопротивляемость организма, его иммунитет, а следом за этим спешат многочисленные болезни. В числе их, возможно, не последними являются и онкологические заболевания. Схема, несмотря на некоторую свою примитивность, не лишена основания. Сознательно каждый человек боится и не желает болезни, но подсознательное нежелание жить может запустить механизм болезни.

Профилактика болезни часто опирается на прививки. Но в свете тех страшных эпидемий наркомании, преступности, агрессивности общества, существуют ли «прививки от зла»? Кроме того, трудно говорить о «гарантиях» профилактики и лечения в условиях рыночных отношений, когда речь идет о выживании людей, когда лекарства и лечение становятся недоступными значительной части населения.

Проблема «быстрого лечения» изжила себя уже давно. Стандартизированные методы лечения, нацеленные на то, чтобы оборвать болезнь, нарушают нормальный ход развития иммунитета. Привнесение принципа «Пятилетка в четыре года» в медицину — крайне опасный эксперимент.

Конфиденциальность и тайна диагноза, как и регламентированный оптимизм, заставляющий врача и медсестру лгать пациенту о его заболевании и прогнозе, породили не только барьеры между медиками и больными. Сколько невротических реактивных состояний вроде канцерофобии и т. п. родилось в результате недостоверных контактов. Всем нам хорошо известно, что человек имеет право на свою жизнь. Однако если речь заходит о смерти, то этот вопрос чиновники присваивают себе или в лучшем случае делятся с родственниками, не спросив на то разрешения самого больного.

Парадоксальная установка ответственности врача за болезнь пациента выросла из авторитарной системы общества, где народ был ребенком на попечении гениального отца-лидера. Во всех государственных структурах повторялась эта модель взаимоотношений, но в медицине она выглядит крайне драматично. Беспомощность пациента, целиком полагающегося на медиков, блокирует его собственные установки на здоровье. В случаях бесперспективности лечения вину ощущают прежде всего врач и медсестра.

Наверное, нелепость иерархической модели в медицинском учреждении не нуждается в комментариях. Вместо семерых слуг пациент имеет семь начальников, которые определяют его режим, поведение, учат, что надо и чего не следует, — фактически распоряжаются его жизнью.

Так называемое единство подхода к больному, стереотип лечения и взаимоотношений часто нарушают психическое здоровье и в среде персонала. Проблема гуманнейшей из профессий подчас начинается с вопроса, «кто главнее» в лечении пациента, чья роль «значимее». Это напоминает спор шприца и иголки, или попытки определить, что ценнее в розе — цвет или запах? Иерархия истинных ценностей строится с позиции, что самым главным лицом в больнице является пациент, а тот, кто ближе к нему, тот, кому он доверяет, может занимать следующее место. Второй вопрос о единой системе нагрузок на врачей, сестер и санитарок разрешается с позиций совести и индивидуального подхода. Труд персонала не может оценить никто, кроме него самого, так как психологические перегрузки неизмеримы. Доверие, поддержка, взаимоуважение и выручка могли бы демократизировать взаимоотношения, этому есть прецеденты. Существование жесткого режима для пациента распространяется, к сожалению, и на персонал. Заложники одной системы, медики, закрепощая пациента, закрепощают и самих себя. Только свободное, по возможности независимое положение пациента по закону обратной связи может облегчить труд персонала.

Проводя анализ основных положений радикальной медицины, мы незаметно перешли к принципам паллиативной. Принципы паллиативной медицины уже давно используются в разных областях человеческой жизнедеятельности. Само понятие «паллиатив» означает косвенное решение вопроса, когда прямое оказывается недоступным. Как самостоятельное направление, паллиативная медицина оформилась не так давно. Этому событию предшествовало, во-первых, развитие реаниматологии в 50-60-х годах XX века. Появление тысяч больных, перенесших клиническую смерть и «припомнивших» опыт «посмертного существования», заставило общество переменить мнение о границах смерти. В обобщенном виде эти исследования опубликовал доктор Моуди в книгах «Жизнь после жизни» и «Жизнь после смерти» в 1966 г. Оказалось, что прекращение работы сердца и мозга еще не означало

самой смерти, а переживания самих пациентов, порой подтвержденные свидетелями, как будто указывали на перспективу иной жизни, вне физического тела. В то же время американская исследовательница Элизабет Кублер-Росс, работавшая с умирающими онкологическими больными, обобщила их проблемы и особо отметила, что в период угасания функций тела часто наблюдается духовный всплеск. В остающиеся для жизни дни душа растет с небывалой быстротой, меняя ценности и реализуя все свои потенциальные возможности, которые не были актуализированы.

Третьим фактором, предвавшим развитие паллиативной терапии, были работы Станислава Грофа, который пытался снять психические компоненты боли, каковыми являются тревога, страх, отчаяние. В своих экспериментах доктор Гроф использовал психотропные препараты ЛСД, а затем методы голотропного дыхания. Эти приемы вызвали особые состояния психики или измененное сознание, когда чувства и ожидания пациентов реализовывались через образы и видения. Как и у доктора Моуди, больные отмечали изменения пространства и времени и ощущали свое «Я» независимым от физического тела. Происходила своеобразная репетиция смерти, в которой ее реальность ставилась под сомнение.

Все эти открытия, даже подвергнутые критическим нападкам, посеяли в обществе интерес к проблемам смерти, и в первую очередь к умиранию.

Тогда-то в рамках паллиативной медицины и зародился комплексный подход к проблемам умирающих, поскольку неизбежность ухода каждого требовала участия всех. Среди великого множества рецептов жизни не оказалось современной, хорошо разработанной модели смерти. Что же касается старых культур, которые оставили нам плоды изысканий древних цивилизаций, такие как Египетская, Тибетская, Индийская «Книга Мертвых», то вульгарно-материалистическая направленность науки давно отбросила их вместе с мистико-религиозным европейским наследием. В настоящее время в рамках паллиативной медицины благодаря усилиям самых разных специалистов происходит формирование «модели смерти», которая легла бы в основу практической работы с терминальными больными и включала в себя медицинский, социальный, психологический и духовный аспекты работы с умирающими пациентами.

Прежде чем рассмотреть основные принципы паллиативной медицины, хотелось бы подчеркнуть, что критический обзор «радикальной медицины» отнюдь не ставит нас в позицию выбора между этими двумя моделями. Каждая из них имеет и должна иметь право на существование. Вопрос только в их очередности. Радикальная медицина нацелена на излечение болезни и использует все средства, имеющиеся в ее распоряжении, пока есть хоть малейшая надежда на выздоровление. Паллиативная медицина приходит на смену

радикальной с того момента, когда все средства использованы, эффекта нет и перед больным возникает перспектива смерти.

Итак, основополагающим принципом паллиативной медицины является признание естественности смерти. Процесс смерти имеет самые непосредственные аналогии с процессом рождения. Некоторые акушеры свидетельствуют о значимости в развитии плода третьего, девятого и сорокового дня, когда закладываются экто-, эндо- и мезодерма. Религиозные традиции поминания умершего также акцентируются на этих днях. Уход души из тела путем спиралеобразного движения, с «проходом через туннель», в конце которого «сияет свет», имеет аналогии с процессом родов. Существует мнение, что как человек рождается, так и умирает: тяжелые роды — долгая смерть и наоборот. Дети повторяют сюжет жизни и смерти своих родителей и т. д. Конечно, эти мнения часто не обладают критерием строгой научности. Однако можно опираться на один из материалистических, а стало быть ранее научных, доводов в том, что «случайность есть проявление закономерности». Фактически в мире нет ничего случайного. Соответственно, и «ненаучные» данные — не случайны и имеют свою закономерность, отражая, может быть, не всю полноту истины, однако немалую ее часть.

Второй постулат паллиативной медицины довольно трудно усваивается медиками, воспитанными в традициях радикальной медицины. Звучит он так: процесс родов наиболее благоприятен для ребенка и матери, если он протекает естественно, соответственно биологическим ритмам обоих, когда в него не вмешиваются извне. Точно такое же отношение переносится в паллиативной медицине и на процесс человеческого умирания. Если запущена программа смерти, то недопустимо тормозить умирание или стимулировать, ускорять его. Именно здесь особенно важна забота врача о душе пациента, которая предполагает помощь больному в том, чтобы выстоять перед лицом фатально неизбежных страданий. И конечно, речь идет, прежде всего, о формировании способности принять и вынести страдания.

И снова мы апеллируем к фактору времени. Полагая правильным, что для созревания плода оптимальным сроком являются девять месяцев, мы должны признать, что, поскольку смерть тоже является естественным процессом, и она требует определенного времени для своего созревания. Этот момент доверия к природе достаточно важен вне зависимости от наших убеждений — существует ли «иной мир» за пределами нашего сознания или нет. Смеем напомнить, что окончательный ответ на этот вопрос нам, живущим, в отличие от умерших, еще не дан.

В определенном смысле, согласясь с неминуемостью скорой смерти пациента, мы должны поставить проблему качества его оставшейся жизни. Решать этот вопрос без самого пациента было бы неразумно, поэтому проводилось и

продолжает проводиться индивидуальное обследование и опрос больных с целью выявления желаемых условий для создания оптимального для каждого большого качества жизни.

Забота о пациенте осуществляется комплексно, с точки зрения четырех аспектов помощи: медицинской, психологической, социальной и духовной. Можно сказать, что создание качества жизни должно помочь больному «созреть» для смерти, проходя различные стадии психических переживаний, вплоть до так называемой стадии принятия судьбы.

Особое отношение к смерти диктует следующее положение паллиативной медицины. Необходимость полного контакта между врачом, сестрой и пациентом требует совершенного доверия и, конечно же, искренности и честности. Вопрос о том, говорить ли правду о диагнозе и прогнозе заболевания, решается однозначно и индивидуально. Если больной хочет знать правду, ему обязаны ее сообщить. Проблема заключается в выборе психологических методов, которые позволили бы сказать пациенту правду, не сломав его психику. Важно также не навязывать больному своих представлений о болезни и смерти и по возможности защитить его от прессинга со стороны родственников. Служение прежде всего самому больному, а не тем, кого он не уполномочивал быть своими представителями, должно быть приоритетным во всех спорных вопросах.

Специфика паллиативной медицины, декларирующая в первую очередь интересы пациента, исходит из древней традиции, когда осужденному на смерть давалось право высказать свое последнее желание. Естественность такого подхода самоочевидна, но это накладывает особый отпечаток на условия содержания пациента: как на режим, так и на его обслуживание. Во-первых, право пациента либо находиться, либо не находиться в хосписе поддерживается имеющейся у него возможностью в любой момент посетить свой дом без выписки. Во-вторых, возможность для родственников находиться рядом с больным столько, сколько нужно и той и другой стороне. В-третьих, каким бы оригинальным ни казалось то или иное желание пациента, однако по мере возможности оно выполняется, если это может как-то облегчить ситуацию больного, его переживания.

Хотелось бы отметить близость паллиативной медицины к позициям семейной медицины. Так же как радикальная медицина декларирует принцип лечения не отдельного органа, а всего организма, паллиативная медицина ориентирована на поддержку не одного лишь пациента, а всей семьи.

Самым большим испытанием для пациента является его страх перед стремительным и неотвратимым завершением жизни. Одним из способов его развенчания служит прием конкретизации страха: что именно страшит в смерти

и почему? Нередко это переводит проблему в область философских понятий «времени» и «пространства»: безвозвратно утекающее время и бесследное исчезновение себя в пространстве. Однако даже атеистический тупик порождает альтернативу выхода.

Одним из аспектов времени является возможность переживать его не как череду сменяющих друг друга событий, но как внутреннее состояние, мгновение, связанное лишь с настоящим. Ни прошлого, ни будущего, ни сравнений, ни необходимости выбора — лишь реальность чувств человека, осознающего и отражающего мир. И тогда, как говорили эпикурейцы, бояться смерти — бессмысленно, так как, пока ты есть, нет смерти, когда приходит смерть, нет тебя.

Проблема девальвации человеческой жизни пространством решается благодаря закону сохранения материи и энергии, перенесенному с физических процессов на психические. Таким образом, когда происходит идентификация своего «Я» не с телом, а с чем-то, что отличает живую материю от мертвой, может быть решен вопрос о бессмертии человеческого Духа.

Однако необходимо отметить, что врачи паллиативной медицины не учат жизни, как и не имеют рецепта правильного или хорошего умирания. Принцип гуманности в своей терапевтической позиции обязывает исходить из того, во что верит больной. Не навязывание своих представлений, убеждений, верований — это уважение к свободе каждого человека быть таким, каков он есть. К тому же идеологическое давление на больного в том бессимптомном состоянии, в котором он находится, попросту нечестно. Зависимость от персонала может склонить его к принятию чуждой точки зрения, без внутреннего, осознанного на то согласия. В контексте уважения к личности больного выступает и вопрос ответственности. Как бы ни хотелось пациенту переложить ответственность за прожитую жизнь на кого-то другого, ответственность за болезнь взвалить на врачей, ему приходится считаться с позицией паллиативной медицины, которая предлагает ему даже если и не рассматривать вопрос о личном участии в своей судьбе, то, во всяком случае, взять ответственность за свою жизнь на себя.

Медикаментозный, активный, «агрессивный» подход к ведению больных, принятый в радикальной медицине, уступает иной тенденции. Исходить в решениях из природы. Отдавать после купирования боли приоритет духовным вопросам. Попытаться обеспечить максимальную сохранность пациента до самого его конца с возможно более полным удовлетворением его потребностей. Содействовать росту его души, исходя из вечности его существования.

Комплексный подход к нуждам пациента ставит паллиативную медицину в разряд не просто прикладной науки, но скорее превращает ее в практическую философию. Обретение смысла жизни, хотя и в момент потери самой

жизни, относится к драгоценному обретению души человеческой. Обретение духовных ценностей придает осмысленность даже преждевременной смерти. К ценности созидания, творчества присоединяется ценность переживания красоты, добра, любви. Мы отлично осознаем трудность перехода с активной позиции на сохраняющую. Годами мы привыкали к борьбе за жизнь пациента до последнего вздоха. Но насколько гуманен этот подход по отношению к умирающему? Насколько наши усилия не превращают его жизнь в затянувшуюся агонию? Качество жизни — это принцип, позволяющий перевести бессмысленность последней борьбы в достойный уход из жизни, который не остается в памяти родных страшным апогеем отчаяния и страдания, но спокойным и величавым уходом человеческой души из тела.

Терминальные состояния (определение с медицинской точки зрения)*

Паллиативная медицина обращена, прежде всего, к проблемам неизлечимого, терминального больного. Однако само понятие терминального периода, его признаки и сроки наступления могут быть очень относительными. Мы могли бы привести примеры, когда люди поступали в онкологический стационар и даже хоспис с ошибочным диагнозом. Они психологически перенесли все перипетии своего состояния, и этот стресс вызвал глубокие изменения в их личности и отношении к жизни. Есть и трагические исходы подобных состояний, свидетельствующие о роли психики в жизни людей.

Несмотря на сложность и неоднозначность вопроса, мы хотим привести определение терминального состояния человека с медицинской точки зрения, хотя не лишнее ограничение, так как строится оно с позиций реаниматологии и служит целям проведения показанных реанимационных мероприятий. В Большой медицинской энциклопедии терминальные состояния определяются как пограничные между жизнью и смертью, как умирание, представляющее собой комплекс нарушений гомеостаза и функций основных систем жизнеобеспечения (кровообращения и дыхания), которые собственными силами организма, без специальной медицинской помощи, не могут быть компенсированы и неизбежно приводят к смерти.

В практической работе врачу чаще приходится встречаться с иными вариантами терминальных состояний, которые являются конечными фазами хронически текущих заболеваний и занимают довольно длительное время. Такие состояния могут быть определены как те фазы хронических заболеваний человека, при которых развивается неумолимо прогрессирующее расстройство основных жизненных функций, непреодолимое имеющимися в распоряжении врача средствами и неизбежно приводящее к нарастанию субъективно тягостных ощущений и страданий, а далее — к гибели больного. Подобные состояния возника-

*Глава написана при участии доктора медицинских наук, профессора Ю. М. Губачева.

ют в результате истощения ресурсов адапционно-компенсаторных реакций организма, знаменуя собой действие цепной реакции прогрессирующего распада тканей, приводящей к дезинтеграции системных механизмов регуляции и умиранию.

Примером таких состояний могут быть клинические ситуации, возникающие при рефракторной сердечной недостаточности. Вне зависимости от характера первичной кардиальной патологии (клапанный дефект, констриктивная или дилатационная кардиомиопатия, ишемические варианты патологии миокарда и др.), несостоятельными оказываются внекардиальные механизмы компенсации недостаточности сердечного выброса, недействующими и приводящими к дополнительным осложнениям оказываются методы консервативной терапии. Развивается состояние марантического кровообращения, проявляющегося стазированием периферического кровотока, внутрисосудистым свертыванием крови и прогрессирующей гибелью тканей в результате гипоксии. В финале рефракторной сердечной недостаточности могут выйти на первый план явления цитолиза гепатоцитов, признаки кардиогенной энцефалопатии, прогрессирующих тромбозов, а также застойные пневмонии.

Иной будет клиническая картина умирания при терминальной почечной или печеночной недостаточности, финальной, необратимой стадии алиментарной дистрофии или иных первичных нарушений метаболизма, а также тяжелой интоксикации при персистирующих очагах инфекционного поражения различного происхождения и локализаций (СПИД, финальные стадии туберкулеза, сифилиса и других инфекций).

Определение пессимистического прогноза при каждой из перечисленных форм патологии, конечно же, потребует участия специалистов (нефрологов, гепатологов, фтизиатров, венерологов и др.), которые определяют возможности проведения гемодиализа, применения антибиотиков, трансплантации органов, заместительной терапии или хирургического вмешательства. Только невозможность проведения специальных лечебных мероприятий определяет оправданность диагностики терминального состояния, имеющего конкретную природу и специфические черты при каждой из перечисленных форм заболеваний.

Различными будут первичные метаболические расстройства при уремии, гипераммониемии в условиях развития портальной системной энцефалопатии, а также при иных первичных вариантах хронических заболеваний. Однако ко времени развития терминального состояния клиническая картина заболевания складывается из вторично возникающих нарушений функции мозга, обусловленных его органическими изменениями, а также прогрессирующей недостаточности кровообращения, дыхания и пищеварения, тромбозоморрагического синдрома и других расстройств, демонстрирующих тотальность нарушений деятельности всего организма.

Всеобщий характер расстройств предопределяет несостоятельность направленных на определенные звенья патогенеза лечебных воздействий. Это качество можно считать решающим в диагностике терминальных состояний.

Несколько иной будет динамика клинических проявлений терминального состояния при первичности мозгового дефекта различного происхождения (результат повторных нарушений мозгового кровообращения, травмы мозга, опухоли мозга, финал болезней Альцгеймера и Пика, сенильной деменции).

С наибольшей яркостью подобный синдром разворачивается при смерти мозга с персистирующим вегетативным состоянием (ПВС). Клиническая картина характеризуется устойчивым и полным исключением всех функций центральной нервной системы. При этом отсутствует сознание и собственное дыхание, исчезают все двигательные реакции на внешние раздражения, сухожильные, периостальные и кожные рефлексy, развивается атония мускулатуры, отсутствует реакция зрачков на сильный прямой свет.

Вследствие совершенствования средств интенсивной терапии (искусственной вентиляции легких, методов искусственного кровообращения, парентерального питания) и лечения инфекционных заболеваний у лиц с тяжелыми повреждениями мозга, число лиц, находящихся в ПВС, заметно возрастает. В связи с тем, что врачам все чаще приходится принимать болезненные решения о моменте прекращения дорогостоящего искусственного жизнеобеспечения, на 41-й Всемирной Медицинской Ассамблее в Гонконге (сентябрь 1989 года) было принято «Заявление о ПВС».

В этом «Заявлении» дается определение ПВС и рекомендации в отношении врачебного поведения.

«Патологическая утрата сознания может сопровождать различные повреждения мозга, включая недостаток питания, отравления, нарушения мозгового кровообращения, инфекции, физические повреждения или дегенеративные заболевания. Из комы — острой потери сознания, похожей на сон, но когда больного нельзя разбудить — можно выйти с различной глубиной неврологического дефекта. При тяжелых повреждениях полушарий головного мозга обычен исход в вегетативное состояние, при котором пациент периодически засыпает и просыпается, однако его сознание не восстанавливается. Вегетативное состояние может быть как исходом комы, так и развиваться исподволь, в результате прогрессирования неврологических нарушений, например, в ходе болезни Альцгеймера. Если вегетативное состояние длится несколько недель, говорят о ПВС, поскольку тело сохраняет вегетативные функции, необходимые для поддержания жизни. При адекватном питании и уходе, лица в ПВС

¹ В кн.: Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы / Ред. В. Н. Уранов, ПАИМС. Москва, 1995. С. 53—54.

могут существовать годами, но вероятность выхода из него тем меньше, чем больше времени прошло с момента его возникновения.

Если квалифицированные клиницисты установили, что пациент проснулся, но находится в бессознательном состоянии, то прогноз восстановления сознания определяется степенью повреждения мозга и длительностью комы. Лица в возрасте до 35 лет после черепно-мозговой травмы и некоторые больные после внутримозгового кровоизлияния могут восстанавливаться очень медленно; пробы в ПВС от одного до трех месяцев, некоторые из них частично реабилитируются через полгода после острого эпизода.

Как правило, шансы восстановления по истечении трех месяцев ПВС крайне низки, хотя известны и исключения, в части которых речь идет, видимо, о нераспознанном переходе в состояние сурдомутизма вскоре после выхода из комы. Впрочем, в любом случае они не могут жить без постоянной квалифицированной медицинской поддержки.

За редким исключением, если больной не пришел в сознание в течение шести месяцев, шансов на восстановление крайне мало, вне зависимости от природы повреждения мозга. Поэтому гарантированным критерием необходимости поддержания «жизни» при ПВС можно считать 12 месяцев бессознательного состояния, а для лиц после 50 лет восстановление практически невозможно и через 6 месяцев.

Риск прогностической ошибки приведенного критерия практически отсутствует, что позволяет основывать на нем врачебное решение о прекращении жизнеподдерживающего лечения лица, находящегося в ПВС. Если семья пациента поднимет вопрос об отключении систем жизнеобеспечения до рекомендуемого срока, последнее слово должно остаться за врачом, которому придется учесть местные юридические и этические нормы».

Практически в «Заявлении» Всемирной медицинской ассамблеи впервые дано обоснование завершения поддерживающих надежду на будущую жизнь медицинских мероприятий в условиях отсутствия на нее перспективы, потому как ПВС не может быть определено в понятиях жизни человека. Жизнь отдельных тканей, биологическая жизнь в условиях ПВС — это «пробирочное» существование клеток (культуры тканей), по отношению к которому может быть принято квалифицированное врачебное решение о его завершении.

Принятие подобных регламентирующих врачебное поведение решений имеет большую важность, поскольку позволяет определиться в выборе нравственно оправданных мер лечения или отказе от него. Заявление представляет собой и пример того, как следует подходить к прогнозированию течения заболеваний и их исходов. Прогностика является необходимым инструментом,

организуя медицинское поведение при терминальных состояниях, которые воспринимаются нами как прогностически неблагоприятные, хотя вероятностный характер прогноза (его далекая от 100% точность) зависит от множества факторов, способных повлиять на развитие прогнозируемого процесса.

Насколько верной является эта установка, демонстрирует пример терминальных состояний, обусловленных опухолевым процессом.

Симптомы злокачественных новообразований имеют различное происхождение и разную степень значимости для прогнозирования их течения.

Природа онкогенных расстройств здоровья человека

I. Действие массы опухоли

- А.** Редукция органа за счет чрезмерного новообразования или инвазии опухоли в окружающую ткань
- Б.** Сдавление сосудов, полых органов, протоков
- В.** Разрушение кровеносных сосудов

II. Опосредованное воздействие (паранеопластические синдромы)

- А.** Эктопическая продукция гормонов
- Б.** Невропатии и нарушения со стороны ЦНС
- В.** Кожные проявления
- Г.** Расстройства метаболизма
Анорексия, потеря веса
Лихорадка Хроническое
воспаление
- Д.** Гематологические нарушения
- Е.** Подавление иммунитета
- Ж.** Поражения сосудов коллагеновой природы

III. Психосоциальные воздействия

- А.** Утрата контроля (самоконтроля)
- Б.** Формирование представления, мнения о конечности своего существования
- В.** Страх боли и увечья
- Г.** Самоизоляция и чувство одиночества

Из таблицы следует, что симптомы заболевания, на основе которых строится первичное представление относительно его прогноза, формируется тремя группами факторов.

Первичное представление (впечатление) становится основанием для проведения направленного обследования, которое может включать в свою систему и хирургическое вмешательство. А далее необходимо построение заключительного диагноза, определение показаний для дальнейшего лечения, а также прогностическое суждение.

Врач проходит через фазу определения анатомической стадии процесса.

TNM — система анатомического определения стадии опухолевого процесса

T:	первичная опухоль
T ^o	первичная опухоль не обнаружена
T ¹⁻⁴	нарастающие степени увеличения размеров и распространенности опухоли
N:	регионарные лимфатические узлы
N ⁰	нет данных о поражении лимфатических узлов
N ¹⁻⁴	нарастание степени вовлечения лимфатических узлов
M:	отдаленные метастазы
M ^o	нет данных о наличии метастазов
M ¹⁻⁴	нарастающие степени развития метастазов

По отношению к опухоли легкого стадийность основывается на полученных в результате обследования данных.

**Классификация опухолей (Т), состояние лимфоузлов (N),
наличие метастазов (M) и стадийность развития рака легкого**

Скрытый рак	T _x	N ₀	M ₀
Стадия Ia	T ¹ T ²	N ₀	M ₀
Стадия Ib	T ¹	N ¹	M ₀
Стадия II	T ²	N ¹	M ₀
Стадия III	T ³	N ⁰ , N ¹	M ₀
	Любая степень T	N ²	M ₀
Стадия IV	Любая степень T	Любая степень N	M ¹

Для больных с I и II стадиями заболевания хирургическое лечение является методом выбора. Объем хирургического вмешательства зависит от распространенности процесса, обозначенной символами T и N.

Исечение всей опухоли обеспечивает послеоперационную выживаемость в течение 5 лет у 50% больных I стадии и 15% — II стадии распространенности рака.

Вслед за формированием предварительного ориентировочного прогноза на жизнь следует определиться в более точном статистически обоснованном прогнозе, который по отношению к опухоли легкого может включать оценки дееспособности по шкале Карновского и ее модификации, разработанной Восточной объединенной онкологической группой (ВООГ). В следующей таблице дается характеристика длительности средней продолжительности выживаемости, в том числе длительности терминального состояния (3-й и 4-й степени дееспособности по ВООГ) — в зависимости от исходно определяемой степени дееспособности больных.

Влияние степени дееспособности до начала лечения на длительность выживания больных неоперабельным раком легкого*

Шкала степени дееспособности		Характеристика дееспособности	Средняя длительность выживания в неделях	Больных в группе (в %) к общему числу наблюдаемых больных
ВООГ Карновского				
0	100	Бессимптомная форма, нормальная активность	34	2
1	80-90	Симптоматическая форма, но больной амбулаторный	24-27	32
2	60-70	Симптоматическая форма, в постели больной проводит менее половины дневного времени, нуждается в минимальном	14-21	40
3	40-50	Симптоматическая форма, в постели больной проводит более половины дневного времени, требует существенного ухода	7-9	22
4	20-30	Полный постельный режим больной почти беспомощен	3-5	5

Развитие болезни регистрировали у 5022 мужчин, больных неоперабельным раком легкого всех гистологических форм, вошедших в протоколы UA Lung Group в течение 1968—1978 г. г.

Однако если представлять, что значимые для больного симптомы (особенно боль, связанная с действием массы опухоли или ее метастазов, а также реактивные психические расстройства) могут возникать и на более ранних стадиях опухолевого процесса, что для иных локализаций рака более характерно, то нетрудно вычислить значительно более длительные сроки течения онкогенных терминальных состояний.

Итак, терминальные состояния являются предметом особо тягостной работы врача и имеют различное происхождение, клиническую картину, но и объединяющие их особенности:

- тотальность расстройств деятельности систем организма, обеспечивающих существование;
- прогрессирующий характер нарушений деятельности организма;
- статистически достоверный пессимистический прогноз;
- нарушение интегративной функции центральной нервной системы.

Исходя из анализа ведущих причин смерти, можно предположить, что у участкового врача, имеющего около 2000 пациентов в течение года, будут больные в терминальном состоянии. 6-8 человек закончат свою жизнь в результате тяжелого течения ишемической болезни сердца. Из них большую часть будут составлять лица с остро развившимися осложнениями основного заболевания и лишь 1-2 человека — в солидном возрасте, которые при сопутствующих заболеваниях составят группу терминальных больных. 4-5 больных погибнут от злокачественных новообразований, и среди них будет 2-3 человека с длительным и мучительным финалом заболевания. 2-3 человека завершат свой жизненный путь в результате нарастания тяжести расстройств мозгового кровообращения.

Таким образом, всегда среди пациентов практикующего врача есть 1-2 человека, которые требуют от него постоянного напряжения духовных сил в связи с необходимостью решать новые и новые проблемы, возникающие в процессе прогрессирования расстройств, связанных с терминальным состоянием.

В круге первом ответственности, которую принимает на себя лечащий врач, находится решение основных проблем, связанных с информацией о варианте заболевания и его прогнозе, а также принятие решений о характере и интенсивности применяемых мер паллиативной терапии. Ему же необходимо решать вопросы, связанные с осложнениями, возникающими при приеме опио-идных анальгетиков.

Все эти мероприятия намечаются после консультаций со специалистами, наблюдающими больного в связи с его основным заболеванием (кардиолога, нефролога, гепатолога, онколога и др.).

В своем поведении лечащий врач полагается на Венецианскую декларацию о терминальном состоянии, принятую на 35-й Всемирной медицинской ассамблее в октябре 1983 года.

Мы приводим текст этой Декларации полностью по сборнику официальных документов Ассоциации врачей России (1995).

1. В процессе лечения врач обязан, если это возможно, облегчить страдания пациента, всегда руководствуясь его интересами.

2. Исключения из приведенного выше принципа (п. 1) не допускаются даже в случае неизлечимых заболеваний и уродств.

3. Исключениями из приведенного выше принципа (п. 1) не считаются следующие случаи:

3.1. Врач не продлевает мучения умирающего, прекращая по его просьбе, а если больной без сознания — по просьбе его родственников, лечение, способное лишь отсрочить наступление неизбежного конца.

Отказ от лечения не освобождает врача от обязанности помочь умирающему, назначив лекарства, облегчающие страдания.

3.2. Врач должен воздерживаться от применения нестандартных способов терапии, которые, по его мнению, не окажут реальной пользы больному.

3.3. Врач может искусственно поддерживать жизненные функции умершего с целью сохранения органов для трансплантации, при условии, что законы страны не запрещают этого, есть согласие, данное до наступления терминального состояния самим больным либо после констатации факта смерти его законным представителем и смерть констатирована врачом, прямо не связанным ни с лечением умершего, ни с лечением потенциального реципиента. Врачи, оказывающие помощь умирающему, не должны зависеть ни от потенциального реципиента, ни от лечащих его врачей.

Ситуация болезни, опасной для жизни пациента

Психогенные или ситуативные реакции на неблагоприятный диагноз и их связь с личностными особенностями больного

Для того чтобы понять больного и иметь полную картину динамики его переживаний, мы должны вернуться к начальным этапам болезни, к моменту первого стресса, вызвавшего психогенные реакции, еще не столь отягощенные соматическими факторами. Для начала дадим характеристику больных, обследованных нами на первых этапах лечения.

Наша научная работа первоначально проводилась на базе НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова, где было проанализировано 212 первично поступавших в онкостационар больных.

У 120 пациентов при поступлении ставился диагноз рака прямой кишки, у 92 — подозревался рак желудка. В дальнейшем у 8 больных (6,6%) из числа лиц с подозрением на злокачественную опухоль прямой кишки диагноз не подтвердился. В группе с заболеванием желудка диагноз рака в 21 случае (23,9%) не подтвердился. Таким образом была получена контрольная группа из 29 больных с незлокачественными заболеваниями, такими, как язва, полип и другие.

Возраст изучавшихся больных колебался от 30 до 80 лет. Из них от 30 до 50 лет было 50 больных, от 50 до 70 лет — 146, от 71 до 80 и старше — 7.

Среди больных насчитывалось 56 мужчин и 64 женщины с заболеванием желудка; 57 больных (31,6%) имели начальное образование, 63 (29,7%) — среднее и 82 (38,6%) — высшее.

Оперативному вмешательству из общего числа 212 больных было подвергнуто 195 человек. Летальный исход отмечался в 21 случае.

**По стадиям заболеваемости больные распределялись
следующим образом:**

Стадии заболевания	Рак прямой кишки		Рак желудка	
	Число больных,	%	Число больных,	%
Все стадии	112	100,0	71	100,0
в том числе				
I	4	3,6	5	7,1
IIa	17	15,2	5	7,1
IIб	4	3,6	2	2,8
IIIa	33	29,5	15	21,1
IIIб	33	29,5	17	23,9
IV	21	18,7	27	38,0

У 83% больных в анамнезе в период от 1 года до 2-х лет, предшествующих заболеванию, были выявлены те или иные серьезные психические травмы. Хотелось бы подчеркнуть одну немаловажную деталь: у 21% больных таким стрессорирующим фактором явилась смерть родственников, в 14% — смерть от онкологического заболевания.

Заканчивая характеристику обследованных больных, следует уточнить, что, хотя мы описывали в основном больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, параллельно нам приходилось вести не меньшее количество больных с другими локализациями, и особой разницы в характере психогенных реакций не отмечалось, разве что в содержании высказываемых жалоб. На первом диагностико-поликлиническом этапе, когда онкологическое заболевание у большинства пациентов было выявлено случайно и не влияло на общее самочувствие, мы могли игнорировать соматогенный фактор, который развивается при далеко зашедшем опухолевом процессе, нарушает функции организма и ведет к развитию интоксикации. Таким образом, психические изменения у больных можно было отнести к относительно чистым психогенным реакциям.

По *степени выраженности* мы выделили 3 степени реагирования.

Легкая степень характеризовалась отдельными, нередко выраженными расстройствами, которые можно было расценить как адекватную форму психо-

генных реакций, приближающихся к невротическому уровню и в большинстве случаев легко купируемую врачом или даже самими больными.

Средняя степень выраженности психогенных реакций характеризовалась расстройствами, которые по своей интенсивности занимали промежуточное положение.

Тяжелая степень — это степень, при которой сила переживаний достигала уровня невротической, а подчас и психотической симптоматики, требуя вмешательства врача-психиатра.

Чтобы как-то схематизировать наблюдаемую нами картину болезни, мы приняли за основу те этиологические факторы, которые преобладали на том или ином временном отрезке пути больного. Таким образом выявилось несколько естественных этапов с присущими им клиническими особенностями: 1) диагностический, 2) этап поступления в стационар, 3) предоперационный, 4) постоперационный, 5) этап выписки, 6) катамнестический этап.

Диагностический этап, пожалуй, один из важнейших по выраженности реакций и по возможности определять их дальнейшую динамику. На этом этапе, условно обозначенном диагностическим, больной впервые сталкивается непосредственно с фактом подозрения или наличия у него онкологического заболевания и необходимостью дать согласие на стационарное обследование и операцию. Независимо от локализации и стадии основного онкологического процесса, возраста, пола, образования, мы могли фиксировать наличие у больных эмоционального напряжения, которое формировало психогенные реакции. Мы наблюдали динамику психогенных реакций, которые можно было классифицировать по 10 основным типам: тревожно-депрессивный синдром, тревожно-ипохондрический, астено-депрессивный, астено-ипохондрический, обсессивно-фобический, эйфорический, дисфорический, апатический, параноидный, деперсонализационно-дереализационный синдромы. Их частота и интенсивность менялись на различных этапах пребывания в клинике и вне ее.

В первые три периода (диагностический, поступление в стационар, предоперационный) наиболее часто наблюдался *тревожно-депрессивный синдром*, проявляющийся общим беспокойством, страхом перед «безнадежным» заболеванием, угнетенностью, мыслями о бесперспективности, близкой смерти, мучительном конце. Следует отметить, что в клинической картине стеничных в преморбиде личностей чаще превалировала тревога, у астенических — депрессивная симптоматика. На диагностическом этапе тревожно-депрессивный синдром фиксировался в 120 случаях (56,6%), и у 100 больных мы смогли отметить появление суицидных мыслей. На это следует обратить особое внимание, так как, по нашим наблюдениям уже на другом материале (50 онкологических больных, отказавшихся от операции), можно утверждать, что это явление достаточно серьезное. 4 больных из 7, среди которых преобладали

лица с медицинской профессией или близкие к медицине, покончили жизнь самоубийством. Характерна посмертная записка одного доктора, оставленная брату: «У меня обнаружен рак. Будь внимателен. Наша генетика оказалась не столь качественной к онкологии. Я ухожу в здравом рассудке. Не хочу ничего. Твой Борис».

Опять же хотелось бы подчеркнуть, что у людей, отказавшихся от операции, после того как они осознали свой онкологический диагноз, последствия калечащей операции, инвалидность, отсутствие гарантий рецидива, — отказ от лечения можно трактовать как «пассивный суицид».

К сожалению, к вышеуказанным факторам в наше время присоединился еще один — экономический. Дороговизна лечения в престижном заведении, которому можно доверять, многим оказалась не по карману.

Тревожно-депрессивный синдром был преобладающим среди других и на этапе «поступления в клинику»: 96 случаев (45,2%) и в предоперационном периоде 102 случая (52,3%).

При поступлении больной адаптировался к новым условиям. Терялась связь с привычным образом жизни, происходил контакт с другими онкобольными, обмен информацией, среди которой негативная (смерть во время или после операции) имела особо тяжелый характер, внутренняя картина болезни (по Лурия) у самого больного, зачастую искаженная слухами, представлениями о «заразности рака» и т. д., способствовала переживанию экстремальной ситуации. И когда больные в результате обстоятельств вдруг становились свидетелями смерти соседа по отделению или палате, реакция следовала незамедлительно. Больные нередко отказывались от дальнейших обследований, подготовки к операции и требовали выписки.

В предоперационном периоде наиболее серьезным травмирующим фактором являлось ожидание самой операции. Вполне реальный риск непредвиденного летального исхода, страх «наркоза», страх «не проснуться» и т. д. ставили больного также в особую экстремальную ситуацию. В этом периоде несомненная важность психотерапевтической работы становилась особенно наглядной. Как известно, позиция больного, определяемая, задаваемая ему медицинским персоналом, заключается в том, чтобы «держаться, стиснув зубы». И большинство пациентов так и ведут себя, особенно мужчины. Держат себя в руках, не давая выплеснуться своему эмоциональному напряжению. В результате у некоторых больных, взятых на операцию, еще до начала ее вдруг обнаруживается то остановка сердца, то нарушение мозгового кровообращения, вызванные не чем иным, как эмоциональной перегрузкой. Казалось бы, так называемые естественные издержки осложнений, сопутствующие тяжелому заболеванию и операции. Но своевременная диагностика психогенных реакций, которые обычно подавляются и скрываются больными, может существенно

изменить исход. Причем порой от врача не требуется особых усилий в психотерапевтическом плане: достаточно дать больному высказать свои опасения, позволить «выплеснуться» чувствам, и даже выплакаться на плече врача, медсестры или близкого родственника. Совершенно очевидно, профилактика — элементарная, всецело зависящая от позиции людей, окружающих больного. Последняя, к сожалению, не всегда располагает к откровениям. Поразительно живучая идеология агрессивности, долгие годы навязываемая нам «сверху» («Не надо ждать милости от природы» и т. п.), по сей день калечит жизнь больных и врачей. Тогда как природа, в первую очередь наша собственная, требует доверия и естественности, а не «ценных указаний», зовущих к борьбе.

Завершая обсуждение тревожно-депрессивного синдрома, можно обьяснить его частоту тем, что каждый последующий этап болезни (лечения) переживается больным как экстремальная ситуация. В этом — неспецифичность и универсальность тревожно-депрессивного синдрома. Страх, тревога и депрессия выступают первыми при угрозе жизни и часто нивелируют особенности реакций, присущих различным типам индивидуумов. В прямой зависимости от наличия или отсутствия у пациента тревожно-депрессивного синдрома (в том числе от степени его выраженности) находится и степень тяжести психогенных реакций. Так, из 120 случаев тревожно-депрессивного синдрома на поликлиническом этапе лишь в 11 случаях (9,1%) можно было фиксировать легкую степень выраженности психогенных расстройств. В 109 случаях отмечалась тяжелая и средняя степень нарушений. На этапе «поступления в клинику» из 96 случаев тревожно-депрессивной реакции легкая степень фиксировалась всего у 17 больных (17,6%). Перед операцией из 102 случаев тревожно-депрессивной реакции средняя и тяжелая степень определялись у 78 больных (76,5%) и легкая — в 24 случаях (23,5%).

На втором месте по частоте среди выявленных реакций выступал *дисфорический синдром* с тоскливо-злобно-мрачной окраской переживаний. У больных отмечались раздражительность, недовольство окружающим, поиски причин, приведших к заболеванию, и, как одна из них, — обвинения в адрес медицинских работников в недостаточной оперативности. Нередко эти негативные переживания обращались на родственников, которые якобы «довели до болезни», не уделяли достаточно «внимания», уже «про себя похоронили» больного. Интересно, что второе место принадлежало дисфорическому синдрому не только на первых трех этапах (диагностическом, поступлении в клинику и предоперационном), но и при выписке, когда возрастало значение характера сделанной операции и ее последствий, нарушающих социальную адаптацию. На диагностическом этапе дисфорический синдром наблюдался у 28 больных — 13,2%, при поступлении в клинику — у 34 больных — 16,0%, в предоперационном периоде — у 35 больных — 17,2%. Лишь на послеоперационном этапе конста-

тировалось снижение его частоты, и он отмечался у 28 больных — 14, 3%, переходя на 4-е место по частоте среди других синдромов.

Из особенностей дисфорической реакции следует отметить, что за фасадом агрессивности часто фиксировались подавляемые тревога и страх, что в известной степени делало эту реакцию компенсаторной. Во-вторых, дисфорический синдром чаще всего наблюдался у лиц с преобладанием в преморбиде черт возбудимости, взрывчатости, эпилептоидности, что накладывало отпечаток на «типичные для человека» механизмы реагирования. Оценка степени тяжести дисфорического синдрома показывает наличие сильнейшей эмоциональной напряженности. На диагностическом этапе средняя и тяжелая степени психогенных реакций отмечались в 92,9% от общего числа больных этой группы. Легкую степень переживаний показали лишь 7,1% больных.

При поступлении в клинику средняя и тяжелая степени расстройств наблюдались в 82,4% случаев, легкая — в 17,6%. Перед операцией тяжесть расстройств опять возрастает — средняя и тяжелая наблюдаются в 91,5% случаев, легкая — в 8,5%. На послеоперационном этапе со средней и тяжелой степенью 82,2% больных, с легкой — 17,8%. При выписке — со средней и тяжелой степенью — 97,1 %, с легкой — 2,9%.

Тревожно-ипохондрический синдром стабильно занимал третье место на всех этапах пребывания больных в клинике. Здесь уже можно было отметить снижение напряженности по сравнению с предыдущими синдромами и, в противовес дисфорической реакции в нем преобладала интровертированность, обращенность на себя. В клинической картине выявилась эмоциональная напряженность с фиксацией внимания на своем здоровье, страхами перед операцией, ее последствиями, осложнениями и т. д. Общий фон настроения был снижен. На диагностическом этапе число случаев со средней и тяжелой степенью переживаний составляло 65,3%, с легкой — 34,7%. При поступлении легкая степень — 41,3%, средняя и тяжелая — в 58,7% случаев. В предоперационном периоде легкая степень наблюдалась в 26,3%, средняя и тяжелая — в 73,7%. В послеоперационном этапе легкая степень — в 32,4% случаев, средняя и тяжелая — в 67,5%. При выписке: легкая степень — 24,2%, средняя и тяжелая — 75,8%.

Обсессивно-фобический синдром проявлялся в форме навязчивостей и страхов, и наблюдался в группе больных с преобладанием в характере тревожно-мнительных, психастенических черт. Больные испытывали безразличность к своим соседям по палате, навязчивый страх загрязнения, заражения «раковыми микробами», мучительные представления о смерти во время операции или после нее, тревогу по поводу возможности «испускания газов», кала, недержания мочи и т. д.

О степени тяжести этого синдрома может свидетельствовать тот факт, что лишь на этап поступления мы могли фиксировать легкую степень переживаний у одного больного, на всех остальных этапах отмечались только средние и тяжелые степени переживаний.

Апатический синдром свидетельствовал об истощении компенсаторных механизмов эмоциональной сферы и наблюдался на диагностическом этапе всего в 5 случаях (2,3%). У больных преобладали вялость, некоторая заторможенность, безучастность, отсутствие каких-либо интересов, даже в отношении дальнейших перспектив лечения и жизни. В послеоперационном периоде происходило характерное нарастание частоты проявления описываемого синдрома, отражающее реакцию на перенапряжение всех душевных сил в предыдущие этапы. Здесь он наблюдался у 39 больных (20%). К периоду выписки синдром проявлялся реже — наблюдался 21 случай (11,5%). Следует отметить более частое его проявление у астенических Личностей по сравнению со стеничными. Хотелось бы и в данном случае подчеркнуть важность ориентировки врача на больного. Наша позиция заключается в следующем: каждый организм обладает своим резервом времени и своим жизненным ритмом. Не следует торопиться стимулировать нервную систему пациента назначением очередных лекарств, даже если он выбивается из так называемой «временной статистики» больничного койкодня.

Апатический синдром — это тот же этап в динамике реакций, которые весьма целесообразно адаптируют пациента к меняющимся условиям. И здесь необходимо дать организму набрать силу и восстановиться. Таким образом, и апатический синдром является адаптивной реакцией организма.

Летно-депрессивный синдром наблюдался у 23 пациентов (10,8%) на поликлиническом этапе. В период поступления — в 20 случаях — 9,4%, на остальных этапах его роль падает. В период выписки отмечалось всего 4 случая — 2,09%. В клинической картине больных выступали подавленность, тоскливость с переживаниями безнадежности своего заболевания, ранней или поздней, но обреченности. Этой симптоматике сопутствовал заметный депрессивный фон. Следует отметить превалирующую связь этого синдрома с группой циклоидного склада характера, о чем мы скажем подробнее несколько позже. При поступлении легкая степень астено-депрессивного синдрома фиксировалась в 50% наблюдений, средняя и тяжелая так же — в 50%.

Астено-ипохондрический синдром отмечался на первых трех этапах в незначительном проценте случаев — 0,9%; 2,3%; 2,05% от общего числа синдромов. Зато на послеоперационном этапе и в период выписки, когда в переживаниях больного на передний план выступают страх осложнений, тревога по поводу заживления операционной раны, беспокойство в связи с последствиями калечащей операции, он выходит на первое место среди других реак-

ций — 21,02% и 26,1 %. Тем не менее тяжесть переживаний внутри этого синдрома явно идет на убыль. После операции легкая степень отмечалась в 51,2% наблюдений, средняя и тяжелая — в 48,8%. При выписке 40% случаев относились к легкой степени, 60% — к средней и тяжелой.

Деперсонализационно-дереализационный синдром наблюдался на поликлиническом этапе 3 больных (1,4%), при поступлении — у 2 (0,9%); перед операцией — у 8 пациентов (4,1 %); после операции — у 4 (2,05%); при выписке — у 2 больных (1,04%). Больные жаловались, что утратили чувство реальности, не ощущают ни окружающего, ни даже своего тела; требовали снотворных, хотя засыпали и без них, отмечали исчезновение вкусовых ощущений, аппетита, а вместе с этим — удовлетворенности от совершения тех или иных физиологических актов в целом. Можно было отметить определенную связь частоты этого синдрома с группой так называемых «истероидно-стигма-тизированных» больных. По тяжести переживаний его можно отнести скорее к среднему типу.

Параноидный синдром наблюдался нечасто и проявлялся в определенной бредовой трактовке окружающего, сопровождавшейся идеями отношения, преследования и даже единичными обманами восприятия. Удельный вес этого синдрома на разных этапах занимал последнее место, кроме предоперационного периода, когда он отмечался у 5 больных (2,5%). Характерна связь этого синдрома с шизоидными особенностями личности в преморбиде. Однако отдельные элементы параноидальности мы могли фиксировать и в дисфорическом синдроме. Общностью этих реакций являлась агрессивность, направленная на окружающих. Однако при параноидном типе отмечались «умственность», схематизация, логичность или паралогичность предъявляемых жалоб. При «дисфории» были характерны эмоциональная насыщенность синдрома, брутальность переживаний, хаотичность жалоб и обвинений. Клинические наблюдения позволили отнести этот синдром к группе «тяжелых» типов реакций.

Несколько выбивается из наблюдавшихся реакций так называемый *эйфорический синдром*, хотя механизм его возникновения нетрудно пред ставить: реакция «надежды», «облегчения», «успеха», «эйфория» — появляется на послеоперационном этапе (11 случаев — 5,6% больных). В период выписки — 27 наблюдений (14,1%). Эйфорический синдром проявляется в повышенном настроении, известного рода переоценке своего состояния и возможностей, кажущейся немотивированной радости. Несомненна его связь с группой циклоидного ряда.

Заканчивая обзор реакций, следует особо отметить своеобразный *синдром самоизоляции* на катамнестическом этапе. Он выявился у 64% больных, и при его возникновении можно указать на несколько стрессующих факто-

ров. Это страх рецидива заболевания и метастазов, социальная дезадаптация, вызванная инвалидностью, мысли о заразности заболевания и т. д. Больные становились угнетенными, испытывали чувство одиночества, бесперспективности, утрачивали прежние интересы, сторонились окружающих, теряли активность. При операции экстирпации прямой кишки с наложением искусственного ануса на переднюю брюшную стенку это происходило в 2 раза чаще, чем при резекции прямой кишки с сохранением естественного заднепроходного отверстия, что свидетельствует о психогенном характере описываемого синдрома. Интересна связь с преморбидными шизоидными чертами среди больных, у которых наблюдался синдром самоизоляции (в 90,6% случаев). При его наличии несомненна тяжесть психологического состояния и опасность суицида.

Нам памятен случай с больной С, когда в развитии синдрома изоляции сыграли негативную роль и близкие больной. Больная не имела своей семьи, но вся ее нереализованная любовь была трансформирована в привязанность к семье брата, чьих детей она фактически воспитала. По возвращении из клиники жена брата запретила ей, «больной», приходить к ним в дом, мотивируя это опасностью заражения детей. С. согласилась с ней, но одновременно «осознала», что ее болезнь — «грязная», «подобна проказе». Вынужденная изоляция, «отвергнутость» людьми, потеря контактов с обожаемыми ею детьми привели к потере смысла дальнейшей жизни. Больная бросилась под электричку.

Прослеживая динамику выраженности описанных синдромов в процессе прохождения больных через клинику, мы могли отметить ее волнообразный характер с двумя основными пиками на диагностическом и/предоперационном этапах, то есть в моменты наибольшей напряженности стрессорных факторов.

Тяжелая степень переживаний на диагностическом этапе составляла 50%, при поступлении — 39,7%, в предоперационный период — 52,8%, в послеоперационный — 29,4%, на этапе выписки — 25,5% случаев.

Практическая ценность этих наблюдений подтверждается тем обстоятельством, что обнаруживается прямая связь между тяжестью психогенных реакций, выявленных до операции, и осложнениями послеоперационного периода. Так, в группе с легкой степенью переживаний число осложнений составило — 17%, со средней степенью — 36%, с тяжелой — 68%.

Исследование содержания катехоламинов в моче больных выявило на послеоперационном этапе в группе с тяжелой степенью психогенных реакций истощение симпато-адреналовой системы. На этот период приходится основной процент летальности и таких осложнений, как инфаркт миокарда, инсульт, стрессорные язвы, атония кишечника, мочевого пузыря и т. д.

Изучение психогенных реакций, их характера и связей с преморбидными особенностями личности помогли выявлению пяти условных *психологических типов личностей*, которые в свое время описывались Э. Кречмером и помогли нам осуществить определенную типологию обследуемых пациентов.

Так была выделена группа **синтонных больных** (83 человека), отличавшихся в преморбиде преимущественно такими чертами, как общительность, сердечность, доступность, с преобладанием в психической жизни эмоциональной сферы. У части из них отмечались колебания настроения от грустного к веселому, то есть особенности характера, обозначаемые как циклоидные. Больные этой группы обнаруживали относительно адекватные формы реакции (ас-тено-депрессивные, астено-ипохондрические, апатические), которые независимо от степени выраженности исчезали одновременно с ликвидацией ситуативных моментов. Больные хорошо поддавались психотерапии и сравнительно легко адаптировались.

Вторая группа больных (51 человек) объединяла лиц с преобладанием в характере замкнутости, сдержанности, известной осторожности, преимущественно интеллектуальных интересов. Некоторые отличались теми или иными странностями, укладывающимися в рамки так называемой **шизоидности**. Интровертированность, сосредоточенность и преобладание внутренней жизни над внешней способствовала тому, что возникавшие расстройства в этой группе отличались стойкостью и ригидностью и труднее поддавались лечению. Среди указанных больных отмечалась склонность к образованию сверхценных и бредоподобных идей, явлений аутизации, самоизоляции, суицидных тенденций.

Третья группа больных (28 человек) чаще проявляла реакции озлобления, агрессивности, что сочеталось с такими преморбидными качествами, как вспыльчивость, импульсивность, взрывчатость, с одной стороны, и торпидность, вязкость, педантичность, с другой, то есть черты, которые можно обозначить как «возбудимые», — **эпилептоидные**. Указанные больные обнаружили значительную силу психогенных реакций, но в то же время хорошо поддавались комбинированному лечению в сочетании с психофармакологическими средствами.

В четвертой группе больных с преобладанием в преморбидном характере **истероидных черт**, таких, как демонстративность, театральность, преувеличенность, гротескность аффектов и т. п. (16 человек), наиболее часто отмечались деперсонализационно-дереализационные реакции, истероидное сужение сознания. Больные хотели верить и легко верили в то, что у них нет серьезного заболевания, угрожающего жизни.

Пятая группа больных с преобладанием психастенических, тревожно-мнительных черт в характере (34 человека), оказалась наиболее неблагополучной

по сравнению с другими. На всех этапах у этих больных преобладали реакция средней и тяжелой степени. В послеоперационном периоде у них чаще, чем в других группах, обнаруживались такие осложнения, как инфаркт миокарда, инсульт, стрессорные язвы, атония кишечника. Для этой группы были характерны обсессивно-фобические и тревожно-депрессивные реакции, которые вполне поддавались психотерапевтическому и фармакологическому воздействиям, хотя и требовали большой настойчивости в их проведении.

Исследование связи психогенных реакций с локализацией процесса выявило прямую зависимость между степенью калечащей операции, определяемой местом поражения, и выраженностью эмоциональных расстройств. Эти особенности начинали выявляться на послеоперационном этапе. Так, у больных раком желудка тяжелая степень переживаний отмечалась в 14,6% случаев, у больных раком прямой кишки — в 39,8%.

Та же зависимость обнаружилась при различном характере оперативного вмешательства. У больных с экстирпацией прямой кишки при выписке выявлялись более тяжелые переживания (35,8% тяжелой степени эмоциональных расстройств), чем у больных с резекцией (9,5% тяжелых переживаний).

Связь психогенных реакций с возрастом больных обнаружила тенденцию к более сильным переживаниям у лиц молодого возраста. Так, в двух группах приблизительно аналогичными случаями среднее число тяжелых переживаний у больных от 30 до 50 лет составляло 42%, у больных в возрасте от 50 до 70 лет — 31,6%.

Половые различия не обнаруживали какой-либо разницы в типах реакции.

Сравнительный анализ интенсивности переживаний, отмечаемых в динамике у больных различных групп, показал, что группа «тревожно-мнительных» (психастенических) субъектов является наиболее уязвимой и склонной к тяжелым психогенным реакциям; в группе «замкнутых» субъектов с преобладанием шизоидных особенностей по выписке наиболее часто образуется своеобразный синдром изоляции (в 90,6% случаев).

Была разработана терапия психогенных нарушений у онкологических больных. При легкой степени для купирования симптоматики достаточно было одной психотерапии (рациональная психотерапия, гипнотерапия, аутогенная тренировка). При средней степени требовалось комбинированное воздействие психотерапии и психофармакологических средств (малые транквилизаторы типа триоксазина, 10 — 30 мг мепробамата, элениума, седуксена 10 — 20 мг). При тяжелой степени расстройств оказались необходимыми также такие препараты, как аминазин, 100 — 200 мг в сутки, дроперидол — до 15 — 20 мг в сутки, амитриптилин 150 — 300 мг в сутки.

Помимо работы с онкологическими больными, получающими то или иное лечение (начальные этапы контактирования онкобольных с онкологической

службой), нам постоянно приходилось иметь дело и с инкурабельными пациентами. И наблюдения показали, что проблемы этих больных настолько обширны и специфичны, а помощь — настолько неразработана, что требуется классифицировать их как отдельную группу терминальных больных с организацией особой службы, способной оказывать им необходимую комплексную помощь.

Проблемы инкурабельных больных

Часть больных, о которых пойдет речь, наблюдалась нами в домашних условиях, а также в различных неспециализированных больничных учреждениях. Однако большинство пациентов проходили через службу хосписа «Лахта», взявшего на себя заботу о больных Приморского района Санкт-Петербурга.

За первые 4 года работы мы проследили более четырех тысяч больных, но для статистических наблюдений отобрали лишь треть из них. Наша деятельность направлена не только на пациентов, но и на их родственников. Осуществление психологической поддержки близким умирающего больного позволяет проанализировать многие моменты семейных взаимоотношений, что, в свою очередь, помогает составить наиболее полную картину болезни. (Забегая вперед, мы категорически «за» семейного врача.)

Итак, помимо онкобольных, проходивших через службу «хоспис» (имеется в виду не только стационар, но и выездная служба, стационар на дому), мы могли пронаблюдать более 2500 родственников больных.

Характеризуя наших пациентов, следует прежде всего иметь в виду, что мы брали под наблюдение больных с верифицированным онкодиагнозом, относящимся к 4-й клинической группе, то есть тот контингент, от которого отступились и онкологи, и радиологи, и химиотерапевты. Фактически это были терминальные больные, которым была показана паллиативная терапия, берущая под контроль симптомы, но не имеющая целью излечить болезнь. Показаниями для поступления в хоспис служило наличие болевого синдрома, а также социальное неблагополучие — отсутствие ухаживающих за больным лиц или усталость, перенапряжение родственников.

После пребывания в стационаре хосписа подбора дозы обезболивающих и других корректоров симптоматики многие больные выписывались домой. Таким образом естественно расширялась сфера наших наблюдений за состоянием больного в различных условиях.

Итак, среди 300 больных первичная локализация процесса распределялась следующим образом: рак прямой кишки имели 30 пациентов (10%), рак желудка — 42 (14%), рак молочной железы — 64 (21,3%), рак печени — 32

(01,7%), рак яичников — 10 (3,3%), рак поджелудочной железы — 13 (4,3%),

рак языка — 10 (3,3%), рак гортани — 13 (4,3%), рак матки — 20 (6,7%), рак легких — 50 (16,7%), рак мозга — 11 (3,7%), рак предстательной железы — 5 (1,7%).

Следует отметить, что фактически знание первичной локализации не имело особого значения, поскольку распространение процесса, обсеменение всего организма метастазами давало вполне определенную картину. Исключением, разумеется, являлись случаи, когда была возможность проведения пациентам химиотерапии.

Среди наших пациентов были 162 женщины и 138 мужчин. Возраст больных колебался от 17 до 90 лет. Из них от 17 до 30 лет было 22 пациента, от 30 до 50 лет — 108, от 70 до 90 лет — 28. С начальным образованием — 80 больных, со средним — 156, с высшим — 64.

Наблюдение над родственниками больных и исследование взаимоотношений в семьях выявило наличие внутрисемейных конфликтов, моменты неблагополучия в 82% случаев, которые требовали определенной коррекции со стороны персонала хосписа. Следует оговориться, что в основе этих дисгармоний чаще всего лежал экономический фактор (квартирно-бытовые проблемы, завещание, наследство и т. п.). Но также и в иных, положительных в этом плане ситуациях родственники больного и после его потери нуждались в психологической поддержке. Более 75% родственников сохраняли связь с хосписом в течение года. Более длительные сроки связи с хосписом сохраняли 49% близких больного.

Под проблемами больных на поздних, инкурабельных стадиях заболевания мы понимаем такие проблемы в жизни больного, которые им не разрешены и являются факторами, травмирующими его психику. Одна из них — на этом этапе наиболее значимая — проблема смерти и умирания.

Мы попытаемся осветить проблемы умирающих больных в трех аспектах: медицинском, психологическом и социальном. Однако каждый из них имеет полифоническое звучание и затрагивает тему во всех трех направлениях.

Возьмем первый аспект — медицинский: самый, казалось бы, страшные вопросы: «Как умирать?», «Как происходит смерть?». Для медиков смерть — это обычно фиксация момента остановки сердца или прекращения деятельности головного мозга. По описаниям людей, переживших клиническую смерть, этот процесс аналогичен переходу из бодрствования в состояние сна.

Однако самой главной проблемой для умирающего является боль. Вспоминается 16-летний мальчик, который, понимая, что скоро умрет, спросил у отца: «Папа, а умирать больно?». В нашей стране проблема боли стоит особенно остро, поскольку никто не гарантирует снятия боли у умирающего пациента. Усилиями бессмертных чиновников введены лимиты на применение обезболивающих средств. Всем известна пресловутая доза в 50 мг обезболи-

вающих наркотических средств в сутки. Но если у человека зубная боль, он может рассчитывать на ее облегчение, и никто не посмеет оставить его с этим страданием без помощи, с онкологическими же больными все иначе.

Возможность развития наркомании — вот основной довод бюрократов, выставляемый в ответ на жалобы больных, их родственников и врачей-практиков. Меж тем всем известно, что опухолевый процесс распространяется по всем организму, вовлекая все новые участки поражения, и больной неминуемо приближается к смерти; кроме того, эффект воздействия наркотиков на онкологического больного в корне отличен от воздействия их на наркомана, получающего от приема дозы «кайф». Для онкобольного наркотик является единственно возможным спасением от нестерпимой боли.

Отсутствие необходимых обезболивающих препаратов в аптечной сети и особенно препаратов для приема внутрь перорально, что позволяет больному оставаться дома и держать боль под контролем, создает тяжелейшую проблему. Кому из родственников больного не известна странная, изматывающая процедура получения рецепта от врача раз в три дня?.. Кто не истапывал сапог, бегая по разным аптекам, чтобы найти нужный препарат, кто из них не стоял в бесконечных очередях к онкологу, вымаливая увеличить больному дозу, поскольку боли не проходят? Неужто узаконенные легальные попытки (иначе не назовешь!) оставленного без помощи умирающего онкологического больного — картина менее страшная, чем возможное превращение обреченного человека в наркомана? Кстати, статистика показывает, что наркоманию среди онкобольных можно фиксировать в одном случае из 10 000. Но даже если предположить оправданность подобных опасений и среди обреченных больных появятся наркоманы — какой страшный грех в том, если человек умрет наркоманом, но без боли?

Есть и другие опасения у нашей медицины: существование опасности передозировки наркотика и возможная угроза жизни пациента. Лицемерие этой отговорки очевидно. Во-первых, резонно предположить, что онкологические больные (как, впрочем, и все другие), у нас ли, на Западе или где бы то ни было, мало чем отличаются друг от друга. Однако там, на Западе, врач отчего-то не опасается «передозировки» и без всякой боязни за свой и больного моральный облик, всегда в нужный момент имеет возможность спасти больного от боли. Выполняя при этом свой врачебный долг. Долг «нашего» врача — «знать свое место» и неукоснительно помнить, что от ТАКИХ лекарств ему нужно «держаться подальше».

Во-вторых, в 1988 году, тогда еще в СССР, было издано Методическое письмо Всемирной организации здравоохранения «Обезболивание при раке», и в

¹ *Твайкрос Р.* Лекции по паллиативной медицине. Л.: 1992.

нем указывалось что, предупреждая боль, наркотик следует вводить приблизительно каждые четыре часа (поскольку действие его на организм не рассчитано на большее время), при средней дозе одиночного приема 30-50 мг! Как же быть с нашими миллиграммами? Или мы подписываем бумаги, не читая, или для мировой общественности у наших чиновников одно лицо, а для своего народа другое?

Мы знаем, что боль имеет два аспекта: физический и психологический. Если первый аспект требует выяснения источника, характера или подбора тех или иных обезболивающих средств, то второй, психологический, включает в себя целый комплекс проблем. Это и социальная боль от потери своего статуса, нарушения контактов с привычной средой, трудовым ритмом и т. д.; и боль эмоциональная — от потери своей эстетической цельности, привлекательности, перспектив на счастье; это и боль от утраты своих финансовых возможностей, утраты возможных дивидендов и т. п.; наконец, это и духовная боль, связанная с утратой веры в справедливость мира; а также межперсональная боль, выражающаяся в страхе потерять любовь окружающих. Связь психологической и физической боли не подлежит сомнению, если учесть, что психический компонент реализуется в таких состояниях, как депрессия, тревога, страх. Сколько раз отмечалось медиками, что во время психотерапевтической беседы, нередко купирующей эти явления, больной забывал о времени очередного приема обезболивающих. Наверное, потому так важна психотерапевтическая настроенность всех окружающих больного людей, создание так называемого психологического климата.

Здесь же следует отметить, что помимо боли у пациентов достаточно других тяжелых физических симптомов и связанных с ними проблем: тошнота, рвота, запоры, анорексия, кахексия, дегидратация, дисфагии, кашель, икота, гиперкальцемия, расстройства сознания и т. д. и т. п. Все это требует лекарств, которые зачастую либо слишком дороги, либо отсутствуют в аптеках, не говоря о том, что трудность подбора адаптивных средств, индивидуальная непереносимость отдельных препаратов требуют постоянных усилий и знаний, чтобы держать эти симптомы под контролем.

Серьезность этих проблем подтверждает тот факт, что многие пациенты, в преддверии ожидаемых страданий или столкнувшись с ними, кончают жизнь, самоубийством.

К медицинским проблемам следует отнести и проблемы ухода за больными. Мало того, что оставляет желать лучшего уровень осведомленности населения в вопросах ухода за больным человеком, отсутствуют также и элементарные предметы ухода за больными: вата, перевязочный материал, подкладные судна, калоприемники, катетеры, кресла-каталки, — все это является у нас дефицитом и доступно лишь ограниченному числу больных.

Тут же следует сказать и о проблеме помощи родственникам больных, психика которых испытывает непомерную перегрузку. Однако куда обратиться им с их душевной болью — они не знают.

Проблемы зачастую необходимой радиологической и химиотерапевтической помощи больным тесно переплетаются с социальными возможностями, например, транспортировки, а последние упираются в неприспособленные лифты и архитектуру, «забывающую» об инвалиде.

Как видим, деление проблем на медицинские, социальные и психологические весьма условно: все они взаимопереплетены.

Среди **психологических проблем** терминальных больных на первый план выступает приближающаяся смерть, весь комплекс мыслей и чувств больноговращается вокруг нее. Ужас небытия, уничтожение личности представляются конечной точкой. Нам кажется порой, что эта мысль не может быть перекрыта чем-нибудь иным. Однако, говоря словами Виктора Франкла¹: «...не только созидание, некая объектная деятельность, может придавать смысл бытию, и не только переживание, противостояние и любовь могут делать жизнь осмысленной, но и страдание. И это особая, исключительная возможность реализовать высочайшую ценность, возможность осуществить глубочайший смысл осуществляется благодаря принятию своей судьбы, своей болезни и, наконец, неизбежности страдания. Ибо в настоящем, подлинном страдании, в недуге, определяющем судьбу, открывается человеку последняя, но величайшая возможность самореализации и осуществления смысла».

Проблема смерти отягощается проблемами лжи. Мы много говорим о лжи во спасение, но обратимся к самим себе: возможно ли не почувствовать приближения смерти?.. Больные ощущают ложь скорее, чем кто-либо другой, ибо в период умирания невероятно обостряются все чувства. И вряд ли способствует большей любви, близости и взаимопониманию обнаруженный, хоть и в последнюю минуту жизни, обман близких.

По мнению больных, уходить с чувством одиночества в окружении родных тяжелее, чем остаться один на один со смертью.

Больной часто оценивает свой уход из жизни с позиций жизни и потому, приняв грозное известие, начинает «готовиться»: одни просят принести чистую одежду, другие ордена, третьи зовут самых близких людей, чтобы простить или быть прощенными. В отношении к своему телу проявляется отношение к болезни. Некоторые персонифицируют рак, ощущая его как злого духа или «заразу» и требуют по смерти непременно сожжения тела и всех личных вещей. Возникает и вопрос о похоронах: это вопрос о «доме после смерти», и этот дом не обязательно должен быть могильным холмом с крестом или звездочкой. Кто-то

¹ Франкл Виктор. Психотерапия на практике. СПб.: Речь, 2001.

просит развезть его прах в лесу, кто-то — над морем, кому-то ближе представление о цветущем саде (просьба «закопать в саду или под деревом»)..

И конечно, проблема смерти часто рождает проблему-смысла жизни. Для многих умирающих вопрос смерти упирается в «наличие» или «отсутствие» Бога: «Если есть Бог, то нет смерти и для человека. А если нет Бога, есть смерть и нет смысла жизни».

Безусловно, нам не перечислить всех психологических проблем, с которыми сталкивается уходящий больной, хотя они на поверхности: проблемы любви, надежды, долга, вины, благодарности; сохранение своей жизни в детях, идей — в учениках и т. д. Но все они преломляются в зеркале смерти и настолько индивидуальны, что даже кратко обрисовать их в данном обзоре не представляется возможным.

Говоря о **социальных проблемах**, прежде всего хотелось бы подчеркнуть, что рак — это особое заболевание, которое зачастую помимо смерти несет в себе бремя представления о «заразе». Эта навязчивая мысль о «заразе» порождена неясностью этиологии заболевания. Тогда как рассеять недоумение, связанное с этой мыслью, способен и самый, простой эксперимент. Увы, люди верят в это с трудом. Даже самые образованные готовы есть из той же посуды, которой пользовался онкологический больной, но дать эту посуду своему ребенку они воздержатся или задумаются. То же касается и одежды больного.

Тяжесть этого двойного гнета — смерти и «заразы» — порождает социальную изоляцию больного. Он сам начинает сторониться окружающих, и окружающие избегают слишком близкого общения с ним.

Беспомощность медицины перед грозным заболеванием и в ряде случаев возникающее у больного ощущение некоей «постыдности» этой болезни заставляют скрывать диагноз. Один умирающий больной со слезами облегчения заявил: «Да, у меня был рак, но я умираю не от него, а от пневмонии...»

Социальные проблемы связаны с инвалидностью больного, которая оформлена или должна быть оформлена до его смерти, что в свой черед связано с деньгами на похороны. Эта проблема в настоящее время актуальна, как никогда, немислимой дороговизной похорон травмированы сегодня сотни тысяч пожилых людей.

Социальной проблемой является в настоящее время и написание завещания, и контакт с нотариусом, стоимость услуг которого непомерна, как сложен и его вызов в больницу.

Проблемой для больного является представление о встрече с прозекторской. Одна больная умоляла выполнить ее «последнее желание», вынуть после смерти ее золотые коронки: «Я не могу представить грязные руки санитара, который будет лезть в мой рот и тащить зубы». (Стоит ли говорить, что найти

зубного врача, готового снимать коронки у умершего, невероятно трудно и также требует немалых денег)

Подытоживая перечисленные проблемы, можно еще раз подчеркнуть, что боль, смерть и отсутствие гарантированной социальной помощи, — основные проблемы, которые ждут своего разрешения. То внимание, которое мы оказываем приходящим в мир, должно оказываться и тем, кто его покидает.

Психогенные реакции больных на поздних, инкурабельных стадиях заболевания

Прежде всего хотелось бы подчеркнуть то обстоятельство, что смерть является человеку через осознание ее. Человек, внезапно попавший под машину, и за минуту до катастрофы не обладает психологией умирающего. В то же время пациент, узнающий о своем диагнозе и возможном прогнозе за пять лет до кончины, переживает свою смерть согласно всем психологическим закономерностям.

Несмотря на множество индивидуальных особенностей, существуют общие типы реагирования на известие о приближающейся смерти. Большинство исследователей фиксируют пять основных психологических реакций больного: шок, стадия отрицания, стадия агрессии, стадия депрессии и стадия принятия. Итак, более подробно остановимся на каждой фазе адаптации больного к экстремальной ситуации близкой смерти.

Фаза шока. Сознание больного наполняется картиной неотвратимой гибели, и психическую боль этой стадии трудно определить в словах. «Все оборвалось, сердце остановилось, я заledenел, информация ударила, как топор по голове и т. д.» Понятие взрыва равносильно понятию психологической смерти, от которой не всем суждено оправиться. Нередко сверхсильный стресс вызывает реактивный психоз со ступором, реже с возбуждением.

За ним следует **фаза отрицания**, вытеснения ситуации. Однако в переживаниях больного ситуация кризиса остается, хотя и вытесняется в подсознание. Извечный ход спасительной мысли о врачебной ошибке, о возможности нахождения чудотворных лекарств или целителя дает передышку простреленной психике, но в то же время в клинической картине начинают возникать проекции прошлого, эквиваленты кризисной ситуации, которая переживалась пациентом когда-либо раньше. И нарушения сна со страхом уснуть и не проснуться, и страх темноты и одиночества, и явления во сне «покойников», и воспоминания войны, ситуаций угрозы жизни, — все нередко пронизано одним — психологическим переживанием умирания. Содержание психотической симптоматики так же полно ощущения опасности, которая звучит и в бреде

преследования и колдовства, и в

соответствующих галлюцинациях. Порой явно истероидный характер психоза может трактоваться как бегство от невыносимой ситуации.

В фазе агрессии полученная информация признается и личность реагирует поиском причины и виноватых. Не стоит забывать, что агрессия часто является реакцией, скрывающей в себе аффект страха. Тем не менее результаты ее нередко могут быть крайне драматичными. Один наш больной ослепил врача, которого обвинил в том, что тот «проглядел диагноз».

Протест против судьбы, негодование на обстоятельства, ненависть к тем, кто, возможно, явился причиной болезни, — все это выплескивается или каким-то образом должно быть выплеснуто наружу. Позиция врача или сестры — принять этот выплеск на себя из милосердия к пациенту. Мы должны помнить, что агрессия, не находящая объекта вовне, обращается на себя и может иметь разрушительные последствия в виде самоубийства. Больной не должен оставаться один, пока не выплеснет свои эмоции. Вслед за агрессией начинается стадия «торга». Больной вступает в переговоры за продление своей жизни, обещая, например, стать послушным пациентом или примерным верующим.

Фаза депрессии также должна быть пережита, чтобы дать больному новое качество жизни. Хотелось бы пояснить, что каждая душа имеет свою «копилку боли» и, когда наносится свежая рана, заболевают и дают о себе знать все старые. Чувства обиды и вины, раскаяния и прощения перемешиваются в психике, складываясь в смешанный комплекс, который трудно изжить. Однако как часто приговор выносит собственная совесть, которую редко удастся заставить молчать или переключить на иные толкования. Тем не менее и в оплакивании себя, и в составлении завещания, в которых находят место и надежда на прощение и попытка что-то исправить, депрессивная стадия себя изживает. В страданиях происходит искупление вины.

На смену приходит **стадия примирения с судьбой**. Это именно тот момент качественной перестройки жизни, переоценки физических и материальных истин ради истин духовных. Смысл бытия, даже неопределяемый словами, начинает распускаться в умирающем и успокаивает его. Это как вознаграждение за проделанный «крестный» путь. Теперь человек не клянет свою судьбу, жестокость жизни. Теперь он принимает на себя ответственность за все обстоятельства болезни и своего существования. Отсюда рождаются улыбки для близких, и радость свидания, и доверие к воле судьбы.

Наверное, именно в это время в сознании рождается холистический принцип восприятия себя и мира как единого целого, где каждая капля несет в себе океан, где океан питает и окружает землю, где небо отражается в капле воды вместе с лицом человека... И не здесь ли прорыв души в экзистенциальное время, которое сравнимо с вечностью? Не здесь ли ощущение цель-

ности бытия и значимости каждого момента жизни от улыбки до случайной слезы? Не это ли — космическое сознание, выплескивающееся за пределы личности?

Однако мы далеко не всегда встречаем больных в желаемой фазе принятия судьбы. Тем не менее адаптивный механизм других стадий предстает перед нами в совершенной очевидности. Исключение составляет лишь стадия шока. Переживание паники наиболее болезненно, поскольку дезорганизует психику, гипертрофирует восприятие, нарушает оценочные аспекты сознания. Тяжесть шоковой фазы ложится не только на пациента, но также на родных и персонал, которые нередко вовлекаются в этот эмоциональный вихрь. Умирающий зовет на помощь, требует срочно что-нибудь сделать, чтобы удержать жизнь, мечется, рыдает, проклиная... В этих случаях предусмотреть ситуацию довольно трудно, к счастью, шок случается нечасто, и назначение нейролептиков или противотревожных препаратов является профилактической мерой, уже не говоря о психотерапевтической подготовке пациента.

Фаза отрицания, вытеснения встречается много чаще. Именно в ней отражается спорность вопроса об индивидуальном подходе в необходимости знания правды о прогнозе и ситуации. Мы уже упоминали о ценности смирения перед судьбой и принятия ее воли, но нужно отдать должное тем, кто борется до конца, без надежды на победу. Вероятно, здесь имеют место и личностные качества, и мировоззренческие установки, однако ясно одно: право выбора — за пациентом и мы должны отнестись к его выбору с уважением и поддержкой. Примером тому были наши предки, в самых отчаянных ситуациях не склонявшие головы, ибо «мертвые сраму не имут».

Фаза агрессии также носит приспособительный характер, и сознание смерти смещается на другие объекты, возникает перенос страха как пассивного, мучительного в своем отрицании конца — в активный бросок навстречу угрозе, чего бы это ни стоило. Упреки, брань, гнев носят не столько агрессивный характер, сколько заместительный. Они помогают преодолеть страх перед неизбежным.

Фаза депрессии, вероятно, одна из самых частых, хотя фиксируют ее не во всех случаях. Это зачастую закрытое состояние, диалог с самим собой, переживание печали, вины, прощания с миром. Больные не всегда разрешают заглянуть в свой внутренний мир и порой отделиваются от участливых вопросов обычным: «ничего». Вероятно, самой правильной тактикой в этих случаях будет терапия молчаливым присутствием, разумеется, после квалифицированной оценки типа депрессии и ее глубины, которая может потребовать лечения антидепрессантами.

Следует отметить, что все перечисленные стадии не располагаются в строгом порядке и могут менять очередность. Мы нередко встречаем за стадией

принятия стадию отрицания, либо в пациенте с новой силой вновь может вспыхнуть жажда жизни и человек, с которым вы все уже обговорили, все вплоть до деталей желаемого погребения, вдруг возвращается к вам и спрашивает: «А кстати, доктор, когда вы меня лечить начнете?» И ваша позиция должна согласовываться с позицией больного. Если ему необходима надежда, нельзя ее отнимать. Нет нужды что-то выдумывать самому и лгать, достаточно не перечить, оставить пациента в той установке, в которой ему в данный момент легче пребывать. Тем не менее критерием правильности ведения больного для нас служит стадия принятия, в которой осмысление жизни, решение многих психологических проблем является крайне важным. Часто мы отмечаем удивительный духовный рост больных в очень короткие сроки, что свидетельствует о необычайной интенсивности психических процессов, обострении памяти, чувств, мышления. Здесь же нелишне упомянуть и о проблеме времени умирающего больного, которое может растягиваться, а может и сжиматься. Мы имеем в виду ощущение времени, так называемое психологическое время, которое часами или какими-либо другими приборами не фиксируется. Для многих пациентов время начинает лететь неудержимо, и остановить или «растянуть» оставшееся самому ему не под силу.

Переходя к типам частных психогенных реакций терминальных больных, можно отметить, что обычно наблюдается тревога, депрессия, ипохондрия, астения, обсессивный синдром, страх, дисфория, эйфория, апатия, деперсонализация, параноидные реакции, иллюзорно-галлюцинаторные переживания. Но мы хотели бы проанализировать реакции больных определенного типа в разные периоды их ориентации, то есть отрицания, агрессии и принятия.

I. Рассмотрим конкретный случай больного из группы с преобладанием **шизоидных черт** (56 пациентов). Больной С, 48 лет, строитель, без семьи, в прошлом был женат, но вскоре развелся. Детей нет. По характеру замкнутый, много читал, увлекался техникой. С товарищами по работе резок, они считали его чудаком, мог спорить «до хрипоты», отстаивая свою идею, иногда в компании мог встать и уйти, не прощаясь и не объясняя своего поведения. С людьми сходилась трудно. Алкоголь употреблял, но обычно не хмелел. Недомогание почувствовал год назад. Стал ощущать слабость, усталость, сильно кашлял. В один день решил и бросил курить. К врачам долго не обращался. Когда наконец обследовался, ему предложили лечь в онкостационар, он отказался. Снова пришел к врачу, когда стала «болеть спина» и появилось кровохаркание. Решил спросить прямо, что у него. Получил уклончивый ответ, но понял, что «рак» и что оперироваться поздно. Страх, по его словам не испытал, но стало «пусто на душе». Решил, что дальше жить не стоит. Дома привел в порядок вещи, все вымыл «впервые за долгое время». Оделся во все чистое, купил водки и принял вместе с ней какие-то снот-

ворные, две пачки. Был обнаружен приятелем и направлен в реанимацию. Там откачали и отправили домой. Был зол на врачей, ругал их, заявлял, что «в стране дураков исключений не бывает». Надежды вылечиться не питал, да и считал, что «не для чего жить». Незадолго до поступления в хоспис попытался читать «какую-то мистическую литературу», однако отбросил ее, так как «сам мог додуматься до куда более интересных вещей». Поступил в хоспис в связи с болями и по социальным показаниям, некому было за ним ухаживать. Диагноз: рак легких IV стадии. Метастазы в печень и позвоночник. Жаловался на боли в шейном отделе позвоночника и на бессонницу. В контакт вступал неохотно. Отмечалась угнетенность, снижение настроения. Через несколько дней после снятия болей и адаптации заметно смягчился, стал более доступным, однако о себе говорил неохотно. Тяготился обществом соседа по палате, заявил, что для него сейчас лучше быть наедине с собой. Постоянно просил держать открытым окно, говорил, что чувствует «свежий воздух моря», «природу». Состояние быстро ухудшалось... В последние дни перед кончиной больного раздражали любые звуки, кроме «шума воды». Просил открыть кран в раковине, чтобы постоянно слышать, «как льется вода». Затем просил принести к постели таз с водой, куда опускал то руки, то голову. Объяснений не давал, однако сказал, что «так ему вполне хорошо». Скончался тихо, во сне. Перед этим благодарил сестер и врачей, что «впервые меня поняли». Мы отнесли нашего пациента к группе так называемых «шизоидов». Как видно из описания, *шоковая реакция* на инфор-, мацию о диагнозе и прогнозе имела сверхсильный характер. Мы помним, что обычно шизоиды — это люди со своим особенным миром, который противостоит всему остальному миру и имеет свои внутренние законы и логику. Крушение его «Я» является крушением мира вообще. Со смертью «Я» для пациента как бы исчезает весь мир. Отсюда трагизм переживания полученной информации о близящейся смерти. Хотелось бы обратить внимание на то, что решение о самоубийстве было скорее интеллектуальным, а не аффективным. «На душе стало пусто», «понял, что не для чего дальше жить» — эта идея лежит в основе поступка. Казалось бы, *период отрицания болезни* у больного отсутствовал. На самом же деле он *предшествовал* шоковой реакции: когда больному было предложено лечь на обследование в онкоста-ционар, он ушел, исчез из поля зрения врачей на несколько месяцев, и только боль заставила его вернуться к врачу.

Период агрессии не отличался выраженностью. Досада на врачей, которые «вытащили его с того света только для того, чтобы он все равно умер», также не отмечалась эмоциональной насыщенностью. К ругани примешивался сарказм, язвительные насмешки над «глупостью российской». В какой-то степени и собственный поступок не казался достаточно «разумным». Период

депрессии пал на время поступления в хоспис. Был также не очень глубоким и не очень продолжительным.

Вероятно, более всего впечатляет период принятия. Примирение с жизнью. Потребность в общении с природой. Слушание звуков льющейся воды, психическое растворение в стихии. Мы можем только догадываться, какие защитные механизмы психики включались в последние дни жизни больного. Важно то, что мы не навязывали ему своих представлений, «услышали» его последнее желание, не отрицали его «странный характер» и в конечном итоге, по словам больного, «поняли его». Он ушел «в мире».

Типичность описанного случая явно не исчерпывает всех особенностей группы шизоидов, и далее мы попытаемся дать наиболее полную, обобщенную, картину наблюдаемых нами проявлений.

Итак, *шоковый период* в данной группе бывает довольно тяжелым и непредсказуемым в силу замкнутости внутреннего мира пациента. Разброс картин шоковой реакции очень велик — иногда полученная от врача информация может вообще не задеть пациента, так как у него «свои» представления и «своя» логика жизни...

Период отрицания у этой группы больных отличается очень большой длительностью и нередко затягивается до настоящего конца. Больной просто не воспринимает информацию, которая не соотносится с его аутическим восприятием. Соответственно, психологическое время этих больных часто растягивается. Больные нередко концентрируются на своем прошлом, переживают его заново, по многу раз. Окружающая среда в таком случае не представляет особой важности, больной пребывает в мире своих грез. Нередко пациент создает различные версии, например, что его заболевание — не онкологическое. Убедить в обратном не представляется возможным. В других случаях все силы больного направлены на излечение, он обращается к экстрасенсам, легко поддается внушению, которое согласуется с самовнушением. В отношении к окружающим чаще всего проявляется равнодушие или агрессия. В отношении к себе, напротив, — повышенное внимание и концентрация на своих ощущениях. Больные подолгу разглядывают себя в зеркале, ощупывают свое тело, следят за собой, лечатся, сидят на каких-то особых диетах. Мы уже говорили, что период отрицания совпадает с отчаянной борьбой за жизнь. Эта борьба может внезапно прекратиться, если сознанием больного принята религиозная идея. Тогда вся его психика переключается на это. Больной видит подтверждающие его собственные мысли сны и видения, и постепенно смерть начинает терять для него свое негативное начало.

Завершая описание этого периода, следует упомянуть о нескольких случаях, когда больные этой группы как бы «забыли» о диагнозе и продолжали жить работать, как будто с ними ничего не случилось.

Период агрессии у шизоидов обычно краткосрочен. Агрессия по отношению к близким носит характер не столько эмоциональный, сколько умозрительный. Больные упрекают своих родственников в холодности, равнодушии, недостаточном внимании. Однако наблюдаются ситуации, когда возникают параноидальные идеи, что родственники хотят от них избавиться, «околдовали» их, «сглазили», «наслали порчу». Больные анализируют обстоятельства жизни, взаимоотношений, находят подтверждающие их версию моменты. Редко агрессия обращается на себя. Суицидальная готовность ориентируется на «персонифицированный рак». Больные кончают самоубийством, чтобы «отомстить раку». Характер суицида позволяет предположить мотивы мщения. Больной не просто принимает смертельную дозу лекарства, а бросается на рельсы или с высотного здания. В посмертных записках звучат идеи «уничтожения зла» и «заразы». Именно среди этого типа больных элемент «магии», «колдовства» толкал на сжигание одежды, на смену места жительства и даже подталкивал к перемене образа жизни. Вероятно, с этим связана потребность в расширении пространства. Больные не выносили пребывания в комнате, постоянно нуждались в больших открытых пространствах. У нескольких больных мы отмечали непереносимость красного цвета.

Период депрессии. Из особенностей этого периода для шизоидной группы следует подчеркнуть, что депрессивный компонент печали, тоски был менее выражен, чем апатический. Больные избегали окружающих, стремились к одиночеству, чувство вины нередко носило мегаломанический характер. Больные ощущали себя причиной зла, которое вошло в мир. В этот же период они нередко просили дать им смертельную дозу лекарств, чтобы скорее умереть. Однако эта суицидальная готовность тоже являлась скорее умственной, чем эмоциональной. В беседе больные легко переключались на другие темы. Следует подчеркнуть наличие многочисленных галлюцинаторно-иллюзорных переживаний, сновидений и предчувствий у этих больных, которым во сне являлись их двойники, родители, ангел, возвещающий о смерти. В нескольких случаях мы могли фиксировать, что эти видения сбылись. Нередко даты смерти больного совпадали с предсказаниями. Чувство времени замедлялось. Ощущение пространства не требовало пребывания на улице и не вызывало завышенных претензий к окружающему. Состояние депрессии, боязнь за жизнь заметно ослабевали, уступая место примирению с реальностью. Период депрессии, так же как предшествующий ему, не был длителен. Зачастую он фиксировался как отсутствие контакта с больным. Больной отказывался от разговоров и просил «не лезть в душу» или отговаривался усталостью.

Период принятия. Чаще всего этот период совпадал с приходом веры в бессмертие. Характер этой веры, хотя и приходил через чтение Евангелия и Библии, носил явно субъективный характер. Больные рассуждали о том, в кого

они должны воплотиться в следующей жизни, расспрашивали о том, возможна ли пища на небесах, как разговаривать с родственниками, как увидеть умерших знакомых. В то же время обильное чтение религиозно-мистической литературы поддерживало и порождало невероятную смесь разнообразных представлений о том свете. Само обращение больного нередко требовало определенного ритуала. Больные, проснувшись среди ночи, сообщали о своих видениях, требовали привести священника, юриста, чувство времени не удовлетворяло больных, многие, сменив ориентацию на вечную жизнь, жаждали поскорее попасть на тот свет. Эта установка нередко реализовывалась: больная Н. поехала на кладбище, на могилу родителей, после этого отказалась от дальнейшего лечения и от приема пищи и через несколько дней скончалась. У некоторых готовность к смерти проявлялась следующим образом: они ждали смерти во сне, перед сном раздевались и спали со скрещенными на груди руками. Следует отметить, что в этот период принятия у многих больных ярко проявлялся их аутистический характер. Готовясь к смерти, завершив свои дела и ритуалы, они полностью отгораживались от родных и окружающих, погружаясь в свой собственный мир. Насколько мы могли судить, больным не требовалось большого пространства, мир для них сужался, они могли общаться с муравьем или концентрироваться на крохотной картинке. Завещание о похоронах нередко носило характер странностей. Один больной просил сжечь себя и затем, смешав содержание урны с землей, посадить в нее цветы и держать все это в его доме. Другая больная просила высыпать ее прах в каком-нибудь святом месте, либо около церкви, либо в монастыре, объясняя это словами заупокойной молитвы, где говорится: «Со святыми упокой».

II. Рассмотрим примеры второй группы, так называемых синтонных, **циклоидных** больных (74 человека).

Больная А., 57 лет, пенсионерка, в прошлом работала поваром. Муж скончался. Живет с семьей дочери. По характеру общительная, открытая, добродушная. Все принимает близко к сердцу. Особенно переживает ссоры в семье между зятем и дочерью. Привязана к внукам. *Шоковая реакция* на информацию о заболевании была довольно сильной. «Доктор сказал, что опухоль. У меня закружилась голова. Поняла, что все кончено. Если б не было рядом дочери, наверно, не смогла бы идти. Страшно было целый день. Казалось, что вот-вот умру. Представляла, как внутри меня «ползет рак». Заснула только со снотворным. На следующий день стало легче. Подумала, что хоть смерть и близка, но сейчас я жива и ничего особенно не болит. О лечении думала без особой надежды. У меня столько болезней, и гипертония, и диабет, и инфаркт был 3 года назад, так что от операции я отказалась, да и врач особенно не уговаривал. Я для себя решила, что достаточно пожила. Меж тем дочь все внушала, что эта опухоль не злокачественная — «не рак». Я соглашалась с ней, чтобы ей было лучше. Вначале, после

врача, не знала, чем заняться, все из рук валялось, затем поняла, что, если занимаюсь каким-либо делом, то отвлекаюсь от мыслей и становится легче. Тем не менее время никак было не заполнить. Все равно мысли осаждали. Поплачу втихомолку, и полегчает...» В хоспис поступала с диагнозом рак матки IV стадии. Довольно легко адаптировалась к окружающей обстановке. Была приветлива, контактна. Однако через некоторое время стала сердиться на дочь. «Обещала прийти и не приходит, даже не позвонит по телефону. Сплавила меня с рук своих». При визите дочери скрывала свое раздражение, так как боялась, что та не возьмет обратно домой. Призналась медсестре, что, «как у вас ни хорошо, а я хочу в своем доме умереть». Вскоре в течение нескольких дней отмечался период сниженного настроения. Плакала, высказывала идеи малоценности: «Я за всю свою жизнь ничего не сделала, только обед варила». К персоналу обращалась с просьбой не заботиться о ней, «оставить как есть», говорила, что она не стоит такого ухода, «пусть лучше о других заботятся чем о ней. Затем это состояние прошло. Дочь обещала забрать ее домой на следующей неделе. Настроение повысилось. Охотно вступала в контакт, шутила, поддерживала других больных и ухаживала за ними. Была выписана домой на поддерживающих обезболивающих препаратах. Через неделю скончалась дома в ясном сознании. Спокойная. Перед смертью просила привести внуков, чтоб «поглядеть в последний раз».

И в этом случае шоковый период отличался остротой, но здесь это была преимущественно эмоциональная реакция. Страх и тревога «мешали идти», казалось, что должна «вот-вот умереть». Тем не менее эта реакция была не продолжительной: на следующий день уже проявилась достаточно реалистическая оценка ситуации: «Я же сейчас жива». Этот же реализм не дал развиваться реакции отрицания болезни. Элементы ее отмечались у больной эпизодически. «Вспыхивала надежда, а вдруг пронесет», но тут же трезво отметала эти мысли: «Я уже достаточно пожила». В этом ключе интересно оценить момент, когда дочь просила врачей не говорить матери правду «о раке». А мать, чтобы не травмировать дочку, соглашалась, что у нее доброкачественная опухоль. Агрессия была у больной довольно невыразительной и проявлялась в реальных раздражениях в адрес дочери. В дальнейшем больная раскаялась и просила прощения. Наиболее четок был *период депрессивных переживаний*. Следует отметить, что он довольно типичен для больных группы «циклоиды», чья психика существует в основном в двух ипостасях: от веселого состояния к грусти. Элементы депрессии со сниженным настроением, идеями малоценности («я не стою ваших забот»), отказами от еды вскоре сменились легкой эйфорией, когда больная узнала о выписке домой. *Период примирения* периодически возникал, чередуясь с другими состояниями. Кончина больной произошла в состоянии покоя, реалистичного взгляда на ситуацию. И так, как хотела больная: дома, в окружении родных.

Рассмотрим подробнее проявление психогенных реакций этой группе больных, которые, как мы помним, живут преимущественно эмоциональной жизнью, контактны и синтонны.

Первая *шоковая* реакция от полученной информации проявлялась довольно сильной тревогой и страхом, тем не менее ее период не затягивался и нередко больной успокаивался мыслью, что смерть возможна, близка, «но сейчас я жив». *Период отрицания* также был достаточно коротким, борьба с истиной и вытеснение ее обычно не затягивались. Потребность в реальном знании о диагнозе и прогнозе была достаточно выражена, и само отрицание болезни возникало скорее как принятие игры, которую затеяли окружающие близкие люди. В своем большинстве пациенты этой группы, в отличие от шизоидов, хотели знать правду о *реальном* положении вещей. В этот период больные пытались занять себя внешними делами, уйти от мыслей. Психологическое время для них замедлялось, и в связи с возросшей активностью (попытка занять себя) все они продельвали массу дел, но никак не могли заполнить время, которое для них растягивалось. Чувство пространства также расширялось.

Некоторые больные говорили, что ощутили себя крошечными муравьями в гигантской вселенной. Окружающий мир приближался к ним. Ощущение родства с природой, нежность и любовь к растениям, животным, утешение от общения с лесом, рекой, цветами, поддерживало их. Борьба за жизнь была выражена не более, чем готовность к принятию своей судьбы. Заболевание расценивалось как несчастье, но не как возмездие.

Период агрессии также был выражен нерезко и длился недолго. Если возникали чувства раздражения, неприятия, озлобленности, то одни находили подтверждения в фактах реальной жизни, и упреки были справедливыми, другие винули врачей и близких за сокрытие правдивой информации о болезни. В конфликтах отсутствовала мстительность. Сам характер агрессивных реакций проявлялся во вспышках гнева, и после короткого «выплеска» больные быстро отходили, просили прощения. Аффект агрессии был скорее направлен на самого себя, чем на окружающих. Явлений подмены объекта, замещений, характерных для группы шизоидов, не отмечалось. Больные не срывали злобы на ком-то, непричастном к ситуации. Также мы не могли фиксировать долгого поиска причин болезни. Чувство времени несколько ускорялось. Любопытно, как один больной заметил по поводу своего почерка: «Я увидел, что мой почерк изменился, я словно торопился высказать свои обиды, и почерк был не мой». Близость смерти в этот период расценивалась как урок для окружающих его родных, не замечавших прежде, кто (какой человек) работал и заботился о них. В отношении себя больные часто проявляли недовольство, осуждали свое тело, которое их подвело.

Период депрессии у этих больных был наиболее выражен. Наряду с печалью, тоской больные высказывали идеи малоценное™, упрекали себя, что не успели вырастить детей, не успели чего-то (главного) сделать, завершить работу, корили себя за лень. Психологическое время для /них, как будто остановилось, больные отмечали, что их тяготит ожидание: «Ожидание тяжелее смерти». Ощущение пространства также заставляло чувствовать себя маленькими, не нужными всему этому большому миру. Больные нуждались в контакте. Их чувство печали, не замыкающееся на самом себе, требовало разделить его с кем-то. В отношении болезни отмечалось некоторое преувеличение тяжести симптоматики. Нередко больные жаловались на боли и забывали о них в процессе беседы, когда удавалось излить свое горе.

В *период принятия* эту группу циклоидных больных, наверное, правомерно было бы назвать реалистами. Этап принятия ситуации характеризовался естественным, спокойным и уравновешенным состоянием. Мы отмечали, что больные, взяв себя в руки, скорее успокаивали родных, чем сами нуждались в успокоении. Для них в этот период характерно исчезновение чувства времени. Больные живут повседневной жизнью, настоящим, в отличие от всех других групп. Подытоживая, они оценивают свою жизнь, пишут письма близким, прощаются с родными, благодарят врачей, пытаются оставить о себе хорошую память. Спокойно, без эмоций обсуждают, где и как их похоронить. Складывается впечатление, что больные растворяются в пространстве, сливаются с окружающей жизнью. Так, один больной, любовно обнимая дерево, сказал: «Ну, я-то уйду, а деревья, трава, цветы останутся, да и тело мое превратится в какое-нибудь из растений и будет кого-то радовать». Следует сказать, что эти больные наиболее приятны и для персонала, и для окружающих их близких людей.

III. Приведем пример из наблюдений над третьей группой больных с преимущественно тревожно-мнительными чертами, так называемых «психастеников» (71 человек).

Больная Р., 62 лет, в прошлом медсестра, по характеру крайне тревожная, мнительная. Несколько лет назад потеряла мужа, который скончался от рака желудка, тогда же решила, что ей суждено также умереть «от рака». Ходила обследоваться к разным специалистам, главным образом онкологам. Никак не могла успокоиться, обращалась к невропатологу и психотерапевту. Они дали реланиум, но он не помог, три года назад гинеколог «что-то обнаружил в яичниках». «Сразу поняла, что дело плохо. Врач же тянул резину и не говорил правды», хотя назначил гормоны и химиотерапевтическое лечение. Жила постоянно «как будто меня жарили на медленном огне». Наконец, положили в стационар и сделали операцию. Врачи сказали, что «все хорошо, однако гистологию мне не показали». Решила найти врача, который бы все сказал ей «на-

чистоту». Разговор этот состоялся, но результат был непредвиденным. Получила информацию, что у нее злокачественные клетки, хотя все удалено и метастазов нигде не обнаружено. «Правда чуть меня не убила, хотя я и ожидала ее. С трудом вернулась домой и три дня «выла», запершись в комнате. Хорошо, что была одна, чтобы отправили в психиатрическую больницу». С этого времени потеряла сон. Возникли навязчивые мысли о смерти. «Представляла, как буду умирать, лежать в гробу». Написала завещание, по многу раз прощалась с родными. Меж тем, когда проходила курсы химиотерапии, несколько успокаивалась. Вообще, контакты с медиками давали успокоение, тревога облегчалась. «Белый халат стал символом надежды. Возвращаясь домой, надевала белый халат или вешала его на виду. Обзавелась многими знакомыми из врачебного мира. Постоянно звонила им, и беседы несколько успокаивали». Возникла мысль попытаться забыть о болезни. «Пусть врачи лечат, а я буду жить сколько Бог даст». Написала письмо Кашпировскому, истратила деньги на известных («важных») гипнотизеров и экстрасенсов, которые должны были внушить ей покой и забвение болезни. Эффект от лечения бывал крайне непродолжителен. Внушению поддавалась очень плохо. «Только поверишь на мгновение, что все в порядке, как тайная мысль — а гистология, а рак? И все сначала». Тогда возникла озлобленность против «шарлатанов», одновременно возненавидела весь мир — «все здоровы, живут и не мучаются, а я страдаю, как на кресте...»

Реакции раздражения были недолгими, чаще обращались на саму себя. В хоспис поступила с диагнозом рак яичников IV стадии, чтобы «снять тревогу». Окружение больных вначале как-то успокоило, «не я одна», затем стало раздражать. Требовала особого подхода. Постоянно искала контакта с персоналом, но выговорить свою тревогу не могла. В конце пребывания в стационаре отмечала, что «мир как-то изменился», она не чувствует «яркости красок». «Все блекло, как сквозь туман». Просила дать возможность проконсультироваться у окулиста. По выписке продолжала часто звонить, вызывала на дом выездную службу, чтобы поговорить и успокоиться. Назначение феназепама несколько купировало состояние. Лекарства, назначенные до этого времени, принимала «по своему усмотрению». Боялась «переесть таблетки». Дома боялась оставаться одна, постоянно вызывала внука или ездила ночевать в квартиру дочери. Испытывала страх умереть во сне. *Период принятия* своей судьбы был своеобразным, поскольку совпал с развитием деперсонализационного синдрома. Ощущала себя «живым мертвецом», «ничего не чувствовала»: «Теперь и умереть не жалко, все равно я словно и не живу». Скончалась на руках близких, и, возможно, от инфаркта миокарда. Последние слова были: «Ну вот, слава Богу, хоть не от рака помираю». Как видно из этого случая, характерной особенностью психастеника на протяжении всей болезни является наличие

выраженного тревожно-депрессивного синдрома с навязчивостями. Он проходит сквозным путем через все этапы реагирования больного на известие о смерти; отрицание, агрессию, депрессию и принятие. Логична трансформация его в деперсонализационно-дереализационный синдром. Однако попробуем обобщить картину динамики психогенных реакций на всех этапах с учетом опыта других больных этой группы.

Период шока порождает у психастеников невыносимый ужас. Если реакция страха иногда может иметь позитивный характер, мобилизуя личность, то состояние ужаса полностью парализует психическую жизнь больного. Люди не могут овладеть собой, порой совершая при этом самые нелепые поступки. Так, один больной в течение недели метался то в Москву, то обратно, не в силах справиться с охватившим его аффектом. Второй пытался немедленно покончить с собой. Третий потерял речь и долгое время не мог говорить. Другие больные отмечали свою первичную реакцию на информацию как оглушение от удара. Следует сказать, что у некоторых больных отмечалось предин-фарктное состояние.

Период отрицания носит мучительный характер, и, хотя длительность его в наблюдаемых случаях была невелика, он постоянно возвращался до последнего момента. Чувство нереальности («это не со мной»), деперсонализация («это не я»), нередко возникали на фоне тревоги. Следует отметить, что в эти периоды больные ориентировались не на себя, а на окружающих людей, на авторитет близких, знакомых, врачей, медсестер. Внешне больные активно отбрасывали саму мысль о болезни, но фактически постоянно металась между противоположными точками зрения. Попытка больных узнать правдивую информацию о себе и своей болезни на самом деле не означала реального желания узнать правду. Больной боялся ее, причем пытался отсрочить конечную информацию. Иногда возникал парадоксальный страх страха, больные боялись, что «страх убьет их». Психологическое время невероятно ускорялось, чувство пространства расширялось, и больные теряли себя в нем. Им хотелось какой-то стабильности, но они не могли получить ее. Свое тело они ощущали как клетку, в которой закована их душа, так же как и они сами, телесные, обреченная на смерть. В поисках стабильности предпринимался поиск позитивных референтов, завязывалась дружба с врачами, медсестрами, одновременно составлялся круг знакомых среди онкобольных. Последнее обстоятельство (общение с себе подобными), как признался один больной, помогло принять негативную информацию: «В толпе умереть не так страшно». Пребывание в хосписе вызывало положительную реакцию, поскольку больные отмечали, что определенность лучше метания. В отношении своего тела больные испытывали страх, отчуждаясь от него и ожидая увидеть худший вариант, чем на самом деле. *Период агрессии* был выражен слабо, агрессия почти

не была направлена на окружающих. В основном агрессивные тенденции реализовывались в отношении себя. Больные искали причины в прошлой жизни, бесконечно перебирая причины причин. Иногда — фантазировали на тему своей смерти и возможности суицида, на который почти никогда не решались. Они жаловались на неспособность концентрировать внимание, на постоянные колебания настроения: от надежды к отчаянию, отмечали, что борьба с собой «отнимает все силы». Часто отмечалось возникновение навязчивости. Больные предполагали, что, свершив какой-либо ритуал, они избавятся от своей судьбы, улучшат свое состояние. Поиск помощи в церкви перемежался с поисками гипнотизеров и экстрасенсов. Затем пациенты начинали обвинять себя то в излишней доверчивости, то в глупости. Контакт с близкими был нарушен. Потребность в постоянном диалоге реализовывалась в виде монологов с самим собой.

Период депрессии характеризовался наличием тревожного компонента. Наиболее часто явления агитированной депрессии перемежались с явлениями деперсонализации. Примечательно высказывание больного с ярко выраженными явлениями сомато-психической деперсонализации — он заявлял так: «Я уже не чувствую своего тела, как будто оно умерло, но может, я себя почувствую, когда буду умирать на самом деле». Ощущение времени ускорено, и больные часто торопятся что-то сделать в «оставшиеся дни», и обычно ничего не успевают. Идеи виновности, малоценности, осуждения себя сопровождаются копанием в прошлом. Больные много говорят о смерти, до конца не веря в нее. Их цепляние за жизнь — это скорее проявление страха перед смертью. Больные постоянно заняты поиском лекарств, испытывают потребность лечиться до последнего момента. В отношении окружающего пространства пациенты заявляли, что не находят в нем своего места. Гармония природы не утешает, поскольку не относится к ним. Одновременно направленность на прошлое и фантазирование о будущем не дают возможности принять реальность настоящего.

Период принятия фиксировался крайне редко и продолжался обычно недолго, сменяясь поочередно предыдущими стадиями. Чаще всего этот период возникал на фоне истощения аффекта. Больные впадали в апатию, но это не тяготило, а скорее радовало их, потому что наступало избавление от тревоги: «Мне хорошо, потому что все решено». В то же время больные нередко проявляли заботу о родственниках, торопливо переписывая завещание, старались все вспомнить и не обидеть никого из близких, отдавали распоряжения, просили прощения, убеждали родственников не тратить много денег на похороны, потому что им будет все равно. Часть больных находила утешение в религиозных представлениях, придавая большое значение ритуалам, приходу священника, чтению молитв; к своему заболеванию относились безразлично, сове-

товали родственникам провериться у онкологов, окружающего персонала стеснялись, просили не прикасаться к ним, чтобы «не подцепить» чего-то.

IV. Рассмотрим случай больной из группы демонстративных личностей, так называемых «**истероидных**» (38 человек).

Больная К., 43 лет, музыкант по образованию, замужем, имеет пятилетнюю дочь. По характеру общительная, жизнерадостная. Окружающие считают ее «яркой личностью» со многими талантами, из которых наиболее значимый «умение быть красивой при всех обстоятельствах жизни». Всегда имела много поклонников, однако не могла сделать выбор. Вышла замуж поздно, за «морского офицера», который «любил море так же, как она». Взаимоотношения в семье не складывались. Во время очередной ссоры, когда она была беременна, муж ударил ее в грудь, «и на этом месте в дальнейшем выросла опухоль». Известие о диагнозе перенесла стойчески, решила, что «быть амазонкой» (после удаления груди), это значит «остаться в седле» и «бороться, пока хватит сил». Однако, когда ей предложили через некоторое время удалить вторую грудь, а также придатки, почувствовала себя «на краю пропасти». Это ощущение «высоты, с которой можно упасть» осталось с ней навсегда. В тот момент, когда оно пришло, К. выходила из кабинета врача, держась за стену и избегая подходить к окнам: «Казалось, что могу "выпасть"». Однако справилась и с этим наваждением. В онкологической клинике была «центром» для больных. К ней «все обращались за поддержкой», и она «никому не отказывала». Выйдя из больницы продолжала работать. Мужа заставила «съехать с квартиры». Видела в нем причину болезни. Разоблачала его «истинную сущность» перед общими знакомыми. «Много раз вызывала его на разговор», требовала, чтобы «покаялся», отказался от ребенка, которого «тоже убьет, как и ее». Признавалась, что «не может оставаться одна». Осенью поехала в Павловск «прощаться с парком». Шла по аллеям и плакала. К ней участливо подошел какой-то мужчина. Она стала вдруг рассказывать ему всю свою жизнь. «Рыдала» до того, что с ней случился обморок. Вообще же не разрешала себе «расслабляться». Чувствовала ответственность перед подругами по несчастью и перед окружающими людьми. За жизнь боролась с отчаянным упорством, хотя отказывалась от химиотерапии, когда узнала, что могут выпасть волосы, хотела оставаться «женщиной до конца». За две недели до кончины переговорила с онкологами. Поняла, что дальше бороться не сможет. Обратилась к священнику, причастилась. Собрала всех знакомых для прощания, но не смогла «поговорить с каждым». Хотела «пристроить дочку», чтобы какой-нибудь «хороший человек удочерил ее». Перед кончиной просила одеть ее в концертное платье. Сказала дочери, что будет хранить ее «с того света», и пусть та не боится ее.

Картина, приведенная в данном описании, достаточно ярка и типична и не нуждается в специальном анализе. Через все стадии проходит реакция отри-

цания болезни и смерти. Душевные переживания постоянно ищут опоры у окружающих. Потребность в зрителе заставляет воспринимать поведение больной как своеобразную игру, где сценой является сама жизнь.

Проследим теперь динамику клинической картины в опыте других больных этой группы. В *период шока* первоначальная информация вызывала часто явно шоковые реакции, у больных проявлялась симптоматика ступора или суб-ступорных состояний, а также явления «фуги». Характерна оценка их поведения по описанию близких: больной как бы слышит то, что ему сказали, но по выходу из кабинета врача долго не может отвечать, словно продолжает не слышать. Другой вариант: в ответ на нежелательную информацию больная внезапно начала смеяться, смех — до икоты. Третий вариант реакции: больная стала рыдать, бесконечно повторяя: «Мама, мамочка, где моя мама?» Часть больных отмечали обмороки, у некоторых отказывали ноги, их приходилось вести к родственникам.

В *период отрицания*, пожалуй, ни у кого из других групп не были так ярко выражены явления вытеснения информации. Уникальная способность не слышать того, что они не хотят, не воспринимать реальности, давали иной раз картину эйфории. Больные вели себя так, словно избавились от какой-то опасности и жадно наслаждаются жизнью. Период отрицания мог затянуться до последнего момента. Ощущение времени у больных ускорялось, но они постоянно пытались его обогнать, получить как можно больше впечатлений, которые бы заглушили их скрытую тревогу. Ощущение пространства не было постоянным, и больным было его то мало, то слишком много. Нередко мы сталкивались с бравадой, когда больные говорили, что спокойно примут смерть, что знают о своем прогнозе. Более глубокий контакт выявлял, что больные начисто отрицают свой диагноз и возможность смерти.

Период агрессии часто обнаруживал, как больные могут подменить ситуацию. Одна из наших пациенток после разговора с онкологом придралась к поведению мужа и на следующий день затеяла развод, требуя немедленно его оформить. Другие больные нередко бросались «в политику»: их увлекали какие-то политические события, разоблачения, пикетирование мэрии. Однако нередко агрессия направлялась непосредственно на близкого человека: «Этот ты убил меня». Обвинений самого себя почти не случалось. Ощущение времени было непостоянным — то ускорялось, то замедлялось, однако больные воспринимали его достаточно гармонично. Обладая пластичной психикой, в период агрессии больные демонстративно высказывали суицидные тенденции, заявляли врачам: «Скорее бы смерть!» В другой раз, задавая врачу вопросы о диагнозе, предлагалась готовая установка: «Скажите правду, ведь у меня не рак, ведь еще не все потеряно?» В своих взаимоотношениях с окружающими больные были агрессивны, кроме как в отношении выбранного самостоятель-

но врача, которому доверяли. К своему телу относились бережно, старались сохранить эстетичность.

Период депрессии. Явления депрессии не отличались глубиной, часто выплескивались — со слезами, истерическими сценами прощания. Последние скорее напоминали театр. Сновидения больных сопровождалась красочностью и многозначительностью, пациенты требовали их истолкования.

В этот период у них возникала потребность в постоянном контакте с окружающими. Инфантильность психики больного нередко вызывала представление о контакте с ребенком, ожидающим постоянного утешения и не могущего оставаться наедине с самим собой. Часто мы были свидетелями, как больные оплакивали самих себя. Чувство времени замедлялось. Больные в этот период были ориентированы на будущее, фантазировали о своих последних минутах, о похоронах и о жизни близких после их смерти.

Период принятия. В этот период мы сталкивались с проявлением экстагической религиозности. Больные часами могли говорить на духовные темы, умилялись своим открытиям, расспрашивали окружающих, простит ли их Бог и попадут ли они в рай. У многих отмечалось переживание потусторонней жизни. Их фантазии и представления нередко реализовывались в символических сновидениях. Иногда возникал интерес к тому, как будут происходить их похороны, как они будут выглядеть в гробу. Одна больная попросила сфотографировать ее в позе умершего человека, чтобы «посмотреть на себя со стороны». В то же время они продолжали не верить, что умрут. Личностные особенности этого типа больных позволяли включить и мобилизовать на уход за ними всех родных и знакомых. «На всякий случай» больных посещали (по их просьбе) экстрасенсы и «колдуны». Одновременно в форме сделки шел диалог с Богом: «...сотвори чудо исцеления, и я полностью поверю в тебя». Любопытно, что способность к самовнушению порой помогала больным избегать выраженного болевого синдрома. Но демонстративный характер переживаний, их театральность не позволяли нам полностью признать этот период стадией принятия, поскольку в глубине его отчетливо прослеживалось отрицание пациентами смерти.

V. Приведем случай из группы так называемых «эпилептоидных» пациентов (69 человек).

Больной Г., 54 лет, инженер, женат, имеет взрослого сына. По характеру стеничный, привык быть лидером в семье и на работе. Требователен к себе и окружающим. Считает, что нужно быть во всем «точным». Педантичен до мелочей. Заявляет, что в жизни незначительных вещей нет. 5 лет назад был оперирован по поводу рака прямой кишки с выводом ануса на брюшную стенку. Тяжело переживал операцию. Сообщил, что всегда был брезглив, а тут приходится «брезгать самого себя». Если б знал раньше, что его будут оперировать.

не стал бы «тянуть ляжку», а покончил с собой. Тем не менее долго считал, что у него все «хорошо обошлось» и — будет жить до 70 лет, самое меньшее. Когда обнаружили метастазы в печени и явления асцита, «понял все по глазам родных». В течение недели не вставал с постели, отказывался от еды и не отвечал на вопросы близких. Заявил, что хотел бы умереть сразу (быстро). Потом выдал крайне агрессивную реакцию в адрес лечащего врача и оперировавших хирургов. Обвинял их в невежестве, в том, что не предупредили его о диагнозе, а дали гарантию, что он «еще их самих переживет». С угрозой говорил, что, если бы хватило сил, он бы и в самом деле их пережил. Эта реакция периодически повторялась, лишь только заходила речь о его болезни. Вскоре переключился на самолечение. Приглашал экстрасенсов, поверил в них. Стал придерживаться строгой диеты. Начал читать мистическую литературу. Отметил, что ему открылась жизнь с «другой» стороны и он даже благодарен судьбе, которая послала ему болезнь, чтобы «открыть ему глаза». Порой был экзальтирован, учил близких «пониманию» жизни. Настроение носило почти эйфорический оттенок. Ухудшения состояния как будто не замечал. Однако за три дня до кончины сообщил близким, что «игра проиграна» и он умирает. Срочно стал составлять завещание, заканчивать все дела. Пытался утешить жену. Приказал ей держать себя в руках, заявил, что твердо знает теперь, что смерти нет. Ночью видел ангела-хранителя, от которого получил благодать Веры. В день смерти ушел причаститься. После этого просил не мешать ему и всем выйти из комнаты. Когда близкие вошли, лежал со скрещенными на груди руками уже мертвый.

Опять мы видим, что *шоковая стадия* была выражена довольно резко. Неделю лежал в постели, пытаюсь умереть. *Реакция агрессивности* проявилась прежде периода отрицания болезни. Своеобразие последней заключалось в попытке справиться с болезнью оккультными методами, требовавшими забвения болезни и утверждения себя здоровым. *Депрессивная фаза* совпала с шоковой реакцией, а затем эпизодически проявлялась, хотя и не давала выраженной картины. *Реакция принятия* характеризовалась обращением пациента к Богу, примирением со своей судьбой. Личность, несомненно сильная, до самого конца осталась верной себе. Во всех перипетиях его воля принимала участие, внося те или иные коррективы.

Подытожим характер этих реакций, учитывая опыт общения с другими больными этой группы.

Шоковая реакция развивается не сразу, но зато длится долго, поскольку пациенты часто обладают выраженными тормозными реакциями (тугодумы). Восприятие на вербальном уровне опережает эмоциональную сферу. Зато аффект, охватывающий больного, носит брутальный характер, чаще всего это реакция страха, но он может замещаться агрессией и аутоагрессией. Реакция

страха довольно отчетливо выявляет две стадии — парализующую и мобилизующую. Больные рассказывают, что над ними «меркнет небо, солнце». Затем появляются вопросы: «Почему?», «Откуда?», «Как «ударил этот камень?»».

Период отрицания. Учитывая активность, «бойцовские качества» больного, его состояние в этот период определяется его установкой. Торпидность аффекта затягивает этот период. Интересно, что, когда отрицание развивает достаточную силу, больной почти близок к эйфории. В этот момент ему необходимы собеседники, убеждая которых он с их помощью убеждает себя самого. Игра с самим собой включает близких друзей, медицинский персонал, которых больной заставляет поддерживать свое отрицание. И если это удастся, он испытывает счастье. В арсенале его логики десятки примеров, когда врачи ошибались в диагнозе, а также доказательства, что с ним не может быть этого. Время растягивается, пространство, напротив, сужается. Больной ощущает, что над ним «нависла невидимая туча». Он охотно вступает в контакт с окружающими, но стремится подчинить их своему мнению.

Период агрессии. В этот период агрессивность больного также носит brutальный характер. Больной начинает мстить тем, кто еще вчера вторил ему, отрицая диагноз. И одновременно он пишет жалобы, вступает в конфликты с теми, кто, по его мнению, был недостаточно оперативен в постановке диагноза. Криминогенная готовность больного нередко толкает его на физическую расправу с объектом агрессии. Следует подчеркнуть, что агрессия этого типа больных — тоже бегство от себя, от истины, от «поражения».

Взрывы ярости заставляют больного то писать, то рвать завещание, звать родных и прогонять их, подозревать близких людей в корысти. Нередки суицидные тенденции. В этой группе пациентов они реализуются чаще, чем во всех других. Чувство времени сужается, ощущение пространства также искажено — в сторону уменьшения. Все окружающее для больных являет собой преграду, которую они должны преодолеть. В палате эти больные стремятся занять лидирующее положение, подчиняют других своей воле, с окружающими постоянно вступают в конфликты. В отношении заболевания отмечается персонификация рака, который иной раз они пытаются уничтожить самым варварским способом: «сжечь йодом», просят «вырезать» метастазы, «не считаясь с риском». Период агрессии длится недолго, но носит взрыво-образный характер.

Период депрессии. Чаще наблюдается тревожная анксиозная депрессия. Чувство времени носит парадоксальный характер. С одной стороны, больные заявляют, что время течет, «как густое масло», с другой — ощущение близкого конца заставляет считать минуты, часы, дни. Больные часто пытаются фиксировать свое состояние, ведут дневники. Установка на поиск случившегося заставляет бесконечно анализировать прошлое. И в этот период больные переносят

эффект агрессии на себя. Период депрессии особенно мучителен, потому что больные не могут ничего делать, и это еще больше дестабилизирует их психику. Нередко они замыкаются, и горе тому, кто пытается вывести их из этого состояния. Депрессивная реакция может мгновенно смениться агрессией.

В отношении своего тела — крайне негативные тенденции, больной часто заявляет, что ненавидит себя, брезгует своим телом.

Период принятия. Этот период нестабилен, периодически сменяется другими стадиями. В то же время он проявляется достаточно ярко, если больной становится религиозен и принимает религиозную точку зрения на бытие. Пациент зачастую сообщает, что «начал общаться с иным миром», «почувствовал свой дух». Энергия, прежде направленная на этот мир, переключается на загробный. Возникают частые сновидения, где больной общается со своими родными. Установка нередко вызывает иллюзорное восприятие. Так, одна больная сообщила, что в момент, когда тушат свет, икона Божией Матери улыбается ей или смотрит на нее особым образом. В то же время иные больные крайне негативно воспринимают информацию о потустороннем мире. Выйдя из состояния комы, одна из наших пациенток раздраженно заявила: «Все ложь, там ничего нет, нет Бога. Там сплошная пустота». В основном больные продолжают жить прошлым, но проецируют его на будущее. Их переживания постоянно связаны с прощанием. В отношении приближающейся смерти появлялся практический интерес - например, они пытались узнать, как лежать, когда будешь умирать. При этом к телу по-прежнему сохраняется агрессивное отношение. Большинство больных просит сжечь их. Несмотря на практичность и предусмотрительность, больные часто не оставляют завещания, поскольку «никому ничего не надо», «все равно все умрут».

Роль врача в сообщении больному информации о неблагоприятном диагнозе

Общение с умирающим человеком относится к наиболее напряженным и тягостным компонентам врачебной деятельности. Современная обиходная культура отказывается принимать смерть как нормальное явление. В ней видится враг, с которым следует сражаться, не ограничивая себя ни средствами, ни временем. О ней можно говорить лишь отвлеченно от конкретного человека, собеседника как о чем-то, что имеет отношение лишь к некоему объекту наблюдения.

В результате тотального оптимизма, возведенного в ранг государственной идеологии, все внимание, все усилия общества должны были быть сконцентрированы на жизни, и смерть не должна была омрачать настроений общества.

занятого построением рая на земле. Примерно такое же отношение отмечалось и в развитых капиталистических странах, где его величество «бизнес» превращал жизнь в хорошо отлаженный механизм, а смерть — в досадное недоразумение.

Умолчание смерти таило под собой страх общества и особенно в нашей стране, где диагноз смертельного заболевания всячески скрывался от больного, что было узаконено в так называемой медицинской деонтологии. Умолчание — страх — ложь — отчуждение — депрессия складывались в логическую цепочку, отражавшую общую тенденцию к отрицанию негативных сторон жизни.

Тщательное оберегание молодежи от контактов со смертью и умирающими приводило к своеобразному отрицанию смерти и, соответственно, обесцениванию самой жизни. Встречаясь со смертью лишь на экранах, молодежь не переживала ее реальности. Агрессивность, которая заняла место среди наиболее предпочитаемых у молодежи качеств, во многом обязана забвению смерти.

Сугубо специальным — медицинским — следствием неприятия смерти было и сокрытие диагноза и прогноза от больного. Неблагоприятный прогноз включался в круг «врачебной тайны», которую предлагалось тщательно охранять от больного. Сторонники дезинформации пациента о прогнозе объясняют свое отношение к истине необходимостью уменьшить вероятность развития реактивных психических расстройств у больного. Предполагается, что ложный благоприятный прогноз, «деонтологическая легенда» облегчает течение болезни, что не только аморально, но и неверно по существу, поскольку не совпадает с реальной динамикой клиники заболевания.

Не случайно Европейское совещание по правам пациента (Амстердам, 1994) приняло «Декларацию», которая в числе других определила право пациентов на исчерпывающую информацию о состоянии своего здоровья, включая медицинские факты относительно своего состояния, данные о возможном риске и преимуществах предлагаемых альтернативных методов лечения.

Пациент имеет право на представление сведений о возможных последствиях отказа от лечения, информацию о диагнозе, прогнозе и плане лечебных мероприятий.

Однако знание важности такого поведения еще не означает легкости его реализации. Большая часть семейных врачей предпочитает не говорить о смерти с умирающими. В одном из исследований было показано, что они предпочитают говорить о фатальном исходе скорее с женщинами (22%), чем с мужчинами (15%), чаще с людьми более высокого социального класса (24% и 5% — среди мужчин и 30% и 26% — среди женщин). Многие из врачей, которые заявляют, что они теоретически уверены в необходимости обсуждать с боль-

ным подобные вопросы, на практике часто используют всяческие уловки для умолчания правды.

Особый подход к умирающим больным накладывает особые требования к любому медику, работающему с пациентом. Одним из основных принципов психотерапевтического отношения является заповедь «Не навреди». Для этого с самого начала необходимо внимание к нуждам и желаниям пациента. Мы должны предполагать или знать, чего хочет пациент. Попытка навязать ему свою поддержку, свои представления может быть попросту не принята пациентом. Потому в работе с умирающим больным необходимо прежде всего уметь слушать и слышать его. Каждый из нас обладает системой психологической защиты, она индивидуальна и в основном столь совершенна, что реакция адаптации происходит самопроизвольно. И опасно неумелыми или нежелательными действиями разрушить ее.

Потому-то в центре внимания при ведении терминального больного должен быть пациент, личность которого нередко игнорируется, а вовсе не сама болезнь (ее нозологические особенности, клиника, специфические методы лечения). В ситуации, когда дополнительные лечебные мероприятия не могут принести пользы, пациент особенно нуждается в общении с тем врачом, который окажется способным организовать личностно-ориентированную систему терапии с акцентуацией внимания на вопросах его эмоционального и физиологического комфорта.

Следует избавить пациента от изоляции по отношению к близким ему людям. Ширма, которой он отгораживается от других больных, выполняет функцию могилы, разверзшейся перед ним еще до кончины. Молчание — вразуми умирающего и служит лишь увеличению степени его изоляции от общества. Семья и друзья больных раком часто объясняют свое нежелание обсуждать с ними тревоги и страхи тем, что это может вызвать у больных беспокойство, которого у них не было до того. В этом случае человек рассуждает примерно так: «Если я спрошу его, переживает ли он по поводу лучевой терапии, то он начнет переживать даже в том случае, если он не думал об этом, пока я его не спросил». На самом деле так не бывает. Это, в частности, подтвердили результаты исследований, проведенных в 60-х годах в Великобритании психологами среди смертельно больных людей.

Исследования показали, что разговоры с друзьями и родственниками не ведут к появлению новых страхов. Наоборот, страх усиливается, если человек не имеет возможности рассказать о нем. Люди, которым не с кем поговорить, чаще страдают беспокойством и депрессиями. Другие исследования показали, что серьезно больные люди сталкиваются с тем, что с ними перестают разговаривать, и от этого они страдают еще больше. Стыд является одной из причин, которые заставляют человека скрывать свои чувства. Многие стыдятся проявлений беспокойства и страха.

Им действительно страшно, но при этом они считают, что «не должны» бояться, и поэтому стыдятся собственных чувств. Можно по-настоящему помочь близкому человеку, если выслушивать его страхи и говорить о них. Для больного это служит доказательством, что его понимают и принимают его чувства, а также помогает ему справиться со своим стыдом и страхами.

Очень часто внутренний мир пациента находится под прессингом родных, которые, проецируя свои страхи на пациента, заставляют его играть роль оптимиста, упрямо ожидающего «завтрашнего» улучшения и выздоровления. С первых же контактов с семьей необходимо убедительно показать, что врач будет служить в первую очередь пациенту, который находится в здравом уме и, разумеется, имеет свои права на жизнь и на полноценную информацию о ней. Той же позиции служения, а не навязывания своих условий доктор ждет и от семьи. Предупредив родственников, врач получает возможность более свободно общаться с пациентом.

Психологически верным будет найти время и специальное место для беседы с больным о столь жизненно важных для него проблемах. Это специальное время определяется не врачом, а пациентом, так как врач и пациент должны будут вместе пережить следствия негативной информации. Место необходимо найти там, где никто не мог бы помешать беседе. Если мы требуем тишины в театре, то, понимая значимость не только каждого слова, но и тона беседы, необходимо создать для нее идеальные условия. Речь идет о жизни, и мелочами нельзя пренебрегать, ибо можно случайным, непродуманным движением психологически убить пациента. Не лишним будет привести пример из практики, который об этом свидетельствует. В онкологическом институте молодой врач во время перевязки послеоперационной раны непроизвольно поджал губы и слегка закатил глаза. Пациентка очень доверяла врачу и внимательно следила за выражением его лица, пытаясь оценить свое состояние по его реакции. Вернувшись в палату, она стала плакать. Соседям объяснила, что врач, открыв рану, изменился в лице, поджал губы и закатил глаза. Из этого она поняла, что ее состояние безнадежно. К вечеру у нее развился инфаркт и она скончалась.

Разумеется, пациент должен испытывать доверие к тому, кто вступает с ним в диалог, чтобы дать правдивую информацию. В хосписе в этом случае нет приоритета за лечащим врачом. Каждый пациент, обладая своими характерологическими особенностями, может выбрать для себя любого из персонала, к кому испытывает симпатию и доверие. Потому к беседе с больным должен быть готов любой человек из персонала.

Понимание того, что хочет пациент, и готовность к совместному переживанию «информации на двоих» поможет в успешной беседе. Вступая в диалог, нужно в первую очередь предоставить больному право активной позиции, а самому занять место слушателя. Иногда - пациенту необходимо «выплеснуть»

ся», но всегда нужно помнить, что он внимательно наблюдает за реакцией собеседника. И даже если вы не произнесли ни слова, это может быть истолковано как подтверждение позиции пациента.

На вопросы пациента, что с ним происходит, что это за болезнь или что его ждет, нельзя спешить с ответом. Первое, что необходимо понять, не провокация ли это со стороны больного с целью получить ожидаемый ответ, а вовсе не истину. Для этого существует метод контрвопросов. Например:

— Скажите правду, что у меня и насколько это серьезно, — спрашивает пациент.

— Почему вы задаете этот вопрос? Что вы сами думаете об это? Что вы подразумеваете под серьезностью и как вы сами оцениваете свои силы? — следует ответ.

Вопросов можно задать достаточно много, но из ответов нужно попытаться понять истинные мотивы пациента узнать правду.

Если пациент высказывается в оптимистическом духе, его не нужно разубеждать. Можно согласиться с его точкой зрения, не подтверждая ее. Например: «Возможно, ваше мнение имеет под собой реальные основания. Кто, как не вы, способен оценивать свои силы». В этом случае вы не прибегаете к обману, вы лишь соглашаетесь с возможностью существования определенной точки зрения больного. И в дальнейшем он не сможет обвинить вас в обмане. Доверие к вам не пошатнется, так как «свои карты вы оставили при себе».

Если пациент действительно ждет правдивой информации, он сам скажет и о своем диагнозе, и об ожидаемом прогнозе. При этом задача врача — проконтролировать, что пациент понимает под словами рак, опухоль, злокачественные новообразования, метастазы и т. д.

Важным моментом в информировании больного является принцип не *давать всю истину сразу*. Растяжка во времени, с открытием правды по частям, помогает пациенту созреть для полноты истины. Исключительно чуткая связь с больным позволит заметить, когда информации уже достаточно. В следующий раз беседа будет еще более откровенной и приближенной к истине. Например, раковой больной находится в полном неведении: начинать надо с понятия новообразования, в следующий раз появляется понятие опухоли, затем злокачественной опухоли и, наконец, рак, метастазы и т. я.

Самыми тяжелыми бывают случаи двойной ориентации пациента — в диагнозе и прогнозе. Неверная информация, полученная от хирургов, порой порождает крайне тяжелые недоумения. «Я твой рак вырезал, теперь у тебя нет рака», — заявляет врач, и последующие объяснения в хосписе не принимаются пациентом. Он твердо верит в то, во что ему хочется верить.

Следует сказать, что информация о болезни и прогнозе зачастую не обсуждается с больными. Мы же говорим о способности человека прочесть ин-

формацию через ситуацию, а не путем слов. Значительную роль играет и так называемый язык тела, которым пользуются сотрудники. Специфика повышенного внимания и готовность откликнуться на любую просьбу приводят больных в недоумение. Дурной стереотип обычных медицинских учреждений, где пациент запуган и вынужден обо всем просить, если не сказать выпрашивать внимание персонала, по контрасту с хосписной службой так ярко свидетельствует об особом подходе. И нередко пациенты сами догадываются о том, чем вызвано это милосердие, что за люди им служат и что за специфика учреждения, в которое они помещены.

Вернемся к беседе с пациентом. Контакт с ним должен быть максимально тесным. Медик должен видеть лицо больного, в беседе применять паузы, представляя пациенту возможность проявлять активность. Слушая пациента, поддерживать его, употребляя междометия, или повторяя его последние слова. Идеальным является осуществление физического контакта. В момент дачи информации медик берет за руку пациента или касается его плеча. Тогда аффективный негатив разделяется на двоих. Фактически происходит следующее. «Да, положение безнадежное, но вы не останетесь в одиночестве. На всем пути, который вас ожидает, мы (хосписная служба вкупе с родственниками) будем с вами и облегчим любые трудности». Психологическое наблюдение, что в присутствии кого-либо, особенно врача, медсестры, родных, боль и страдания переносятся легче, работает неукоснительно. Хочется подчеркнуть, что истинно гуманные отношения с больным как раз и требуют не оставлять его одного. Если медик присутствует при рождении, то и конец жизни должен быть обеспечен присутствием его, ибо врач, медсестра, санитарка — не просто работники медслужбы, но и друзья пациента, сострадающие ему в его страданиях. Здесь уместно привести слова одного признанного авторитета из области медицины, который, рассуждая о враче, имеющем дело с неизлечимым больным, говорит: «Его высочайшая миссия начинается там, где кончается возможность излечения больного».

Качество жизни в паллиативной медицине

Работа с умирающими больными по-особому ставит проблему качества жизни. Нередко понятия жизни и смерти совмещаются так, что одно определяет другое и их взаимозависимость приводит к тому, что качество жизни получает оценку качеством смерти и наоборот.

Как же связываются эти понятия? Принципы паллиативной терапии понуждают рассматривать умирание и смерть с позиций жизни. В самом деле, комплексный подход к человеку предполагает всестороннее удовлетворение его нужд и, соответственно, забота о больном выстраивается в медицинском, психологическом, социальном и духовном аспектах.

Медицинский аспект создания качества жизни опирается прежде всего на обезбоживание. Следует подчеркнуть, что боль — один из жизненных показателей, характеризующих состояние пациента; показатель, который должен отмечаться и измеряться так же, как температура, пульс, дыхание, давление, питание и стул. Нелишне напомнить, что наличие и оценку болевого синдрома в цивилизованном обществе делает всегда сам пациент. Вслед за обезбоживанием идет уход, где чистота, покой, отсутствие проблем с едой и стулом создают предпосылки, насколько это возможно, для телесного комфорта.

Психологические проблемы, вероятно, самые трудные, поскольку затрагивают не только внутренний мир пациента, но и взаимоотношения с окружающими, уровень образованности, интересы, мировоззрение больного и его установки на решение своей судьбы. Участие в этих проблемах референтного лица, не обязательно психотерапевта, но возможно и просто близкого человека дает более легкие пути для своего разрешения.

Социальная помощь в создании качества жизни ни в ком не вызывает сомнений. Решение проблем семьи, быта, работы, финансовых вопросов, завещания — все это долг общества пациенту и обратная с ним взаимосвязь.

Потребность в духовной поддержке мы описываем последней, но значимость ее едва ли не первая среди всех перечисленных факторов. В самом деле, опыт показывает, что решение медицинских проблем во всей их полноте не дает еще качества жизни и так называемой легкой, спокойной смерти. Так же психологическая и социальная реабилитации не могут считаться полноценными без духовного аспекта помощи.

Хосписная служба: история, проблемы, перспективы

Практическим воплощением принципов паллиативной терапии является хосписная служба — служба, призванная заботиться об умирающем больном. Хосписное движение зародилось в 60-70-х годах в Англии и связано с именем доктора Сесилии Сандерс, работавшей с терминальными онкологическими больными. С этого же времени отмечается всеобщий интерес к развитию паллиативной медицины. Необходимо подчеркнуть, что возникновение хосписного движения напрямую связано с гуманистическими традициями, которые декларируют особое отношение к страданию и смерти. В этом плане исключительную роль в подготовке общественного мнения сыграло исследование Элизабет Кублер-Росс «О смерти и умирании» (1969 г.), а также работы доктора Рональда Моуди об опыте потусторонних переживаний.

Само слово «хоспис» имеет латинское происхождение и означает — «странноприимный дом». Еще во времена Средневековья существовали такие монастырские дома для заболевших пилигримов, совершавших паломничество в Святую Землю (Палестину). Попав в тяжелые обстоятельства, люди нередко обращались за помощью к Богу. При этом давались обеты совершить паломничество к Святым местам, если их просьба будет услышана. Таким образом, взяв в качестве аналогии пилигрима, хосписы рассматривают каждого человека как странника на земле, чей путь рано или поздно должен закончиться. И в конце своей дороги любой путник может обрести помощь в хосписе.

В настоящее время хосписы — это учреждения, где осуществляется комплексная помощь умирающим онкологическим больным, а иногда и больным СПИДом. Помимо медицинской помощи, занимающейся в широком смысле слова, обезболиванием, уходом за больными и контролем над симптоматикой — то есть всем, что входит в понятие паллиативной медицины, — здесь оказывается психологическая поддержка как больным, так и их родственникам.

В основу помощи умирающим заложен социальный аспект, который взывает к состраданию, милосердию и в большинстве случаев избавляет пациента и его семью от платы за заботу. Принцип, что за смерть нельзя

платить, так

же как за рождение, носит этический, нравственный характер. В самом деле, появление человека на свет и уход из этого мира в обыденном смысле не связаны с его желанием и волей. Естественно, учитывая и беспомощность личности перед лицом судьбы, общество не должно заставлять его расплачиваться за это. Любое, нравственно ориентированное государство, как бы бедно оно ни было, должно брать на себя заботу об этих группах населения. Существуют и многочисленные благотворительные хосписы, помимо бюджетных, которые создаются самим населением. Таким образом, бесплатность заботы об умирающих — один из пунктов философии хосписа.

Социальная поддержка хосписной службы проявляется не только в уходе за самим пациентом, но и в помощи всей его семье в силу того, что заболеваемость и смертность среди родственников резко возрастает после потери близкого человека. Создание группы психологической поддержки семьи снимает эту проблему или, во всяком случае, как-то разрешает ее. Специально обученные психологи или волонтеры ведут работу с людьми, переживающими потерю. Правильная постановка психотерапевтической помощи в случаях «горе-вания» позволяет не только пережить утрату, но зачастую конструктивно решить проблемы дальнейшей жизни.

При хосписах организуются своеобразные волонтерские клубы осиротевших родителей или клубы вдов и вдовцов. В России, в первом хосписе в Лахте, организована подобная служба опеки для детей, чьи родители умерли в хосписе. Подчеркивая нравственный характер социальной службы хосписов, следует также отметить, что наряду с моральной поддержкой в ряде случаев малоимущие слои получают и материальную помощь в виде гуманитарных посылок, бесплатных путевок и медицинской помощи. Эти вопросы разрабатываются социальными работниками хосписа.

Возникновению хосписов в России мы обязаны английскому журналисту Виктору Зорза, который сумел пробить бюрократические стены и организовать здесь первый хоспис — в Санкт-Петербурге. Целесообразность организации службы хосписа может основываться не только на идеалах милосердия, но и на чисто экономических выгодах. Достаточно назвать такие цифры: в США на купирование болевого синдрома в год тратится 66 миллиардов долларов при стоимости строительства одной подводной лодки 1,2 миллиарда. Учитывая, что весь флот США имеет около 30 современных подводных лодок, можно сделать определенные выводы. Однако в России все иначе. И это несмотря на то, что создание хосписа в каждом районе для населения 300 — 400 тысяч человек вполне оправдывает себя экономически. Один из принципов работы хосписа предполагает пользование пролонгированными обезболивающими препаратами типа MST, которые даются в виде таблеток, а не инъекций. К сожалению, благие порывы запустить производство этих препаратов в

России были заблокированы бюрократами, не желающими упускать «власть из своих рук». Ведь назначение обезболивающих дает возможность пользоваться этим и получать деньги. Потому и идет столь бессмысленная борьба с наркоманией среди онкологических больных.

Необходимо подчеркнуть, что осуществление всех принципов работы хосписа могло бы решить проблему и одноразовых шприцов, и двухкратных посещений онкобольного для введения наркотиков, и проблему медтранспорта и шприцов, и бензина. Достаточно подобрать дозы пролонгированного препарата, обезболивающего пациента, и весь этот гигантский механизм обслуживания онкологического больного оказался бы не нужен. 2-3 таблетки раз в 8-12 часов, и проблема могла быть решена так же, как она уже решена во всех цивилизованных странах мира. Не нужно было бы даже создавать койки хосписа. Сам хоспис мог бы оставить за собой задачу подбора доз наркотических препаратов и ухода за теми пациентами, кто лишен возможности получать помощь на дому.

Что касается самого сырья, то ежедневно из средств массовой информации мы узнаем, как едва ли не тонны наркотиков изымаются из недр криминального мира и уничтожаются. При том что для обезболивания всех онко-больных целого города Санкт-Петербурга в год требуется не более пятнадцати килограммов морфина.

С момента открытия первого хосписа в Санкт-Петербурге прошло 10 лет. Первый вопрос, который обычно возникает, — почему хоспис ориентирован прежде всего на онкологических больных? Вероятно, потому, что это самый тяжелый контингент больных. 70-80% из них страдают хроническим болевым синдромом, а также сопутствующей симптоматикой, проявляющейся в тяжелых диспепсических, неврологических и психических расстройствах организма.

По мировым стандартам один хоспис рассчитан на обслуживание 300-400 тысяч населения, и хоспис в Лахте поэтому обслуживает только один район — Приморский, где приблизительно 400 тысяч населения. В хосписе имеются три подразделения: стационар на 30 коек, дневной стационар и выездная служба. С учетом того, что в районе насчитывается около 4 000 онкобольных, в том числе около 400 — в терминальной стадии, мы считаем, что такая пропорция достаточна для качественного обслуживания больных и их родственников (при наличии в районных аптеках препаратов для перорального применения и их финансовой доступности).

Все сведения о больных 4-й клинической группы мы получаем в поликлиниках района, там и знакомимся с больными, оцениваем их состояние. Показанием для госпитализации в стационар является в первую очередь болевой синдром, который не купируется в домашних условиях. Другим показанием

служит отсутствие возможности ухода за больным или необходимость передышки для его родственников.

Здесь же не лишним будет упомянуть и о таком уродливом моменте, как «травля» соседями по коммунальной квартире онкологического больного. Ему запрещают пользоваться ванной, туалетом, выходить на кухню. И это может послужить также основанием для госпитализации. К сожалению, социально-правовой законодательной базы для защиты онкологического больного пока не создано и все проблемы приходится разрешать хосписной службе.

В стационаре больные находятся на свободном режиме. Близкие и родные могут их посещать и принимать участие в уходе. После подбора врачом стабильной дозировки обезболивающих больной имеет возможность (и часто ею пользуется) — вернуться домой. Связь с ним, однако, не рвется: сестры выездной группы продолжают посещать его на дому, оказывая консультативную помощь и психологическую поддержку

Дневной стационар при хосписе в силу объективных причин (нехватка помещений, плохая транспортная связь с городом) пока полностью не развернут. В идеале он должен быть как бы клубом онкобольных, где, помимо консультативно-медицинской помощи больным и их родственникам, предполагается осуществление социально-реабилитационных мероприятий типа терапии занятостью, психологически-развлекательных программ. Пока нами осуществляется только консультативная работа.

Выездная служба состоит из трех бригад, оснащенных машинами; она организует стационары на дому, оказывая больным и их родственникам все виды помощи — медицинской, социальной и психологической. Она же отбирает больных для госпитализации, порой и развозит их из хосписа домой и обратно.

Сосредоточенность всех трех подразделений в одном месте крайне целесообразна, так как позволяет решать многие проблемы больных: с ними продолжают встречаться и быть в курсе их дел выездные медсестры и врачи, стационарный персонал своевременно получает информацию о выписавшихся больных, в том числе и об их родственниках. Хотелось бы отметить, что медицинские сестры выездной службы прикреплены к районным поликлиникам, и последние по мере возможности выполняют рекомендации хосписа.

Хосписная служба в Приморском районе завоевала авторитет, осуществляя патронаж, оказывая психологическую и материальную поддержку больным, делясь с ними гуманитарной помощью, обеспечивая катетерами, калоприемниками, общими обезболивающими препаратами.

Интересно отметить влияние хосписов на моральный климат общества. Первоначально возникновение хосписа в России вызвало резко негативную реакцию как среди части чиновничества, так и среди населения, видевшего в

хospисах очаги онкологической «заразы». Однако через короткое время репутация «оазиса милосердия», где «не ждут денег», где «не просто работают, но служат больным», где «снимают боль как физическую, так и психологическую», произвела огромное впечатление. Особенно любопытен факт улучшения криминальной обстановки в Приморском районе, что можно объяснить снижением агрессивности. Вероятно, многие понимают, что безудержная пропаганда американских «боевиков» с культом насилия и жестокости носит не просто развлекательный, но и «научающий» характер. Изображение смерти на экране имеет некий романтизированный оттенок и не воспринимается всерьез.

Однако столкновение с реальной смертью, память и присутствие ее в нашей жизни в ореоле страданий заставляет по иному взглянуть на вещи. Информация о милосердном учреждении, работающем с умирающими, быстро разнеслась по городу. Среди заинтересованных лиц оказались и юные суициденты. Та же история с романтикой, где неудача может быть преобразована в героизм самоубийства — «киношный трюк». Тем не менее рост суицидов среди молодежи неуклонно растет. Психиатрам известно, что первый неудавшийся суицид влечет за собой последующие, уже более серьезные. И вот, столкновение с реально умирающими людьми — а оказалось, что многие молодые люди приезжали к хоспису «посмотреть на смерть», — отрезвляло эти горячие головы. Вот еще одно следствие — отказ от суицида после встречи с реалиями смерти.

Выражая деятельность хосписа в цифрах, можно сказать, что в среднем через *стационар* хосписа проходит около 300 больных, *выездная служба* опекает в год 400 пациентов. В год ею же осуществляется 5 тысяч выездов на дом. Число родственников, охваченных работой хосписа, — около полутора тысяч человек.

Теперь хотелось бы поделиться нашими наблюдениями, перспективами и проблемами.

1. Особенностью российских хосписов является то, что две трети больных умирают в стационаре. Это «некачественная цифра», поскольку свидетельствует о низком социальном уровне населения. Наличие убогих бытовых условий, трудности во взаимоотношениях с родными вынуждают больных искать именно здесь, в хосписе, свое последнее прибежище. Хоспис же на самом деле не является домом смерти, но служит качественной жизни до конца.

2. Нехватка лекарств заставляет «лечить собой», что предполагает удвоенный уход за пациентами, включающий огромную личностную самоотдачу. Врачи и медсестры знают, что это означает и сколько сил на это тратится.

3. Третья проблема связана с персоналом. Трудность работы в хосписе обусловлена целым комплексом «вредных факторов». Более 60% наших боль-

ных имеют психические нарушения либо в момент смерти (интоксикация, агония, расстроенное сознание), либо в преагональном периоде (интоксикация, метастазы в головной мозг), Мы постоянно имеем около 30% неврологических, обездвиженных больных, нуждающихся в специфическом уходе. Есть и так называемые «грязные больные»: с выводами кишки наружу, недержанием мочи, распадом опухоли, со рвотами и т. д. Наконец, сам процесс смерти и участие в нем с целью облегчения страдания (например, держание больного за руку даже при нарушенном сознании) и т. д. и т. д. Все эти трудности никак не сопоставимы с деньгами, тем более не соизмеримы с той зарплатой, какую имеют работающие здесь. Но эксплуатация энтузиазма не может быть вечной. Текучесть кадров в хосписе едва возмещается наличием стабильного контингента людей верующих. Практически нищенствуя, они, работающие «по сердцу», в основном и держат на себе всю деятельность хосписа.

4. Небольшое количество добровольцев в хосписе контрастирует с западными показателями, где на 20 больных приходится около 100-150 волонтеров. Хочется отметить, что нравственное содержание волонтерской службы как явления трудно переоценить. Часто в качестве волонтеров выступают люди, пережившие тяжелое горе. Обретение нового смысла жизни, заключенного в служении страдающим, несет двойную ценность, так как помогает и страждущим, и самим «недомогающим» благотворителям. Формирование волонтерских команд в России осуществляется часто под эгидой церкви, чьи прихожане становятся ядром волонтеров. Так, на базе хосписа в Лахте организована Община сестер милосердия Святой великомученицы княгини Елизаветы Федоровны. Психологический отбор и обучение добровольцев осуществляется персоналом хосписа.

5. Оставляет желать лучшего сама система организации хосписов. В ней царит полный произвол. У нас, в России, стало возможным наживать на смерти. Стали появляться отделения, называющие себя «хосписами», но никак не отвечающие ни духу, ни организационной структуре, ни методикам, по каким работают все хосписы мира. Стала возможной дискредитация хосписного движения как милосердного шага общества навстречу умирающему больному. Поэтому мы ратуем зато, чтобы было организовано методическое обучение персонала новых хосписов; чтобы наименование «хоспис» присваивалось лишь тем учреждениям, которые соответствуют мировому образцу ведения больных и помощи им; а также необходимы доступность и бесплатность хосписной службы.

6. Не следует думать, что мы стремимся канонизировать наш опыт. Однако некоторые, «выстраданные нами» моменты мы хотели бы превратить в незыблемые. Например, принцип территориальности, который принят в нашей работе. Во-первых, он способствует абсолютной доступности помощи для

любого жителя обслуживаемого района. Во-вторых, ограничение от других районов ставит администрацию последних перед необходимостью создания подобной службы и для населения своего района. В-третьих, мы имели возможность убедиться, что расчет числа коек хосписа и медперсонала выездной службы на население в 300-400 тысяч человек является оптимальным. В самом деле, хоспис как семья, как дом психологическом помощи населению, способен принять и обслужить 300-350 больных 4-й клинической группы. Но увеличение этой цифры вдвое или втрое тотчас же нарушит созданный баланс. Именно в этом вопросе у нас имеются расхождения с опытом другого Санкт-Петербургского хосписа, берущегося обслужить теми же силами 1 миллион населения. Как нам кажется, это лишь нанесет ущерб качеству работы. Две-три бригады выездных медсестер при самых оптимальных условиях не смогут качественно обслужить 600-700 тяжелых больных, каждый из которых требует особого психотерапевтического подхода. При этом необходимо учитывать, что время контакта больного с врачом (медсестрой) должно определяться самим больным и, как минимум, при первичном знакомстве занимает около часа (без учета времени, затраченного на дорогу). Добавим к сказанному, что, если 6 медсестер вполне могут иметь «семью» из 200 человек (на каждую сестру — по 33 пациента), то эмоциональная связь одной медсестры со ста пациентами — весьма проблематична, особенно если принять во внимание запас душевных и физических сил персонала.

Итак, совершенно очевидно, что продуманность «пропорции» — соотношения численности персонала к определенному числу больных — должна сохраняться, то есть 30 коек в одном хоспise и не больше, чтобы уберечь больных и персонал от излишней психологической нагрузки. (То же и в отношении выездной службы, органически связанной со стационаром.)

7. «Самодетельность» в хоспise, как явствует из вышесказанного, не способствует улучшению качества обслуживания онкологических больных. Так же, как не предполагает его, на наш взгляд, и создание так называемых Центров паллиативной помощи, по сути кабинетов противоболевой терапии вместо хосписов и хосписной службы.

В процессе обсуждения вопросов развития в России хосписной службы группой наших коллег было высказано следующее соображение: вместо хосписов («поскольку выйдет дешевле») предлагалось создание кабинетов паллиативной терапии. Самым обескураживающим в этом «рацпредложении» было то, что прозвучало оно буквально час спустя после того, как всеми нами был прослушан (усвоен...) курс по паллиативной медицине, прочитанный всемирно признанными в этой области авторитетами — врачами хосписов Англии и Канады, имеющими колоссальный опыт и практику именно хосписной службы.

Насколько мы могли судить по опыту Санкт-Петербурга и мнению многих московских медиков отделения паллиативной терапии направлены на купирование физических болей, и в основном там используются «блокады», то есть «острые» методы обезболивания.

Осуществление этой помощи, во-первых, требует неоднократного посещения кабинета. Если отбросить в сторону отсутствие психотерапевтически подготовленного персонала, могущего не только лечить, но и осуществлять уход за больным, то как при этом мыслится доставка больного в кабинет? Транспорт отсутствует, но если даже он будет, сколько сил потребуется, чтобы доставить больного в отделение? В помощь перемещающему (перетаскивающему!) больного с этажа на этаж на узких лестницах многоэтажек — в лучшем случае неприспособленный для этих целей лифт. Другого способа добраться до квалифицированной медицинской помощи нет. А если нет и «сопровождающего» — осуществление медпомощи мыслится на дому, в антисанитарных условиях? Скольких же больных охватит центр? И есть ли гарантия, что кто-то непременно будет находиться у постели умирающего? А кто будет поддерживать родственников?

И, самое главное, — ревнители центров паллиативной помощи даже не скрывают этого, — их кабинеты будут дешевле только для государства, но никак не для больного, которому «надлежит раскошелиться». И это вместо системы хосписной службы!

А не проще ли организовать ту же помощь противоболевой терапии в рамках выездной службы хосписа с его принципами гуманности, с его системой дачи обезболивающих средств через рот, тем самым обеспечивая помощь не выборочно, а всему контингенту онкобольных района?

Заканчивая полемику, хотелось бы подчеркнуть еще один момент.

Хоспис в определенном отношении является альтернативой эвтаназии (облегчения предсмертных страданий больного путем врачебного вмешательства, ускоряющего наступление смерти). Мы убеждены, обрывать жизнь больного, даже по его просьбе, не только не гуманно, но и противоестественно. С точки зрения психиатра, просьба ускорить наступление смерти — это зов отчаяния, момент слабости, депрессии, беспомощности и одиночества. Этот момент проходит и сменяется другим, и наша задача — вовремя снять боль и купировать то психическое состояние, в котором человек решил на ускорение прихода смерти. С точки зрения природы, в которой большинство* процессов целесообразно, каждый организм обладает своими биоритмами, и акушеры, исходя из этих позиций, считают, что лучшие роды происходят без постороннего вмешательства. С тех же позиций можно попытаться оценить и смерть.

С позиций философии, науки — никто еще не знает определенно, является ли смерть концом жизни, или мы можем надеяться на ее продолжение.

Если принять во внимание последнее, то вхождение в мир, откуда человек пришел, также должно быть естественным, ненасильственным. Но даже если следовать привычной точке зрения о смерти «всего» человека, то исследования последнего времени показывают, что момент фиксации смерти отодвигается и отодвигается: прежде это была остановка сердца, теперь фиксируется остановка деятельности мозга, а завтра может оказаться, что и наше физическое тело полностью прекращает свою деятельность в гораздо более поздние сроки. Не дополнительное ли это основание для недопустимости насильственной смерти?..

Психотерапия терминальных больных

Психотерапия средой

Обращаясь к вопросам психотерапии, мы должны прежде всего обратиться к анализу тех страданий, которые испытывает больной. Если попытаться выразить их обычными словами, то это будет звучать как «страшно, больно, одиноко». Система хосписа должна изменить эту ориентацию на противоположную: «не страшно, не больно, не одиноко».

Когда мы оцениваем состояние пациента, мы должны помнить, что человек — это не только его тело, но и весь его психический мир, и, прежде всего, связь с понятием «дома». Дом — это та среда (социальная, бытовая, психологическая), которая окружает нас, это не только стены квартиры, дом — это в первую очередь близкие, родные, это и любимые предметы, и животные — словом, все, что окружает человека, создает его «Я».

Обычно, когда человек попадает в больницу, он лишается дома: он лишается обычной жизни, своих близких, которых может видеть только в определенные часы, лишен и привычно окружающих его предметов, — здесь он подчинен режиму государственного учреждения. Словом, в больнице происходит депривация дома. В противоположность этому, хоспис ставит задачей создание дома в своих стенах, — дома, в котором человек чувствовал бы себя защищенными.

В хосписе происходит возвращение пациенту утраченного «дома», ибо нередко в условиях малогабаритных квартир, в условиях оставшихся коммуналок и трудных взаимоотношений в семье человек, имея крышу над головой, бывает давно уж лишен дома как такового.

Если мы попробуем расшифровать понятие дома с точки зрения хосписа, то прежде всего вспомним, что для ребенка «дом» — это прообраз матки. В этом ключе рождение является потерей матки и в какой-то мере трагедией для ребенка. То же происходит в момент смерти — больной лишается «дома»

в широком смысле. И это страшно, поскольку неизвестность в первую очередь предполагает утрату защищенности, потерю привычных ориентиров.

Естественно, человек, оценивающий смерть с позиций жизни, и за гробовой доской пытается создать себе определенный «дом», каковым представляет себе могилу, памятник. И в этом его последнем распоряжении — где и как его похоронить — кроется отношение к телу, к самому себе и, в конечном итоге, отношение к «дому». В связи с этим чуткость, милосердие и внимание персонала к желаниям (и пожеланиям) больного приобретают особую значимость. Именно эти гуманные нравственные начала и заложены в **психотерапевтической этике хосписной службы:**

1. Отношение к пациенту как к личности.
2. Страдание страшно не само по себе, а когда оно бессмысленно, поэтому смысл обретается в ценностях окружающего мира:
 - а) в поисках истины, Бога;
 - б) в красоте;
 - в) в любви; в прощении и примирении с врагами;
 - г) в окружающем мире.
3. Делать добро — один из важнейших этических принципов хосписа.
4. Минимум вреда и травматичности для пациента.
5. Оказание помощи, когда ее ждут или просят.
6. Уважение к жизни.
7. Принятие неизбежности смерти.
8. Использование всех ресурсов пациента.
9. Исполнение последнего желания.
10. Нельзя, чтобы лечение было тяжелее самого заболевания.
11. Стремление сохранить жизнь, но при биологической невозможности — создание условий комфортной смерти.
12. Индивидуальным потребностям больного дается приоритет перед социальными правилами. Больной должен чувствовать свободу, не ограниченную режимными моментами хосписа, поскольку он живет в особом времени и пространстве.
13. Чем меньше ожиданий, тем выше качество жизни.
14. Больной и семья — единое целое. Забота о семье — это продолжение заботы о пациенте.

Из этики паллиативной медицины вытекают основные **принципы ухода за пациентом:**

1. Умение слушать.
2. Терапия присутствием.
3. Умение служить.
4. Умение жить с пациентом.

Важность создания психотерапевтической среды.

5. Единство персонала и семьи в уходе за пациентом.

6. Привлечение волонтерской службы.

7. Индивидуальный подход к каждому пациенту и его близким.

8. Использование всех резервов.

10. Удовлетворение духовных потребностей.

Анализ рассуждений больных на тему того, как, каким образом они «хотели бы» умереть, показывает, что пожелания людей в основном определяются параметрами: 1) быстро; 2) легко; 3) незаметно; 4) красиво; 5) дома.

Итак, попытаемся соотнести эти пожелания с возможностями хосписной службы, исходя при этом из практики и опыта работы хосписа «Лахта».

Понятие *быстроты* — это временное понятие, оно связано с качеством. Именно качество проживаемой жизни дает больному желанное ощущение быстроты («незаметности») умирания. Вспомните простой пример из обыденной жизни: когда «все хорошо», тогда и время летит незаметно, быстро.

В этом же ключе возможна и расшифровка *незаметности*: незаметно, потому что страшно. Смерть порождает в человеке ужас, и не зря античность оставила нам образ Медузы-Горгоны, один лишь взгляд на которую убивает любое живое существо. Интересно, что «тяжесть, страх и болезненность» атеистами и верующими связываются именно с ситуацией перехода. Само пребывание в «небытии» или «ином бытии» уже не порождает столько проблем в сознании.

Эстетика или *красота смерти* имеет явно компенсирующее значение, так как несет самостоятельный смысл. Возьмем ли мы гибель Пети Ростова из «Войны и мира» Л. Толстого, или смерть героини романа Ремарка «Три товарища», — элементы героики, подвига или жертвы поднимают человеческий Дух над обстоятельствами, которые не преодолеть. Кроме того, определенный ритуал умирания, эстетичность сферы — словом, «красота», какой она видится больному, придает смысл самой нелепой смерти. О красоте применительно к смерти свидетельствуют многие философы, в том числе и Виктор Франкл.

Наконец, желание умереть *дома* являет собой как бы комплекс всех чаяний, ведь дом — это и окружение знакомых лиц и предметов, и тепло твоих рук, вложивших жизнь и настроение в быт, и любовь тех, кто является твоей семьей. Вероятно, главным негативным фактором госпитализации является депривация любви, которую заключает в себе дом как таковой.

В задачах хосписа не на последнем месте — **действенная любовь к больному** и вместе с тем желание пробудить в пациенте ответные чувства, способствуя тем самым, проявлению его личностного начала и возможности самовыражения. То, что мы пытаемся дать больному, это **любовь-раскрепощение**, ко-

торая делает человека не зависимым, а свободным. Для каждого, кто приходит в хоспис, гарантировано признание его личности, какой бы она ни была. Мы никому не даем рецептов, как умереть, — смерть так же Индивидуальна, как жизнь, и «передать опыт» увы, невозможно, — но в хосписе возможно создать ту обстановку, в которой больной, чувствуя себя свободно, может самостоятельно осознать свой «переход». В нашей власти убедить его лишь в том, что смерть, какой бы она ни была, — это естественный процесс, как и рождение; и само умирание — это возвращение в тот мир, из которого мы пришли сюда.

Мы сказали, что опыта смерти нет. Но тем не менее каждый ищет, на что опереться, и чаще всего обращается в этом поиске к собственной жизни, где подобный опыт действительно может быть найден, ибо человек несет в себе генетическую память предшествующих поколений, которые жили и умирали приблизительно одинаково. Кроме того, у человека есть опыт собственного рождения, который, как ни странно, невероятно совпадает опытом смерти, о чем свидетельствуют многочисленные психологические исследования последнего времени.

Итак, психотерапия средой включает в себя, прежде всего, домашнюю обстановку в хосписе, где нет жестких законов санэпидрежима, где в палатах рядом с больным могут находиться домашние животные, домашние вещи и вообще предметы, которые ему дороги, на стенах могут висеть любимые им «домашние» фотографии близких; в любой час дня и ночи сюда могут прийти родственники и остаться с больным на столько, на сколько им это необходимо.

Заслуживает внимания и тот факт, что особым психотерапевтическим воздействием обладают старые — «добольничные» — фотографии больных, которые мы обычно просим принести в хоспис.

Фотографии пожилого пациента или пациентки в юные годы помогают лучшему контакту между больным и персоналом — последний видит не только процесс увядания, но и годы расцвета своего подопечного. Это «совместное» проживание лучших времен жизни больного способствует также более полноценному восприятию больным самого себя. Нередко облегчали процесс умирания, как бы поддерживая пациентов, и *фотографии их родителей*.

В хосписе существует альбом памяти больных, где помещены фотографии пациентов хосписа и записаны последние или наиболее значимые их слова. Такое *сохранение памяти об ушедших* способствует сохранению и улучшению качества взаимоотношений с вновь поступающими больными.

Психотерапия средой — это и эстетотерапия, и арттерапия; все, что делает окружающую среду красивой, — будь то цветы, музыка, картины или скульптура. Мы применяли и применяем экспозиции сееров, репродукций картин, скульптуры, антикварных ширм, но делаем упор на эстетике interpersonal-ных отношений.

Психотерапия средой предполагает групповую психотерапию, осуществляемую не одним или двумя людьми, но всем персоналом хосписа, который составляет единую команду. Поэтому в хосписе окружен вниманием каждый пациент, персонал готов услышать желание каждого и попытаться облегчить страдания.

Создание психотерапевтической среды требует определенных усилий, они должны быть направлены на высказанные или невысказанные желания больного. Учитывая это, надо проявить крайнее внимание к деталям, которые помогли бы создать максимальную комфортность пациенту. Принимая во внимание особенности больного, можно, например, предвидеть стеснительность при физиологических отправлениях в присутствии других лиц. Создание привычной домашней обстановки вокруг пациента — это вопрос уюта, комфорта, вопрос красоты. Он предполагает определенное самоощущение больного, не как человека, которого лишь жалеют, но как личности, сохраняющей свою индивидуальность, и если не физическую, то духовную привлекательность.

Среди персонала, объединенного желанием служить во благо больного, последний вправе выбрать, отыскать того, кто ему наиболее симпатичен и близок душевно. И это не станет обидой для тех, кем «пренебрегли». В самой идее хосписа заложена эта идеология свободы, свободы выбора в том числе. И в этом ключе, «главный» в хосписе не тот, кто выше по административной лестнице, но прежде всего, больной. За ним — тот, кто ему здесь наиболее близок. И таковым может оказаться санитарка, а потом уже медсестра, врач, начмед или главный врач.

В отношении психотерапии средой также очень важен *интерьер хосписа*. Кроме того, живая природа. Ничто так не утешает, не успокаивает и не гармонизирует пациента, как *природа*. Поэтому мы ратуем за то, чтобы хоспис был окружен садом, чтобы больной мог прикоснуться к цветам, деревьям, земле и воде, чтобы его взгляд не упирался в стену и он мог бы смотреть вдаль и видеть просторы неба и «море» звезд,— все то, что так облагораживает чувства и дает ощущение вечности и стабильности.

Нелишне упомянуть о *психотерапии через родственников и близких больного*. Гармонизация их отношений дает возможность передать тяжелую информацию менее болезненно, — имея больший опыт общения, они легче найдут с больным общий язык.

Терапия домашними животными. Это очень важный вид терапии, поскольку эмоциональное тепло, которое животные (собаки, кошки и др.) дают человеку, несоизмеримо ни с каким иным источником эмоций.

Арттерапия. Звукотерапия

Вряд ли необходимо здесь подробное перечисление имен художников, созерцание полотен которых также создает особый, возвышенный настрой личности, но ориентировка на Николая Рериха, на высокую духовность картин этого мастера, думаем, не станет лишней при выборе средств психотерапевтического воздействия на больного.

Не последнее место должны занимать и *голоса природы*, а также *имитирующие их музыкальные звуки*. Наш опыт показал, насколько успокоительно воздействовали на больных записи, воспроизводящие журчанье ручья, стук дождя по крыше, мерное дыхание морских волн. Мы хотели бы обратить внимание и на *психотерапию посредством колокольного звона*. Интересно, что подобное воздействие восходит к старым русским традициям, где звон был не только сигналом тревоги или призывом к всеобщему вниманию, но и призывом к молитве, способствуя таким образом проявлению чувства соборности.

В условиях хосписа отмечается особое воздействие звуков колокола на больного. По старым церковным традициям для больных и для умирающих создавался особый ритм звона, который служил как бы звуковым солнцем и помогал душе больного или умирающего проходить через препятствия пространства в высшие сферы.

Остановимся немного подробнее на этом виде психотерапии. Мы пришли к нему, исследуя старые русские традиции помощи больным и умирающим, пытаясь осуществить, ввести в практику новые невербальные формы контакта с пациентами. К сожалению, варианты вербального общения с пациентами были скомпрометированы психологией лжи больному. В этих условиях большую актуальность обрела терапия невербальная.

Известно, что в основу жизни заложен ритм: вдох — выдох, прилив — отлив, восход — заход. Существуют ритмы патологические и естественные, природные. Среди искусственных, вызывающих патологические реакции, мы можем указать хотя бы те, что создаются телевидением: мелькание света на экране увлекает в свой ритм сосуды сетчатки глаза, те, в свою очередь, влияют на сосуды головного мозга, и в результате — четкая связь «достижений» цивилизации с увеличением числа инсультов, инфарктов, вегетоневрозов. Можно также привести пример искусственных ритмов, создаваемых так называемой поп-музыкой, тяжелым роком и т. п., которые доводят толпу фанатов-поклонников до истерического состояния, нервных спазмов и сексуального возбуждения. Психотерапевтам известна связь между наркоманией и развитием рок-музыки. И то и другое вызывает зависимость и притупляет деятельность мозга, вызывает явления энцефалопатии.

Творчество может носить разрушительный характер и буквально парализовать психическую жизнь.

Если попытаться обосновать воздействие звука на человека, то можно сослаться на авторитет Библии, утверждающей, что «в начале было Слово, и Слово было у Бога, и Слово было Бог» (*Иоан. 1, 1*).

«Слово» мы понимаем как сочетание звуков, и организованный звук лежит в основе сущего мира. Во многих религиях имеются так называемые священные слова. В христианской традиции — «аминь», «амен», в индуизме «ом», «аум». Не есть ли это словесный эквивалент колокольного звона?

Существуют научные исследования, которые полагают, что каждый орган человеческого тела настроен на звук определенной высоты, на свой тон, и весь организм как чуткий музыкальный инструмент резонирует с окружающим звуковым полем.

Известно утверждение, что низкие звуки стабилизируют психику, а высокие ее дестабилизируют. В русском музыкальном фольклоре к Богу вызывает звон, при обращении к демонам необходим свист. Соловей-разбойник, если припомнить, со своими противниками расправлялся тоже исключительно с помощью свиста.

Мы применили бронзовые пластины, имитирующие колокольный звон. Больным предлагалось найти тот тон, который им наиболее приятен, затем подсказать или найти ритм ударов и, наконец, определить силу удара в пластину. Впечатляющим для нас явилось облегчение некоторых болевых симптомов у наших пациентов.

Любопытно, что обезболивающий эффект достигался не прямым воздействием на больное место, но косвенно, через вегетативный центр, соответствующий этому месту. Мы могли констатировать, что эти центры совпадают с семью чакрами, выделяемыми ведической медициной. Облегчение боли наступало через 5-10 минут после начала воздействия и соответствовало фазе затухания звука. Больные оценивали это воздействие как звуковой массаж, который вначале как будто усиливал боль, а затем рассеивал ее в пространстве. Многие подчеркивали релаксирующий эффект колоколотерапии. Замечателен факт, что и те пациенты, которые отрицали облегчение болей, засыпали под воздействием звона, что само по себе уже являлось свидетельством испытываемого ими седативного эффекта.

Нежданым для нас был также эффект воздействия колокольного звона на чувство предсмертной тоски. Больные погружались в состояние релаксации и в то же время испытывали сложные переживания во время сеанса. Они рассказывали о расширении пространства, удлинении чувства времени, ощущении психологического стержня внутри себя, часть из них свидетельствовала

об особом экстатическом переживании, близком к религиозному откровению. Они видели свое тело со стороны, ощущали, как вместе со звуком растворяются в пространстве, поднимаются в иные сферы. Верующие пациенты говорили о видениях святых. Почти все говорили о том, что звук помогал им преодолеть больничные стены и слиться с природой. Интересно, что это переживание «выхода из тела», особого состояния сознания, совпадали с теми ощущениями больных, о которых говорил Станислав Гроф.

Помимо звукотерапии, *особое внимание уделялось запахам* — стоит ли подробно говорить о том, что чистый воздух, а также использование *фитотерапии* — одно из условий хорошего самочувствия пациента.

Сказкотерапия и театротерапия

Вспомним знакомое многим положение Эрика Берна о том, что личность человека включает в себя три условных аспекта: детское «Я» — прообраз эмоциональной сферы, которая заложена в момент рождения и руководствуется принципами «хочу - не хочу», «нравится - не нравится»; родительское «Я», олицетворяющее волю человека и выражающееся в понятиях «можно - нельзя», «хорошо - плохо», и, наконец, взрослое «Я», прообраз интеллекта, который позволяет двум первым началам прийти к компромиссу.

В разные периоды жизни преобладают те или иные «Я». Но в последний период (у большинства — период болезней) болезнь делает человека беспомощным, и психологически он нередко превращается в ребенка: его детское «Я», бессильное, зависимое, подчас капризное, нередко берет верх над другими аспектами его личности. Это лидерство может быть как негативным, так и позитивным. Мы рассмотрим его позитивную сторону.

Человек стоит перед лицом смерти. Вся реальность окружающего свидетельствует о том, что избежать смерти невозможно. Логика родительского и взрослого «Я» не дает никакой надежды. Но на помощь приходит детское «Я», выраженное творческой фантазией, — появляется возможность веры в чудо. Вспомните ребенка, желающего мчаться на лошади, и с этой целью оседлывающего стул, который его фантазия превращает в животное, и ребенок самоотверженно «мчится» на коне, который создан его *воображением*. И нет таких обстоятельств, которые бы не отступили или не покорились этой силе.

Возможности человеческого воображения не ограничены, а возникающая при этом у больного человека «детская» вера в чудо очень часто облегчает его страдания и «оберегает» от лишних переживаний: «Не знаю что именно, но какое-то чудо может спасти меня от заболевания, от смерти...»

¹ *Гроф С.* В поисках себя. М., 1994.

Если с верой в чудо не получается, возможен иной вариант «спасения» (опять же, с помощью воображения): жизнь переводится в сферу сновидений — смерть в таком случае является не более чем простой сменой образа.

Для больного именно модель «детского» поведения становится нередко спасительной. Без излишней дидактики, нравоучений и «добрых советов», неминуемых в больничных дискуссиях, она уведит от пугающих мыслей и позволяет «отключиться» от всего, с чем не справляется логика.

Всем нам хорошо известна сказка о красавице и чудовище (в русском варианте «Аленький цветочек»). В этой сказке, утверждают психологи, описана модель женского поведения: «Перетерпи в мужчине чудовище, и он станет принцем». Теперь вспомним сказку о Спящей красавице (русский вариант — «Сказка о мертвой царевне»). Смерть в ней выступает не пугалом, а *сном*, и возможность пробуждения через сто лет дает надежду, не требующую логических доказательств. Эту сказку хотелось бы проанализировать чуть подробнее.

Принц, занятый поиском невесты, влюбляется в нее *во сне*, который подарила ему добрая фея Сирени. Его устремленность в прошлое есть не что иное, как возвращение в золотой век человечества, где тайны любви и бессмертия, красоты и победы над судьбой слиты воедино. Победа добра в этой старой доброй сказке несет с собой и победу над смертью. Не один классический сюжет повествует о том же. Помимо названных, вспоминается миф об Амуре и Психее, где любовь снова вершит чудеса: человеческая душа возрождается ею, «восстает от сна», пробуждается.

Говоря о сказкотерапии, мы не можем не упомянуть о *театротерапии*.

Еще в пору работы в Институте онкологии, во времена, когда говорить больному правду о диагнозе и прогнозе считалось деонтологически неверным, мы в домашних условиях создали самодеятельный психотерапевтический театр, который назвали Комтемук — Компанейский театр музыкальных картинок.

Идею создания театра мы взяли из самой жизни. Персонафикация рака нередко вызывала особое отношение и к нему, и к образу самого себя. Некоторые пациенты, возвратившись домой после операции, пытались как бы уничтожить связь со своим прошлым, которое, по их представлению, привело их к заболеванию: одни меняли квартиры, другие (многие) сжигали старые одежды. Психологически это можно было бы трактовать как попытку уйти, убежать от болезни, сменив образ самого себя, или символически родиться заново, стать другим.

В нашем театре мы создали довольно большой гардероб старинных костюмов, использовали также коллекцию вееров, и — в один из вечеров разыгрывали сказочный сюжет, заключающий информацию о смерти. Пациент, приходя на вечер, смешивался с компанией артистов, музыкантов, поэтов, и никто не знал, кто есть кто. Играла музыка, люди переодевались в маскарадные кос-

тумы, каждый подходил к зеркалу и должен был создать ту картину, какую навесало ему то или иное музыкальное произведение.

Незаданность ситуации, представление себя в каком-либо образе (принца ли, принцессы в ррвдщных шелках и бархате), волшебная музыка, сказки, где смерть запрятана в сюжете или является не чем иным, как сменой образа, маски, костюмы, позволили нам увидеть эффект мгновенного преобразования. Коснувшись красоты сказочного мира, в пациенте ликовал *ребенок*. Расставаясь со сказкой, *взрослый* в нем благодарил за помощь и поддержку, заявляя, что понял все так, как надо, и в свои последние часы он вспомнит происшедшее с ним сегодня, и это, несомненно, его поддержит.

Куклотерапия

Прежде, чем заговорить о методах куклотерапии, следует сказать несколько слов о самой кукле. Хотелось бы подчеркнуть, что куклы тесно связаны с культурными и религиозными традициями человечества. Первые куклы явились прообразами богов и выполняли роль охранителей домашнего очага, служили защитой и привлечением благополучия и счастья в племя, род, были покровителями той или иной деятельности. Обожествляемые духи стихий пришли в мир людей, чтобы помочь им. Они стали хранителями, искупителями, носителями семейной культуры, традиций и верований. Ярило и Купава, Лада и Посвист внесли в быт людей не только уверенность в завтрашнем и сегодняшнем дне, они стали и драгоценным даром сердца, они открыли пути к искусству. И прикладная роль огородного пугала, и старинная кукла прабабушки, передаваемая с пожеланиями счастья и плодородия от бабушки к матери, дочке, внучке и т. д., нашли свое применение в патриархальной семье.

Традиция веры в сказочное чудо действительно спланивала семью и давала ей позитивные установки, вплетая в реальную жизнь исторические элементы. Кукла теснейшим образом связана с пластом фольклорно-сказочной культуры народа. Достаточно вспомнить обращение девочки-сироты к кукле, оставленной ей матерью: «На, куколка, покушай, мое горюшко послушай» — чтобы увидеть в этом источник и поэзии, и детской чистой веры, и психотерапевтического акта!

Мы живем, условно говоря, в двух мирах — в мире реальном, внешнем, объективном и мире внутреннем, мире желаний, грез, надежд и упований. Никакими научными достижениями не отменить мир «фантазий», и только в равновесии внешнего и внутреннего миров может протекать нормальная жизнь, причем чем труднее и конфликтнее в одном из миров, тем больше человек опирается на мир «противоположный». Интересно, что метафоры, клички, возникающие в жизни, выдают те или иные взаимоотношения ере-

ди людей. Вспоминается случай из практики. В одной семье девочка 16 лет выпрыгнула из окна 4-го этажа. Расспрашивая о ситуации в семье, был задан вопрос о прозвищах. «Я — Заяц, — ответила девочка. — Мама — Лиса, а папа — Волк». Больше вопросов можно было не задавать. Борьба за лидерство среди родителей, вражда хитрой лисы и грубого волка тяжелым ударом обрушились на хрупкого зайчика, и он выпрыгнул из окна, не в силах стать на чью-либо сторону.

Кукла отнюдь не изжила себя и в настоящее время. На шикарных машинах молодоженов красуются детские куклы в качестве символов счастья. В магазинах — обилие огромных и порой чудовищных кукол и игрушек, которые явно не для детей, а скорее для специфических взрослых. Огромные размеры (мегаломанические вкусы потребителя), дороговизна (по карману лишь богатым), натурализм (куклы с фотографической точностью копируют размеры и выражение лиц детей, пугающе жизненны, умеют ходить и к тому же что-то говорить), преобладание животных образов над человеческими (сложные механизмы и синтетические материалы), — все это вложено в «игрушку для взрослых».

Психология современной игрушки основана на древнем механизме переноса или идентификации. Смена идеалов и приоритетов порождает определенный выбор. Солидный коммерсант дарит своей подруге огромного пса или тигра, дракона или быка. На поверхность всплывает его самоотождествление с существом, которое останется с возлюбленной, когда он сам отправится на «охоту» в бизнес. Агрессивность «тигра» для других не значит, что он одомашнен и приручен в быту. Подруга должна помнить, кто ее сторожит, за сентиментальностью игрушки скрываются настоящие клыки. Можно сказать несколько слов и о предпочтении лика животного лику человеческому. Помимо готовности к бою присутствует «крутизна» дикости, необузданности страстей и, возможно, безответственности за свои поступки.

Возвращаясь, однако, к психологии куклы, стоило бы упомянуть и о ее социальной роли, с которой мы сталкиваемся на телевизионном экране. Как, казалось бы, легко свести счеты с «недоступными критике лидерами» в их карикатурном изображении. Смех — лучший лекарь и способен очистить атмосферу. Но это же и способотреагировать: посмеялся, отлегло от сердца, и все осталось по-прежнему.

Что же еще значит кукла в нашем мире? Д. Винникотт называет куклу «опорным объектом» ребенка для познания мира. В самом деле, после родителей самым близким для ребенка «существом» может стать кукла. Это прежде всего друг, такой же маленький, как и сам ребенок. В детстве одинаково реальны оба мира: внешний и внутренний. Таким образом, кукла — это вполне живое существо, с которым приятно гулять, играть с ним во взрослый мир. ло-

житься в постель, не боясь ночной тьмы, делить одиночество, подставлять для наказания в случае собственных шалостей и т. д. Мы не имеем в виду ту новую «коллекционную куклу» барбиевского образца, символизирующую сытое благополучие и безудержное стремление к превосходству. Такие суперкуклы своей красотой, своим послушанием и способностью не нуждаться в заботах могут вытеснить из сознания родителей живого малыша.

Так вот кукла, как чудо или ключ к сказке, занимает промежуточное положение между реальностью и фантазией.

Аффективная логика ребенка выстраивает мир по принципу «Хочу, значит, могу». Стул в любой момент может превратиться в лошадь, раскинутые руки как крылья птицы, подстолье — подzemелье и т. д. И все это создает Золотой век для человека, а самому детству отводится место колыбели святости. Именно в этот период у человека возникает или не возникает чувство любви и святости, к чему самое прямое отношение имеют родители, ведь не зря детство олицетворяется образом мадонны с младенцем, неспроста слова Евангелия вещают призыв «быть как дети». Возможность и вера в чудо также закладываются в детстве, а кукла — один из проводников сказки. Вместе с ней приходят в дом добрые домовые. Кукла из детства порой становится опорой, талисманом на всю жизнь. Персонаж, одухотворенный воображением, — она только снаружи «мертвая», на самом деле она живая и заряжена любовью тех, кто дарил ее.

Кукла связует поколения и сама является определенным архетипом, выстраивающим взаимоотношения с миром. Кукла — это модель общения с другими людьми, способная играть замещающую роль. С позиции терапии те стереотипы актеров, моделей и суперзвезд, которые ежедневно показывает телевидение миллионам людей, разве не являются тем же кукольным действием, что и пропаганда «барби», которых в некоторых странах уже запретили из-за пагубного влияния на детскую нравственность.

Отмечая негативные стороны кукол, не следует впадать в крайность. Позитивный потенциал их достаточно велик, что делает перспективным их применение в практике психотерапии.

Для нас важно отметить, что кукла, как вестник детства, может быть применена в работе со стариками и людьми, попавшими в экстремальную ситуацию. Одиночество старика, страдающего глухотой, нарушениями памяти и т. д., может быть скрашено куклой, игрушкой, которая частично заменит ему внимание окружающих. Конечно, можно, если угодно, посмеяться над впавшей в детство старушкой, держащей в руках куклу. Однако если понять, что любое оживление эмоций, основанное на невербальном контакте, питает психический тонус и делает человека хоть немного счастливее, то отпадает необходимость это доказывать.

Мы часто приносили куклы пожилым людям и оставляли у постели. Через пару дней, когда мы приходили снова, чтобы взять игрушки, зачастую встречали сопротивление: «Это мое!» Первое впечатление, что старики не обратили внимания на куклу, оказалось ошибочным, а дальнейшее взаимодействие с ней подтвердило пользу куклотерапии.

В заключение приведем пример работы с куклой в экстремальных ситуациях. Предваряя рассказ, вспомним, что ни у кого не вызывает удивления, когда отчаявшийся в медицинской помощи онкологический больной бросается к экстрасенсу. Нет, не здравый смысл его ведет, но детская вера в чудо, та самая аффективная логика, которой жив наш внутренний ребенок. Итак, случай из практики. Молодая женщина 25 лет попросила врача-онколога сказать правду о ее перспективах. Врач развел руками, сообщил, что случай запущенный, лечение неэффективно и ожидать чего-либо не имеет смысла. Больная вернулась домой, легла в постель и стала ждать смерти, отказываясь от еды и общения. Родители вызвали психотерапевта. Он не знал, чем сможет утешить пациентку, что ей сказать. К счастью, у него в портфеле оказалась красивая кукла в старинном наряде. Он молча подошел и протянул больной куклу.

«Кто это?» — спросила она, пораженная. «*Это* принц Щелкунчик, который услышал о ваших несчастьях и пришел, чтобы помогать вам». Они почти не говорили о болезни, беседа шла на языке сказки. Когда он ушел, принц остался.

Она прикладывала его к больным местам, и ей это помогало. Потом она умерла и родители пришли просить оставить куклу у дочери. Куклу положили вместе с ней в гроб, согласно ее последнему желанию.

Итак, мы видим, что утешить обреченную можно было только одним способом — разделить с ней ее судьбу, не оставляя ее наедине со смертью. Врач не мог этого сделать, но он осуществил это через перенос своей личности на куклу. Наверное, этот пример может исчерпывающе указать направление, в котором применима «игра в куклы для взрослых».

Общение через образ, какой-либо сувенир, куклу, игрушку — любой предмет, изображающий или напоминающий человека или зверюшку, дает больному ощущение тепла и единения с кем-то. Больной нередко переносит на него свои чувства и взамен получает эмоциональную поддержку. Явление переноса на игрушку чувств, которые могли быть вызваны в больном его близкими или друзьями, лежит в основе этого не вполне традиционного метода психотерапии. Добавим, что здесь необходим не ширпотреб, коим завалены наши ларьки и магазины, а куклы, исполненные пусть не столь мастерски, профессионально, сколь «с душой», как говорят обычно о штучном товаре, имеющем свою неповторимую прелесть и несущем в себе тот заряд добра и милосердия, что так необходим нашим пациентам. Впрочем, больной, бесконечно нуждающийся в доброте и сочувствии, безошибочно определит необходимое.

Невербальная психотерапия

Известны три вида невербальных контактов: физический, эмоциональный, интеллектуальный. О каждом из них можно многое рассказать, но ограничимся лишь основными сведениями.

Физический контакт. Каждый из нас обладает личностным пространством, на которое рассчитан наш голос, наша дистанция с окружающими людьми. Прикосновение одного человека к другому — это уже вторжение в его личностное пространство, и цель этого вторжения, в зависимости от обстановки, несет определенные последствия. Кому, как не врачам, знать о физическом контакте. Прикосновение к человеку в момент дачи ему информации (или же получения ее от больного) дает ощущение близости, сопереживания, очень естественного контакта. Рукопожатие — это не только дань традиции, в которой сохранена память о временах, когда оно было жестом, показывающим на отсутствие в руке камня или какого-либо другого оружия. Рукопожатие в наше время — это и тот физический контакт, который помогает определить совместимость людей и готовность их к взаимодействию. Один врач привел такой случай из своей практики: «Как-то в числе моих пациентов была одна очень необщительная и раздражительная пожилая женщина. Как я ни старался, мне не удавалось вызвать ее на разговор. Однажды во время беседы с ней я положил свою руку рядом с ее рукой. Я сделал это очень осторожно, поскольку совсем не был уверен в том, что это поможет. К моему удивлению, она тут же схватила мою руку, крепко сжала ее и не отпускала до конца разговора. Атмосфера общения резко изменилась, и она тут же начала искренне рассказывать о своем страхе перед грядущей операцией и о том, что она боится стать обузой для семьи. Общение без помощи слов в этом случае содержало приглашение к разговору. Если бы эта женщина не отреагировала на мой жест, я бы просто убрал руку, и это не обидело бы никого из нас».

Эмоциональный контакт. Не секрет, что, находясь в толпе, в окружении встречаемых, абсолютно не знакомых людей, мы испытываем по отношению к ним то симпатию, то антипатию. В нас уже заложены некие архетипы, вызывающие предпочтение или отвержение. Именно эта особенность нашей психики позволяет медработнику, имеющему установку на служение, помощь, добро, находить полноценный контакт с больными, остро нуждающимися в эмоциях добра и взаимопонимания. Последствия такого контакта неоценимы. Стоит вспомнить, как одно и то же лекарство, выписанное разными врачами, действует по-разному.

Хочется сказать и о юморе. Ведь именно юмор помогает нам справляться с опасениями и страхами, поскольку позволяет снизить остроту переживаний и увидеть вещи как бы со стороны. Юмор помогает людям переживать

то, что иначе пережить невозможно. Вспомните наиболее распространенные темы анекдотов: измены супругов, теща, врачи, пьянство, наркомания, секс, война — вряд ли хотя бы одну из этих тем можно назвать смешной саму по себе. Однако на протяжении веков люди с удовольствием смеются над историями о супружеских изменах, хотя в реальности такие ситуации обычно вызывают негативные чувства. Мы обычно с легкостью смеемся над тем, с чем нам бывает трудно справиться. Пользуясь юмором, мы снижаем значимость неприятных для нас вещей.

Так, например, поступила женщина, которой было чуть за сорок, когда в ходе лечения ей пришлось установить катетер в мочевого пузыря. Эта женщина, находясь в больнице, носила дренажный мешок как дамскую сумочку и говорила, что надо сделать его дизайн более современным, так как он не подходит к стилю ее одежды. Возможно, такой юмор покажется вам несколько странным, но в данном случае он помог женщине справиться с очень неприятной ситуацией и показал ее силу духа и желание подняться над физической немощью.

Интеллектуальный контакт. Это, прежде всего, общение с больным на уровне представлений, понятий, мыслей. Он не существует в отрыве от других типов контактов.

Уметь слушать, не навязывая своего мнения, сочувствовать и поддерживать больного — одна из основных задач хосписа. В США было проведено интересное исследование, в ходе которого группа людей прошла обучение базовым техникам слушания. После этого несколько пациентов по собственному желанию решили встретиться с людьми из этой группы и рассказать им о своих проблемах. «Слушатели» могли только кивать головой и произносить фразы типа: «Да», «Я понимаю», «Так». Инструкции запрещали им задавать какие-либо вопросы пациентам или обсуждать их проблемы. По прошествии часа большинство пациентов были уверены, что побывали на терапевтическом сеансе, и многие из них высказали пожелание вновь встретиться с этими людьми и поблагодарить их.

Хороши и взаимодополняют друг друга все виды и способы контактирования с больным. Так, физический контакт, дополняя эмоциональный и интеллектуальный, являя собой в значительной мере язык тела, предполагает не только овладение какими-то конкретными приемами (например, расположение в пространстве во время беседы с больным на одном с ним уровне), но и самые обычные действия, поступки: присутствие около больного, даже в те минуты, когда он находится в бессознательном состоянии, держание за руку, создает ощущение безопасности, умение всеми способами отогнать одиночество и осуществить, таким образом, необходимую больному психологическую помощь и поддержку.

Духовный аспект работы с умирающими

Вероятно, не вызовет возражений логика поведения, согласно которой человек, теряя опору во внешнем мире, обращается к миру внутреннему. Именно здесь можно искать истоки сферы, называемой духовностью. «Царствие Божие внутри вас есть», — утверждает Библия (Лк. 17,21), и вся история философской мысли свидетельствует о наличии глубинного «Я», пребывающего в каждом человеческом существе. Краткий в историческом смысле период господства идеологии материализма в нашей стране показал, что нельзя отказаться от понятия духовного мира, не выхолостив человеческую жизнь как таковую. Введение в хосписную службу аспекта духовной помощи совсем не случайно. Естественный порыв умирающего к смыслу жизни открывает перед ним царство Духа.

И как не склонить голову перед словами нестарой еще женщины, умершей от рака: «Пожалуйста, говорите со мной откровенно, я не боюсь смерти. Я прожила достаточно, чтобы узнать о жизни все, на что я была способна и что могла понять. Теперь мне хочется большего!» Чем, как не величием человеческого Духа, веет от этой позиции? Какой удивительно гармоничный героизм в этом спокойном принятии смерти и попытке найти смысл за пределами жизни!

В самом деле, многие исследователи, начиная с Элизабет Кублер-Росс, отмечают, что среди умирающих пациентов вспыхивает потребность обрести смысл жизни. Бездумная, порой механически однообразная жизнь, наполненная созданием комфорта и поисками удовольствий, заканчивается в тот момент, когда раздается предупредительный звонок тяжелой болезни.

Все, что заполняло существование, рассыпается, и тогда пеленой кажется сама жизнь с ее зарождением, становлением и исходом. Тогда становятся понятны слова Христа о том, что прежде всего нужно искать Царство Небесное, а остальное — приложится. Царство, понимаемое как истина, как смысл. Разве не логично прежде узнать, куда и зачем ты плывешь, если вдруг оказался у руля, на корабле, стремящем свой бег по морю жизни? И как бы тверды ни были убеждения даже у тех, кто вместо сердца носит «пламенный мотор», возникает мучительная проблема — есть ли что-нибудь за пределами гробовой доски? Бессмысленность приходящей смерти, которая одним росчерком уничтожает целый мир чувств, мыслей, опыта, развитых способностей, распространяется на оценку жизни. И дилемма вырастает в глобальный вопрос, где независимо от названия, смысл жизни подразумевает наличие Высшего Разума, Творца или Бога. И если Он, Сотворивший мир, существует, то нет смерти. Если существует смерть, то нет Бога, нет Разума, нет смысла в этом хорошо отлаженном мире.

Да не покажутся наши рассуждения риторичными, поскольку они затрагивают самые глубинные структуры человеческого сознания, поскольку решение этого «вечного», сакраментального вопроса влияет на позицию уходящего человека. Никто из работающих в медицине не возьмется оспаривать факт, что верующие, религиозные люди умирают легче и спокойнее атеистов.

И значение здесь имеет не выбор какой-то определенной религиозной конфессии, а признание *смысла* происходящего.

По «Книгам мертвых», созданным культурами Тибета, Индии, Египта, известно, что одним из требований «хорошей» смерти является сохранение ясного сознания у умирающего. Близкими представлениями руководствуются и христианские конфессии. В них подчеркивается важность сохранения сознания для исповеди и причастия в последние часы жизни на земле. Никто не будет отрицать психотерапевтического действия религиозных церемоний, осуществляемых у постели умирающего. Даже пациенты, настроенные атеистически, положительно оценивали приход священника, ибо сознание человека, естественно, не может смириться с уничтожением, не хочет уходить в черную дыру и ищет любых объяснений, обесценивающих негативный характер смерти.

Духовный аспект хосписной службы часто создается из специфических взаимоотношений. Если не стесняться ложных звучаний и литературности, то можно сказать прямо: Дух рождается в любви, как и наоборот. Легче понять этот тезис, если сравнить процесс рождения и процесс смерти. Психологи подтверждают, как важно для нормальных родов условие любящих рук акушерки. Не потому ли атмосфере родильных домов многие стали предпочитать домашние роды, с уже зарекомендовавшими себя повитухами. Подобное можно сказать и об умирающих.

В качестве примера можно привести следующий случай. В хосписе обратили внимание, что больные нередко умирают группами. Попытка увязать это с метеоусловиями или еще с какими-либо внешними факторами вдруг выявила, что смерть чаще отмечается в дежурство определенных медсестер и нянечек, входящих в эту бригаду. Накатанный инстинкт чиновничьей психологии чуть не заставил закричать: «Агу их, вот виновники!» На самом деле это оказались лучшие сестры и санитарки, которые относились к больным «не по долгу, но по сердцу». Умереть на «любящих руках» легче, чем на безразличных. Об этом же свидетельствует и множество случаев, когда исчерпавшие свои резервы больные тем не менее продолжали жить. Но вот приходил наконец долгожданный «внучок со службы», или приезжала дочь из «дальних краев» — вместе с ними или сразу после их визита больные спокойно отходили.

На базе хосписа была создана община православных сестер милосердия. Их попечение о пациентах не носит пропагандистского характера. Уважение к убеждениям пациента не дает им права предлагать свои формы адаптации, но

служение сострадания и любви приносит благотворительные плоды. Они часто создают атмосферу хосписа. Когда досужие журналисты спрашивали, отчего, вопреки их ожиданиям, в стационаре нет ощущения трагедии и тяжести, им просто отвечали словами Христа: «Где двое или трое соберутся во Имя Мое, там и Я с ними». И вероятно, встреча с этими истинно добрыми людьми, вносящими в свой труд глубочайшие сокровища своей души, невольно воздействовала на многих больных без слов. Нередко больные начинали искать контактов с этими сестрами, просили разъяснений, советов и кончали тем, что принимали крещение. Одна пациентка со слезами на глазах заявила: «Стоило заболеть раком хотя бы даже ради того, чтобы открыть для себя Бога». Другая, придя в хоспис, горько сетовала, что «Христос страдал три дня, а я шесть месяцев». Однако после причастия пережила глубочайшее откровение, «поняла вдруг, что Бог всюду, а смерти нет». Оставшиеся дни провела в такой радости, что многие приходили к ней в палату, чтобы посмотреть на нее. Счастье преобразило ее. Она была удивительно прекрасна.

Присутствие священников и возможность получить помощь в рамках своей конфессии, органически входит в систему духовной помощи больным. Не будет слишком претенциозным заявить, что религия является до сих пор единственной и самой эффективной психотерапией смерти!

Достаточно, например, вдуматься в обряды крещения, исповеди, причастия, молитвы за болящего, а затем умершего, существующие в православной церкви.

Крещение как обряд соединения с Богом воплощает в себе отцовский принцип. Это значит, что происходит прямой контакт с Тем, Кто создал человека, знает смысл его возникновения и определяет его судьбу, беря ответственность за него на себя. Учитывая то, что «Бог есть любовь», Его отношение к «своему чаду» не может быть приговором к наказанию или возмездию, но прощением и принятием в Свое Царство, в Свою семью.

Обряд исповеди. Кто будет отрицать, что депрессия, возникающая у умирающего пациента, часто сопровождается идеями вины, греховности, неправильности жизни, собственной никчемности. Это естественные проявления депрессии. Исповедь священнику, который не просто выслушает, но способен и отпустить грехи, очистить человека, «аки снег убелить», дает мощнейшую психологическую, духовную поддержку.

Таинство Причастия Святых даров дает надежду, она возрождается, когда произносятся слова: «Во исцеление души и тела...» Даже если не исцеляется тело, исцеляется душа и становится возможным приобщение к вечной жизни. Очищение души снимает подчас не только душевные боли, но и облегчает физические. Сама модель мира, в которой не существует смерти, дает и утешение, и успокоение, ибо есть Бог, есть справедливость, есть жизнь и нет смерти.

Значение молитвы у постели умирающего можно проиллюстрировать следующим примером. Семья сравнительно благополучного человека, «построившего и хороший дом, и посадившего сад, и вырастившего несколько любящих детей», окружила пациента в последние часы его жизни. Было кому и держать умирающего за руку и «подать стакан воды», но тем не менее, обезболенный, он сильно страдал, заставляя страдать и семью. Смягчить ситуацию удалось, лишь предложив родственникам почитать вслух Евангелие для больного. Ритм слов, их значение, их сила успокоили не только пациента, но и его семью. Смерть пришла тихо, незаметно. Ее приняли не как горе, но как великое таинство, ибо Спаситель «смертью смерть поправ» и дал надежду Вечной жизни всему человечеству.

В дальнейшем стали использоваться специальные для таких случаев молитвы. Например, «О разлучении души с телом». Поразителен факт ее действенности. Находясь в коме, пациенты воспринимали общий смысл и направленность молитвы как «разрешение на смерть». Несомненным всегда было облегчение агонии.

Наконец, присутствие в момент умирания священника как посредника между землей и небом, человеком и Богом необычайно значима. Даже неверующие люди положительно оценивали приход священника в хоспис, говоря о его умиротворяющем воздействии.

Хотелось бы привести еще один впечатляющий случай. К пациенту в хоспис пришел священник, чтобы причастить его. В той же палате находился другой пациент, агонирующий уже пару дней. Свершив Таинства Причастия, священник двинулся к выходу, но вдруг был остановлен молящим взглядом. Оказалось, что сосед, находящийся в коме, внезапно пришел в себя и буквально «впился» глазами в священника. Последний вернулся и спросил, не хочет ли и он исповедаться и причаститься. Больной смог только моргнуть глазами в знак согласия. Когда священник закончил, на щеках умирающего блестели слезы. Священник снова направился к дверям и напоследок обернулся, чтобы попрощаться. Пациент уже отошел в иной мир.

Трудно представить себе или объяснить одним лишь совпадением то, что больной в коме почувствовал присутствие Святых Даров и священника и в последний момент сумел «придать смысл» своему концу, другими словами, приобщиться к Богу.

Сложность умирания порой заключается в драматичности расставания с миром. Человек вначале умирает психологически, а затем уже физически, буквально. Итак, расставание наступает вслед за прощанием.

Мы уже упоминали, что прощание включает в себя смысл прощения. Что же означает — уйти со спокойной совестью, простив и будучи прощенным?

1. Прощение:

- это не просто примирение;
- оно происходит внутри человека;
- это не официальное извинение;
- это не «забывание» обиды, так как мы несем ответственность за свои действия;

• это не упование на время, которое все сгладит, это активная позиция действия;

- это не просто слова — «я прощаю»;
- это не реализация чувства справедливости, так как справедливость и милосердие могут противоречить друг другу. Так, исходя из справедливости, обидчик не может быть прощен, пока не попросит прощения;
- не всегда обида умышленна, часто обидчик наносит боль ненамеренно;
- полнота прощения требует взаимного прощения.

2. Прощение затрагивает все стороны человеческого существа. Таким образом, оно означает избавление от негативных мыслей, чувств и действий.

3. Мотивы прощения могут иметь внешние и внутренние истоки. Внешняя мотивация прощения:

• Обиженный хочет простить, чтобы взамен получить избавление от страданий.

• Обиженный хочет простить, чтобы самому быть прощенным.

• Прощение может выглядеть как месть. Я прощаю потому, что я — морален и лучше своего обидчика. Простив, я получу моральное преимущество перед обидчиком.

• Прощения требует моя роль. Например, я, как отец, должен простить мою семью.

• Меня могут осудить другие, если я не прощу. Уважаемые мною люди ждут, что я прощу.

• Бог ожидает, что я прощу. Внутренняя мотивация прощения:

• Я прощаю, так как я люблю людей.

• Я чувствую сострадание, когда вижу, что мой обидчик страдает.

• Человек больше того, чем он является.

• Человек может ошибаться, и ответственность за это ложится на него.

• Прощение утверждает призыв Христа «возлюбить ближнего, как самого себя».

• Прощая, ты освобождаешься от «боли непощения».

• Прощение — это помощь и забота об обидчике, к чему призывает церковь.

• Внутренняя мотивация должна быть конечной.

4. Процесс прощения включает несколько стадий:

- мы переживаем свою боль;
- испытываем ненависть к обидчику;
- пытаемся успокоить себя;
- встречаемся с обидчиком и примиряемся, причем примирение

происходит после прощения.

5. Психотерапевтическая работа с болью, возникшей на почве обиды, включает следующие моменты:

- влезть «в шкуру» обидчика;
- посмотреть на ситуацию с его точки зрения, выйдя за пределы своих рамок;
- узнать историю жизни и обстоятельства, окружающие обидчика;
- понять, что происходило с обидчиком, когда он наносил обиду;
- определить мотивы, почему он обидел меня (сознательно или

бессознательно).

Прощение предполагает:

- переживание чувств обидчика, что сопровождается определенной симпатией к нему;
- сострадание к обидчику;
- принятие и впитывание собственной боли, без выливания ее на обидчика.

6. Плоды прощения:

- нахождение смысла в страдании и прощении;
- умение работать с отрицательным ресурсом, который являет собой духовный потенциал, требующий другого выражения;
- применение этого опыта в других случаях;
- прощение — шаг к смирению, помогающему понять свое несовершенство;
- в прощении вы становитесь не одиноки и обретаете возможность поддержать других;
- обретение нового смысла и цели в жизни;
- повышение самооценки в результате самосовершенствования личности.

7. Эмпатия, любовь — это ключевые моменты прощения. Поведение не определяет человека, так как он создан по образу и подобию Божию.

8. Осознание страданий — это духовное саморазвитие, которое предполагает вступление на путь, указанный Спасителем.

9. Мы должны прощать, чтобы быть прощенными.

Мы привели краткий разбор такого простого и в то же время сложного процесса прощения, чтобы оценить то, что в нас происходит. Одним из важных моментов прощения является необходимость найти человека, который

может в этом помочь. Явление переноса в психологии широко известно, и можно понять, какая ответственность ложится на священника, готового осуществить эту функцию.

Однако истины ради следует отметить, что не каждый служитель церкви способен на работу с умирающими. Потому такая миссия часто осуществляется врачами, сестрами милосердия, санитарками. Выслушивание, сопереживание, прощение и любовь дарят они многим из тех, кто обращается к ним. Возрождение же христианской этики помогает восстанавливать то качество жизни, которое называется духовностью и которое пребывало в забвении обыденной жизни, пока не пришло «последнее время».

Тем не менее мы не ограничиваем духовную помощь лишь религиозными традициями. Одним из важных принципов работы паллиативной медицины является не навязывание какой-либо идеологии или представлений пациенту. Любое давление невозможно в условиях, когда человек находится в беспомощном положении. Потому так важно уметь слушать. Характер духовной помощи может опираться на то, что мы привыкли называть святым в человеке. Это может быть святость любви или какие-то другие ценности, которые выявляются у больного и поддерживаются медицинским персоналом. Духовный характер могут носить и взаимоотношения с любым человеком, если они исполнены благожелательства, сочувствия и доброты к пациенту. Мы могли бы привести примеры духовных переживаний пациентов при виде звездного неба, при общении с картинами великих художников, слушая музыку, что открывало особое осознание жизни и своего места в ней у пациентов. Активизация всех психических процессов у пациента в оставшиеся ему дни жизни нередко вызывала удивление. Менялось качество жизни, менялись ценности пациента, и, вероятно, этот процесс является не последним доводом для создания службы помощи умирающим больным.

Мы могли бы привести слова многих больных, заявлявших, что осознание близости смерти словно пробуждало их к настоящей жизни. Их звездный час оказался не в период довольства жизнью, а перед ее окончанием. Вероятно, с этими переживаниями можно связать парадоксальные слова некоторых пациентов, что они умирают счастливыми.

Жизнь имеет смысл до самого последнего вздоха, она сохраняет этот смысл до самого последнего вздоха, ибо всегда дает возможность реализовать ценность именно в том, как человек относится к предназначенному судьбой страданию. И мы постигаем при этом мудрость слов, произнесенных когда-то Гете: «Не существует положения, которое нельзя было бы облагородить либо достижением, либо терпением». К этому мы должны добавить лишь то, что подлинное терпение, то есть истинное, настоящее страдание, назначенное судьбой и определяющее судьбу, само по себе является достижением, высочайшим

достижением, которое может выпасть на долю человека. Даже там, где человек должен отказаться от реализации созидательных или эмоциональных ценностей, и там он способен что-то «осуществить».

В заключение хочется привести основные аспекты психотерапевтической помощи, имеющей духовную направленность.

1. Духовное осознание начинается с решения больным основных вопросов бытия:

- мое отношение к существованию — «кто я?»;
- значение и цель жизни — «почему я здесь?»;
- мое отношение к другим людям;
- отношение к религии, к Богу.

2. Разрушительные факторы, надламывающие «мой дух»:

- потеря работы, силы, дефекты тела, социального и бытового статуса;
- зависимость от окружающих;
- рассеянность и невозможность ни на чем сосредоточиться;
- разрушение тела;
- социальная изоляция;
- необходимость принять для себя концепцию смерти;
- дезинтеграция духовной работы.

3. Указания на духовные нужды:

- потеря надежды — «мне бы лучше умереть»;
- интенсивность страдания — одиночество, зависимость;
- отношение к Богу — «я не могу молиться»;
- гнев на Бога — «что я сделал, что Бог отвернулся от меня?»;
- неоправданный оптимизм — «я не сдамся»;
- чувство вины — рациональное и иррациональное;
- страх смерти — «заснуть и не проснуться».

4. Принципы, включающие духовную направленность помощи:

- смерть — не самая большая трагедия в жизни;
- деперсонализация («живой труп») представляет альтернативу смерти, так как потеря себя отнимает у человека возможность жить осознанно;
- смерть в заброшенности, в изоляции страшнее, ибо «нас питают любящие руки»;
- оторванность от духовной пищи — именно духовное содержание делает жизнь значимой и стоящей;
- оторванность от надежды — «если здоров — есть для чего жить, если болен, то тоже есть для чего или для кого»;
- в ситуации умирания необходимо помочь больному не потерять себя, своего «Я»;

• 5. При оказании духовной помощи можно руководствоваться следующими принципами:

- не считайте, что вы полностью понимаете чувства больного;
- не пытайтесь погрузить его в ваши воззрения;
- не навязывайте своих взглядов — на жизнь, на смерть, на религию и веру или успех от них;

• не ожидайте «конца» больного.

6. Непосредственная помощь осуществляется:

- терапией присутствия;
- умением слушать больного;
- уважением к независимости и признанием свободы индивида думать так, как ему хочется, и о том, что для него существенно;

• утверждением ценности его жизни;

• обращением к специальным потребностям больного;

• оценкой силы и возможностей пациента;

• использованием резервов больного;

• поддержкой реальной надежды;

• поддержкой духовного роста;

• при необходимости — вовлечением священнослужителя в процесс духовной поддержки.

7. Духовная забота о родственниках, использование связей с монастырями. Возможности встреч и бесед семьи с монахами.

Индивидуальная психотерапия

Хотелось бы вновь вернуться к мысли Гиппократов о том, что медицина — это прежде всего искусство. В первую очередь, на наш взгляд, это можно отнести к умению врача слушать и слышать больного. Здесь умение ждать — одно из необходимых. (При этом не исключаются методы психотерапии, о которых шла речь выше.)

С помощью ли врача, самостоятельно ли, больному необходимо преодолеть определенный психологический барьер, прежде чем он, доверясь врачу, включит его в свою жизнь и в свои проблемы.

Фактически наша ориентация на больного открывает широкие возможности для индивидуальной психотерапии. И мы должны быть готовы играть ту роль, какую предназначит нам сам пациент. Единственное условие при этом — не грешить против правды, какой бы горькой она ни была. Даже если больной вынуждает ко лжи — например, в разговоре о диагнозе и перспективах. Лучше в данном случае уклониться от ответа, сохранив таким образом за больным право по-прежнему доверять врачу.

Принцип правды дает нам возможность реального контакта с больным. Он должен нам верить от первой минуты до последней. Верить, зная правду.

Мы уже говорили, что умирание и смерть крайне индивидуальны и единого рецепта для всех не существует. Помочь человеку найти смысл в «обесмыслившейся» жизни, разделить его одиночество, поддержать, не оставить в минуты смятения, обратить его к самому себе — важная цель индивидуальной психотерапии. В этом смысле мы не приветствуем использование суггестивных методов психотерапии. Человек должен быть самим собой, независимо от того, разделяет он наши убеждения или нет, принимает наши воззрения или отвергает их.

Хотелось бы подчеркнуть, что существующий стереотип негативного восприятия смерти достаточно односторонен. Любой стереотип нарушает творческий, независимый подход к жизни, что касается также и независимости выбора больного. Тем не менее жизнь неотъемлема от смерти, а смерть от жизни. В этой связи вспоминается старый грузинский фильм «Не горюй!». В нем повествуется о человеке, который, почувствовав приближение смерти, созвал своих друзей на пирушку и попросил каждого сказать последнее слово в его адрес, как если бы он уже умер. Смущенные гости повиновались. Тост за тостом, разговор, подогретый вином, становился все более оживленным и в конце концов превратился в настоящее веселье. Наутро хозяина не стало — он умер, но ушел без печали, не оставив ей места и в сердцах своих близких. Человек, набравшийся мужества принять жизнь во всем ее *многообразии* и давший возможность сделать это же своим приглашенным на пир друзьям, стал свободен от негативного стереотипа смерти. Смерть пришла незаметно, естественно. Будучи включенной в общий круг жизни.

Представление о том, что в хосписе, где люди готовятся умереть, царит траур, абсолютно неверно. И не соответствует действительности. Здесь и смеются, и шутят. Даже над самыми страшными атрибутами смерти. Кто как может. Помнится, как один из наших больных шофера, увозившего тела умерших, рассмеявшись, окрестил «Чичиковым»...

В связи с этим хотелось бы заметить, что, встречаясь с каждым новым пациентом, не стоит подходить к нему с «общей меркой». Мы не должны нести в себе никаких стереотипов, а тем более навязывать их другим. Необходимо быть очень бережным с любой индивидуальностью, не навязывая несвойственных конкретному человеку образов и моделей.

Для определения возможностей индивидуальной психотерапии необходимо определить как можно более тонко различные *параметры психического статуса* больного.

При оценке психического статуса необходимо акцентировать внимание на следующих *проблемах* больного:

1. Проблема тотальной боли

- физическая боль;
- эмоциональная боль;
- социальная боль;
- финансовая боль;
- интерперсональная боль;
- духовная боль.

2. Проблема тревоги

А) Симптомы тревоги:

- агитация;
 - диспепсия — тошнота, рвота;
 - диарея;
 - истерическая одышка;
 - приступы паники;
 - бессонница;
 - истерические, конверсионные симптомы — «все болит»;
 - параноидальные симптомы.
- Б) Возможные причины тревоги:

1. Проблемы взаимоотношений:

- с врачом, медсестрой;
- с семьей;
- неудовлетворенность лечением;
- унижение.

2. Страх умирания:

- боли;
- потеря функций;
- зависимость от окружающих;
- угроза смерти;
- предшествующие личные тревоги.

3. Депрессия

А) Симптомы:

- тоска;
- суточные колебания интенсивности тоски;
- чувство «камня на сердце» — витальность;
- заторможенность мышления и моторики;
- потеря аппетита;
- запоры;
- сухость во рту;

нарушения сна;

- чувство вины, малоценности, предшествующие депрессии.

Б) Причины депрессии:

- беспомощность;
- пролонгированная тревога;
- непреходящая боль;
- изоляция (может вести к суициду).

Следует дифференцировать депрессию от естественной печали. Важным мероприятием оказывается определение в психическом статусе больного *страхов* и оценка их характера: 1) страх смерти;

2) страх тяжелого лечения;

3) страх ухудшения состояния;

4) страх боли;

5) страх хосписа;

6) страх жизни в состоянии инвалида;

7) страх потери своей личности среди других больных. Необходимо

также определить *степень осознания* больным своего состояния:

1. Что больной знает о своем состоянии.

2. Что он хочет узнать (диагноз, прогноз).

3. Каковы ожидания больного по отношению к своему будущему.

4. Какой смысл имеют для него эти знания и ожидания.

5. Какова реакция больного на помещение в хоспис.

Теперь попытаемся показать основные принципы индивидуальной психотерапии для различных групп больных, предварив их общими установками.

В стадии отрицания мы не должны мешать больному; мост к человеку должен строиться от него, а не от себя.

В стадии агрессии целесообразно дать больному «выплеснуться».

В депрессивной стадии необходимо разделить переживание.

В стадии принятия необходимо поддержать пациента, и здесь для нас важно дать больному возможность и время пройти эту стадию в хосписе или на дому в присутствии работников хосписной службы.

Опыт показывает практическую значимость типологизации личности больного, поскольку это позволяет предвидеть не только те или иные психические реакции и степень их выраженности, но также и возможности их купирования. Основными факторами, на которые опирается индивидуальная работа, служат ощущения пациентом времени и пространства.

I. Группа шизоидов. Стадия получения информации, так называемая *шоковая стадия*. В этой группе крайне трудно предвидеть реакцию больного.

поэтому следует дать ему возможность самому выразить информацию, чтобы понять его установку. Аутистический характер больного, построившего для себя свою собственную модель мира, порой совсем не совпадающую с объективным миром, может порождать крайне резкие негативные реакции при постороннем вмешательстве, ведь для больного крушение его собственных представлений порой куда трагичнее гибели всего объективного окружения. В этот момент эмоциональное участие для больного значит немного. Интеллектуальное начало в нем требует определенных успокоительных доводов, например: «Вы живете столько, сколько хотите». Значимость установки крайне важна. Кстати, это не просто утешительные мысли, но в самом деле мы сталкивались со случаями, когда принятая установка могла продлить (или сократить) дни больного. Для пациента крайне важно, что конец зависит от него самого, от его решения.

Во многих случаях больному нужно дать время на, как говорится, «переваривание» информации. Опять же, преобладание в личности пациента умственного начала потребует какого-то процесса обдумывания, и больного стоит оставить наедине с собой. Обычно пациент сам находит ту или иную версию, помогающую ему справиться с информацией и мобилизовать защитный психологический механизм. Стоит особенно подчеркнуть, что у больного шизоидной группы в стадии шока возникает не столько страх смерти, сколько, в связи с крушением его мира, необходимость осмысления собственного поражения. Время для больного течет медленно, и интенсивность внутренней жизни достаточно велика: несколько дней могут восприниматься как годы. Так человек в минуты тяжелых испытаний сидит буквально на глазах.

В отношении личностного пространства следует сказать, что больной живет в своем, индивидуальном, пространстве и не требует изменений внешнего: выезда на природу, выхода на улицу и т. п.

На смену шоковой стадии часто приходит *период отрицания*. Руководящим советом в этот период является не мешать больному, помня, что он живет в своем времени, и сроки перехода в другой период определяются им самим и не зависят от внешних причин.

Следующим советом, возможно повторяющим первый, является не спешить с помощью больному, если вам не известно, хочет ли он ее получить. У больных нередко отмечается стремление к уединению. Они сторонятся других пациентов и врачей, поскольку последние невольно отрицают ту версию ситуации, которую выбрал (придумал) больной для себя. Важно помнить, что с больными этой группы не стоит вступать в игру, в которую они играют сами и иногда пытаются вовлечь персонал. Всегда следует помнить, что, поддерживая версию больных в стадии отрицания информации, вы отрицаете возможность помочь ему в следующих стадиях, которые должны освободить его.

Стадия агрессии. Общий принцип: дать больному «выплеснуться» — не всегда может быть приемлем. У части больных мы встречали выраженные параноидальные идеи «околдовывания» — воздействия, которое якобы привело их к болезни, поэтому, не отказываясь от общего принципа, нужно вступать в диалог и пытаться различными доводами разубедить больного и вызвать у него критическое отношение к бредаподобным идеям. Объяснением необходимости такой тактики служит то, что шизоиды, не обладая умением «выплеснуться», часто новое здание строят на ложном основании. Критика может обуздать версию «воспаленного» сознания больного, ибо аффект, этих больных не столь силен и не настолько слеп. В основном эмоции этих больных скорее вторичны и повинуются разуму, как лошадь всаднику.

Период депрессии у больных шизоидной группы чаще характеризуется апатическим состоянием, астенией, и требует не столько разделить переживания больного, сколько поддержать, дав ему ту или иную перспективу. Мы уже говорили, что у больных этого типа особой значимостью наделен свой собственный мир, и крушение этой модели носит трагический оттенок. Поэтому в беседе возможно, подчеркнув значимость ценностей пациента, его мира, убедить его, что ничто в мире не исчезает, конца нет, и его мир так же не может исчезнуть. Проще говоря, при утрате больным веры в жизнь и ее смысл необходимо вернуть ему эту веру. Опять же следует подчеркнуть, что депрессия у больных этой группы скорее умственная, и с этих позиций ее нужно пытаться корректировать. Именно в этот период, как ни в один из предшествующих, одинокому шизоиду нужен собеседник. Именно в период депрессии, в период крушения его мира, изменяется личностное пространство, требуется показать больному простор, ночное небо, мириады миров. Так же успокаивает даль морского залива. Простор часто словно снимает тормоз с остановившегося чувства времени.

Период принятия. Он характеризуется тем, что на развалинах старого больной возводит новый, особый, мир. Какими бы фантастичными ни были его представления, — коли врач удостоен знать эти мысли и переживания, — не следует мешать им. Наша задача слушать и по возможности исполнять желания больного. В этом случае он (больной) — архитектор и инженер, а врач — лишь исполнитель, прораб.

Интересно, что этот последний аутизм больного не слишком замкнут для окружающих. У больного возникает желание эмоциональной поддержки от окружающих, она как бы подтверждает значимость его переживаний, символизирует ценность его представлений для мира. Сам же мир воплощается в окружающих пациента людях. Чувство пространства и времени достаточно соответствуют состоянию больного и не нуждается в коррекции.

II. Группа так называемых **циклоидов**. *Период шока*. Необходимо в первую очередь учитывать общительный характер больного, преимущество эмоциональной сферы в его жизни. Для циклоида в период шока важно присутствие людей. Близкий человек разделяет информационный удар о диагнозе и прогнозе, и удар надвоих менее тяжел. Один из больных сказал, что, если бы не было рядом жены, он покончил бы с собой. Переживание циклоидов достаточно бурно, но быстро утихает. Больные часто пытаются занять себя делом. Некоторые в этот период выезжают на природу. Одинокая женщина, получившая информацию о заболевании, поехала на кладбище к своим родителям и вернулась успокоенной. Для циклоида очень важно проиграть внутренне всю ситуацию и «выплеснуться». Пространство для больного сужается, ему тесно в четырех стенах, тянет на простор, психологическое время летит. По выражению больного: «Время заспешило так, что не мог догнать его». Это ощущение ускорившегося времени в иных случаях может быть противопоставлено «остановке» времени у больных групп шизоидов.

Период отрицания. Следует подчеркнуть, что больные группы циклоидов — реалисты. Они прекрасно чувствуют игру окружающих, но, даже зная правду, принимают условия игры, чтобы не травмировать близких. С медперсоналом у больных складываются более доверительные отношения. Зачастую они не говорят, но чувствуют друг друга и понимают истинное положение дел. Впрочем, иногда податливость внушению окружающих заставляет их как бы верить в то, что ничего не происходит. Но это ненадолго и скорее лишь свидетельство того, как часто мы верим в то, во что нам хочется верить. В этот период возможно поддержать игру больного, поскольку любая тяжесть, психологическая в том числе, требует хоть небольшой, но передышки. И в этой стадии больной часто испытывает сужение пространства. Как выразился один наш больной: «Душе тесно в одном теле с раком».

Период агрессии. Больному необходимо дать «выплеснуться», но при этом надо учитывать, что циклоиды часто предъявляют вполне реальные, справедливые претензии. Например, жалуются, что им давали ложную информацию, отказывали в обезболивающих и терапии, ссылаясь на то, что «еще не время». Короткие вспышки агрессии быстро проходят. Стоит отметить, что часто реакция агрессии подменяет страх и панику больного. Но реалисты-циклоиды очень естественны, и эти явления отмечаются нечасто. Больного нужно попытаться отвлечь, поскольку зачастую эти случающиеся выплески агрессии заставляют его в дальнейшем переживать и просить прощения за несдержанность.

Период депрессии требует от врача разделить его с больным. Именно в этот период многие больные жалуются, что не ощущают времени, оно «словно остановилось». Участие персонала тем более важно, что больные обладают способностью присоединяться к ощущению времени другого человека.

Один больной сообщил, что он специально пытался прожить день так же, как проживает его внук. И это помогло ему справиться со своим состоянием. В заключение хочется сказать, что больные больше нуждаются в сочувствии, нежели в переубеждении.

Период принятия. Циклоид живет настоящим. Стало быть, надо насытить его мир впечатлениями: природа, музыка в этом случае неоценимы. Больные иногда отмечают, что время для них словно исчезает, но это исчезновение нельзя отождествлять с остановкой времени. Это время не событий, но состояния, оно близко к экзистенциальному переживанию мгновения-вечности. Важно организовать пространство больного, создать психологический климат благожелательности в палате и в отношениях со всеми другими. Нужно помнить, что общение для этих больных — самое ценное, что осталось в этом мире.

III. Группа тревожно-мнительных, так называемых психастенических больных. *Шоковая реакция.* У психастеников возникает не просто страх, а ужас при получении серьезной информации, этот ужас в буквальном смысле слова парализует больного, и конечно, это диктует необходимость присутствия рядом близкого человека, чтобы по возможности переживания больного, будучи разделенными, стали легче. Предвидя реакцию больного, лучше давать не прямую информацию, а косвенную, и — наиболее подходящий для психастеника путь — подвести его к реальности постепенно. Больные иногда вообще не задают персоналу вопросов о заболевании. Они сами догадываются о диагнозе и прогнозе. Но возможна и попытка «прощупать» почву. Одна больная, разговаривая с доктором хосписа, провоцируя ускорение процесса беседы, заявила: «Представьте, доктор, вокруг одни раковые больные». Не получив ответа, поспешила перевести разговор на другую тему. Даже когда больной все-таки утверждает, что хочет правды, не торопитесь ему верить, чаще он хочет услышать подтверждение собственной интерпретации событий, он ждет этой успокаивающей псевдоинформации. Время больных при шоковой реакции ускоряется, пространство — сужается.

Период отрицания. Для больного это поиск позитивных референтов. Поэтому следует рекомендовать слушать его, в чем-то с ним соглашаться, но не следует давать больному каких-либо гарантий, позволяющих ему еще больше укрепиться в самообмане. Нужно помнить, что любой обман, хотя бы и в чем-то малом, помешает больному поверить вам, врачу, во второй раз. Нужно помнить, что больной чувствует гораздо больше, чем говорит. Слова нужны ему как соломинка. Но даже хватаясь за нее, он постоянно чувствует под собой бездну. Больному часто необходима сильная рука, и здесь в какой-то мере возможна суггестия типа: «Успокойтесь, вы живы, ничего страшного не происходит». Поведение больного напоминает поведение подростка, находящегося в постоянной неуверенности. Его пространство расширяется, и больной словно

теряется в нем. Поэтому с больным лучше разговаривать в кабинете, а не на улице или в саду. Возможно прикосновение, можно взять пациента за руку и как бы подсоединить к своему состоянию. Тревога не дает покоя больному, ему не сидится. Время для него летит, поэтому важно попытаться дать ему какое-то отвлекающее задание. Больной крайне восприимчив к невербальным воздействиям.

Период агрессии наблюдается нечасто и выражен слабо. Агрессия чаще направлена на самого себя. Отношение к болезни для пациента часто однозначно: это рок, который невозможно победить. Ролевая жизненная установка таких больных — это роль не бойца, но жертвы. Больной легко ставит себя на место других и оправдывает их, таким образом его интеллигентность не дает почвы для агрессии. Следует помнить, что больные этой группы обладают огромной фантазией, поэтому не всегда следует давать им выплескиваться. «Угрызая себя», пациент часто лишается сил. К тому же аутоагрессия может быть нескончаемой.

Период депрессии. У психастеников депрессия чаще всего тревожна и может приводить к явлениям деперсонализации. Окружающие должны поддерживать больного, разделять его переживания и быть с ним. Больной живет будущим и нуждается в переориентировке на настоящее. Его необходимо отвлечь от тех сцен смерти, похорон и т. п., что услужливо рисует ему его фантазия.

Период принятия. В этот период у больного отмечается некоторое успокоение. Но, учитывая непостоянство его эмоций, требуется поддержка врача или близких людей. Иногда больные отмечали состояние, близкое к эйфории. Несмотря на трагичность ситуации, приближение к смерти, дальнейшего ухудшения настроения у больных не отмечалось. Как заявил один больной: «Как хорошо, что все решено! Кончилась тревога, все ясно, я словно стал самим собой». Однако чаще больной продолжает жить будущим, и время для него летит без остановки, «утекает в пропасть».

IV. Группа так называемых эпилептоидов. *Шоковая стадия.* У больных этой группы реакция на получение информации часто бывает отставленной. Учитывая возможность взрывного аффекта, целесообразно присутствие рядом кого-то из близких или персонала. Давая информацию, нужно предлагать ее по частям, сохраняя, однако, возможность некоторого отступления. Памятуя особенности характера больных, так же как для предшествующих групп, целесообразно давать больному время для «созревания». Реакция страха у этих больных может мгновенно переходить в агрессию.

Стадия отрицания. Следует выслушивать больного, но не стоит перечить ему и разубеждать. Необходимо предвидеть, что поддержка больного в следующий момент может вызвать агрессию в адрес врача. Лучше уходить от отве-

та, хотя больные-эпилептоиды невероятно дотошны в своей подозрительности и стремятся, зачастую во вред себе, подчинить собеседника своей воле. Надо отдать должное, что для них этот период довольно мучителен. Недоверчивость, мнительность эпилептоида, желание во что бы то ни стало докопаться до истины иногда, в стадии отрицания, напоминают мазохизм.

В период агрессии следует дать больному «выплеснуться», но реакцией — управлять. Часто больной находит себе жертву среди близких или окружающего персонала, обращает свой гнев на них, пишет жалобы. Больные не могут находиться без деятельности, поэтому иногда целесообразно просить их заняться описанием своих жалоб, вести дневник; никогда не следует спорить с больным, поскольку переубедить эпилептоида невозможно. Любопытно описание одного больного, который успокаивался от колки дров. По его словам, он представлял, что расправляется со своими врагами. Всякий физический выплеск особенно успокаивает больного, поэтому его деятельность следует направить в сторону физической нагрузки.

Период депрессии. Депрессия эпилептоида тревожна, время для него летит, и больной мучительно пытается его затормозить. Интересно, что **Ошибка! Элементы оглавления не найдены.** физическое движение на машине или на поезде с большой скоростью давало успокоение и замедляло бег времени. Больным нужна поддержка, особенно если учитывать, что в этот период они нередко судят самих себя, и у них появляются суицидные тенденции. Когда больной не в силах ничем заняться, хорошим терапевтическим средством часто являются телевизионные передачи., Пространство для больного сужается.

В период принятия больному нужна поддержка, присутствие кого-либо из близких. Нередко у больных отмечается экстатическое состояние. Чтобы поверить в свою «правду», больному необходимо убедить в ней хоть кого-либо со стороны. Мистические переживания поддерживают больного до последнего момента, хотя не лишают возможности реально представлять события и получать необходимое руководство поведением.

V. Группа так называемых истероидных больных. *Шоковая реакция* диктует необходимость «выплеснуться». Как бы ни были драматичны истерики больного, не следует их пугаться, потому что зачастую в них заложена склонность больного к театрализации и демонстрации — игре. Больные этого типа больше, чем какие-либо другие, приспособлены к окружающей жизни. Выплеск их адаптирует, но для этого им требуется зритель. Пространство и время больного — капризны и непостоянны. Время то ускоряется, то замедляется, то же происходит и с пространством.

Период отрицания требует не мешать больному. Нередко мы наблюдаем эйфорию. В таком случае иногда излишне напомнить больному о реальности. Больные живут в своем времени и торопятся получить максимум ощущение-

ний. Пространство мало, и больной пытается постоянно менять места своего пребывания.

Период агрессии. На первом плане — вновь демонстративность, страсть к которой требует «выплеска». В период агрессии одна из наших подопечных ошарашила своего мужа словами: «Ты меня убил, я — раковая, тебя ждет то же!» После чего потребовала немедленного развода. По всем правилам.

Позиция врача — не дать вовлечь себя в игру больного, в которую тот сам верит лишь отчасти. Возможно оставить больного одного, и это отрезвит его лучше всяческих убеждений.

Состояние депрессии требует сочувствия. Инфантильный истероид нуждается в успокоении, в подмостках, игрушках, цветах. Больные много говорят о своей смерти, как бы репетируют ее, тем не менее в реальность исхода не верят до последней минуты.

Период принятия требует поддержки. Больные живут в своем мире, и единственное, в чем они нуждаются, — это присутствие зрителей: чем их больше, тем лучше. Они умеют вовлечь в заботу о себе всех, кто их окружает.

Предлагая качественную характеристику психогенных реакций, тесно связанных с особенностями личности, мы должны также сказать об интенсивности переживаний, которые позволили разделить наблюдаемые реакции на 3 условных типа: легкая степень психогенных реакций, средняя и тяжелая.

Легкая степень психогенных реакций чаще купировалась исключительно психотерапевтическими средствами. С больными с достаточно развитым интеллектом, ищущими контакта, в большинстве случаев проводились индивидуальные или групповые беседы в русле рациональной терапии. Купирование таких реакций не всегда требовало участия врача-психотерапевта, и нередко справиться с переживаниями больных мог средний персонал, владеющий психотерапевтическими методами. Возникновение этих реакций порой можно предвидеть: они обычны, когда в состоянии больного возникает критический момент; также во время визита родственников, с которыми имеются те или иные сложности во взаимоотношениях. Больные, фиксирующиеся на своих переживаниях, плохо поддающиеся убеждениям, нередко обучались тренировке или получали суггестивную терапию в форме каких-либо модификаций гипнотических воздействий.

При средней степени переживаний исключительно психотерапевтических средств оказывается недостаточно, и для купирования возникающих расстройств нам требовалось применение малых транквилизаторов типа триок-сазина — 3-6 мг, элениума — до 30-50 мг, седуксена — 20-30 мг (в сутки).

Тяжелая степень психотических расстройств, подчас достигающая уровня психотической симптоматики, вызывала необходимость применения

нейролептиков и антидепрессантов (аминазина до 100-150 мг, дроперидола 10-15 мг, amitриптилина до 200 мг — в сутки). Наибольшие трудности отмечаются в группе больных с преобладанием шизоидных особенностей характера. Эти больные в большинстве случаев требовали комбинированного воздействия психотерапии с психофармакологическими средствами.

Анализ интенсивности переживаний, отмечаемых у больных разных групп, выявил, что группа тревожно-мнительных психастенических субъектов является наиболее уязвимой и склонна к тяжелым психогенным реакциям.

Группа эпилептоидных больных также отмечена интенсивностью переживаний, но если аффект у тревожно-мнительных больных чаще был направлен на себя, то у эпилептоидов аффект направлялся на окружающих, и эти больные требовали особого внимания и настойчивости в плане возможных агрессивных реакций.

Группа истероидных больных при кажущейся легкости купирования переживаний имела тенденцию к их быстрому повторному возникновению. Однако в целом, несмотря на впечатляющую яркость переживаний, больные оказались самодостаточны, и тяжелая степень психогенных расстройств фиксировалась редко.

Наилучший эффект от применения терапии отмечался в группе больных с циклоидными чертами.

Средние цифры интенсивности психогенных реакции в различных группах

Группа	Легкие степени психогенных реакций	Средние степени психогенных реакций	Тяжелые степени психогенных реакций
I Шизоиды	15%	26%	59%
II Психастеники	6%	30%	64%
III Циклоиды	54%	32%	14%
IV Эпилептоиды	19%	48%	33%
V Истероиды	51%	39%	10%

Для удобства мы хотим привести сводную таблицу психогенных реакций различных психологических типов больных и основных способов их терапии.

Группа шизоидов

<i>Стадии</i>	<i>Проявления</i>	<i>Рекомендации</i>
Шоковая	Внутренний взрыв. Собственная гибель равнозначна гибели мира, но переживание носит скорее интеллектуальный характер. Короткий период. Остановка времени	Дать больному возможность выразить информацию так как он ее понимает. Дать надежду на интеллектуальном уровне, включив в информацию мысль о значимости психологической установки, которая зависит от самого больного.
Отрицания	Длительный период нередко до самого конца а) Все сконцентрировано на борьбе за жизнь, создается своя система лечения. б) Забывает о диагнозе, продолжая жить, как если бы ничего не случилось в) Стремление к уединению	Не мешать больному в построении его, собственной версии болезни, но и не включаться в нее. Не торопиться с помощью, если не убедились что пациент в ней нуждается.
Агрессии	Выражен недолго. Агрессия скорее умозрительная, если не создается паранойальная идея «околдовывания», «порчи». Возможность суицида с «отмщением раку». Ощущение магического воздействия окружающих, а также утекающего времени, сократившегося пространства.	В случаях возникновения паранойальных реакций отношения, околдовывания, порчи — следует вступать в диалог и пытаться разубедить больного.
Депрессии	Депрессия больше интеллектуальная, нежели эмоциональная. Скорее апатический характер депрессии, стремление к одиночеству. Чувство вины оформлялось идеями мирового зла. Наличие иллюзорных переживаний — вещей сновидений и предчувствий. Чувство времени замедлено, пространство не сужалось	Поддержка больного, хотя и нет необходимости разделять его переживания. Дать высокую оценку личности пациента и его внутреннему миру. Пациенту необходим собеседник.
Принятия	Часто совпадала с религиозными представлениями, с верой в бессмертие. Ожидание смерти, замедление времени. Пребывание в своем пространстве	Принять версию больного, уметь его выслушать, дать эмоциональную поддержку.

Группа циклоидов

<i>Стадии</i>	<i>Проявления</i>	<i>Рекомендации</i>
Шоковая	Эмоциональный удар. Бурное переживание катастрофы. Быстрый, сильный всплеск. Ощущение ускорившегося времени и сужение пространства.	Целесообразна дача информации в присутствии близкого пациенту человека. Дать выплеснуться, затем занять пациента отвлекающим делом. Предложить выехать на природу.
Отрицания	Больные чаще — реалисты и чувствуют, что знают правду, их отрицание болезни скорее игра для близких, которые навязали ее пациенту. Сужение пространства, ускорение времени	Постараться скорее изгнать недоговоренность и умолчание из взаимоотношений. Больной нуждается в правде. Информацию давать не сразу, а частями.
Агрессии	Недовольство, основанное на реальных фактах. Обоснование претензий. Агрессия непродолжительна	Дать больному выплеснуться, разделить его негодование, если оно справедливо
Депрессии	Выраженная склонность к тоске, смены настроения. Остановившееся время.	Больной нуждается в сочувствии, но не в убеждении
Принятия	Живет настоящим, время исчезает, возникает экзистенциальное состояние	Обогатить окружающий мир больного (музыка, природа, близкие) с целью поддержания в нем положительных эмоций. Организовать пространство больного. Среди всего прочего наиболее значимо для пациента общение.

Группа эпилептоидов

<i>Стадии</i>	<i>Проявления</i>	<i>Рекомендации</i>
Шоковая	Реакция часто бывает отставленной. Возможен взрывной аффект. Реакция страха может мгновенно переходить в агрессию.	Необходимо присутствие близких или медперсонала. Давать информацию по частям, сохраняя возможность отступления. Дать время на «созревание» для правды
Отрицания	Больной пытается отрицать заболевание и убедить собеседника согласиться с ним. Стремление подчинить своей воле и представлениям. Отрицая, подозревает правду.	Выслушивать больного, но путем контрвопросов уходить от ответа на его провокационные вопросы. Никогда не поддерживать больного во лжи самому себе, тем более в стадии агрессии больной за это может отомстить
Агрессии	Негодование больного. Сильная аффективная реакция.	Дать выплеснуться, сохраняя управление реакцией, так как больной готов к безудержности. Не противоречить и не разубеждать. Отвлечь пациента какой-либо деятельностью — хотя бы предложить ему написать свои жалобы на бумаге. Дать возможность физического выплеска, какую-то нагрузку.
Депрессии	Тревожная депрессия. Время ускоряется, и больной мучительно пытается его замедлить. Возможность суицида. Пространство сужается.	Нужны поддержка, отвлечения: просмотр программ телевидения, радио, музыка.
Принятия	Нуждается в собеседнике.	Верит себе, если заставит поверить в свою «правду» другого.

Группа психастеников

<i>Стадии</i>	<i>Проявления</i>	<i>Рекомендации</i>
Шоковая	Ужас при получении негативной информации. Время ускоряется, пространство сужается.	Необходимо давать информацию не прямо, а косвенно и — частями. Важно присутствие близкого человека, чтобы смягчить переживания. Давать инфор-
Отрицания	Поиск позитивных референтов. Растерянность, неуверенность. Пространство расширено, время ускорено.	Слушать пациента, не выражая каких-либо знаков согласия или отрицания. Необходима эмоциональная поддержка и волевое внушение. Дать отвлекающие задания.
Агрессии	Выражена слабо, чаще обращена на себя.	Не давать выплескиваться, так как, угрызая себя, пациент часто теряет душевные силы
Депрессии	Нередко тревога и деперсонализация. Больной живет тревожными фантазиями насчет будущего	Переориентировать на настоящее.
Принятия	Непостоянство успокоения. Время ускорено	Поддержать этот период. Обязательно быть рядом. Одиночество непереносимо. Самый страшный враг для пациента он сам и его фантазии

Группа истероидов

<i>Стадии</i>	<i>Проявления</i>	<i>Рекомендации</i>
Шоковая	Демонстративный выплеск эмоций. Время то ускоряется, то замедляется, пространство также непостоянно.	Дать больному выплеснуться, не бояться оставить одного — быстрее успокоится.
Отрицания	Эйфория. Пространство сужается. Меняет места проживания. Торопится насытить время и себя новыми эмоциями.	Не мешать больному, но изредка напоминать ему о реальности.
Агрессии	Демонстративные угрозы, проклятия.	Не вовлекаться в ифу больного, в которую он и сам верит лишь отчасти. Возможно оставить одного.
Депрессии	Говорят о смерти. Репетиция смерти. Преувеличенные страдания.	Сочувствие. Дать выплеснуться: погладить, успокоить больного.
Принятия	Демонстрация гармоничного примирения	Поддержка. Требуются зрители (и чем больше, тем лучше).

Медицинские аспекты качества жизни*

Симптоматика терминального состояния, требующая медицинского контроля

Из симптомов терминального периода наиболее важным является болевой синдром. За ним следуют проблемы желудочно-кишечного тракта, дыхания, расстройства сна, сознания, психическая симптоматика, связанная со страхом, депрессией, тревогой; потеря подвижности, уход за кожей, истощение также требуют особого внимания.

При общении с больным необходимо, во-первых, определить степень осознания им своего состояния:

1. Что больной знает о своем состоянии?
2. Что он хочет узнать о диагнозе? о прогнозе?
3. Каковы ожидания пациента?
4. Что они значат для него? «Как, по вашему мнению, протекает ваша болезнь?»

Необходимо учитывать и его духовные интересы, это:

1. Культура.
2. Этническая принадлежность.
3. Отношение к религии.
4. Духовные проблемы: кто или что является источником силы и надежды; доступно ли это сейчас.

Объективная оценка пациента:

1. Подтвердить диагноз.
2. Выяснить причины симптомов.
3. Оценить состояние полости рта, работу кишечника, двигательную активность, может ли садиться в постели.

Оценка родственников и других лиц, оказывающих помощь. Это необходимо, поскольку *вся семья* является объектом паллиативной терапии.

1. Кто является основным лицом, заботящимся о пациенте?
2. Знают ли родные о диагнозе и прогнозе?
3. Их ожидания:
 - а) излечение;
 - б) смерть;
 - в) поддержание основных жизненных функций (кормление);
 - г) контроль симптомов.

План лечения:

1. Причины симптомов.

*Глава написана при участии доктора медицинских наук, профессора Ю. М. Губачева.

Какая проблема для больного самая важная.

2. Лекарственная терапия и уход. План дополнительных исследований:

1. Помогут ли они пациенту.
2. Не вызовет ли это: а) лишних расходов; б) тревоги; в) появления ложных надежд; г) не принесут ли вреда.

Что вызывает беспокойство?

1. Маленькие дети пациента.
2. Отрицание собственного заболевания.
3. Родственники скрывают от пациента информацию о болезни.
4. Родственники критикуют поведение одного из членов семьи (мужа, жены пациента).
5. Страх заразности больного.
6. Проблемы наследства.

Заключительные вопросы к пациенту:

1. Чувствуете ли вы себя уверенно?
2. Есть ли у вас какие-либо вопросы?
3. Можем ли мы вам помочь?
4. Позволите ли вы помочь?

Проводя исследование, нужно всегда помнить, что у каждого пациента могут быть ошибочные представления, мешающие правдивому и полному выявлению жалоб. Так, порой страх обезболивающих препаратов, лекарств вообще и наркотиков в частности, заставляет пациентов скрывать свои боли.

Наиболее часто болевой синдром встречается при онкологическом заболевании. Данные статистики указывают, что 75% онкобольных страдают болями. В то же время в 70% случаев больные не могут получить облегчение. 20% получают существенное облегчение и 10% — недостаточное облегчение боли, требующей применения специальных методик.

Применение анальгезирующих препаратов требует предварительного анализа и дифференциальной диагностики. Так, при опухолях с метастазами в позвоночник у пациента нередко возникает мышечный каркас в воротниковой или иной зоне. Перенапряжение его вызывает боль, которая не купируется обычными обезболивающими, но снимается мышечными релаксантами, в том числе мидокалмом и транквилизаторами типа реланиума. Иррадиация боли из пораженного опухолью участка в отдаленные места также требует особых мер.

Нет возможности перечислять все варианты, и потому целесообразно привести схему обезболивания, рекомендуемую при раке. Ноцицептивная боль, связанная с раздражением в месте локализации опухоли, воспаления или повреждения, требует обычных анальгетиков, и если они не помогают — опиатов. Невропатическая боль, связанная с поражением нервного ствола и явлениями гиперэстезии («одеяло болит»), требует применения ненаркотических анальгетиков. Часто помогает amitриптилин. Применяется также целенаправленное обезболивание: лучевая терапия, нейрохирургия, проводниковая анестезия, эпидуральная и внутрибололочная анальгезия, чрескожная электростимуляция и акупунктура.

В паллиативной онкологии широко применяются кортикостероиды. Особыми показаниями для их использования являются:

1. Сдавление спинного мозга и отдельных нервных стволов.
2. Метастазы в печени.
3. Обструкция верхней поллой вены.
4. Карциноматозный лимфангоит.
5. Усиление боли при приеме химиотерапевтических препаратов.
6. Обструкция дыхательных путей.
7. Реактивный отек после лучевой терапии.
8. Боли во время дефекации при опухоли прямой кишки.

Кортикостероиды применяются вместе с другими анальгетиками при повышении внутричерепного давления, а также сдавлении спинного мозга и отдельных нервных стволов. При невропатической боли выявляется ее стреляющий характер или она может быть тупой, продолжительной, сопровождаясь жжением. Такая боль локализуется в характерной зоне с измененной чувствительностью. Как правило, она маловосприимчива к опиатам и другим анальгетикам.

Следует остановиться на особенностях обезболивания при различных причинах возникновения болевого синдрома.

Костная боль возникает при увеличении образования в зоне опухолевого поражения простагландина E, при вовлечении в процесс высокочувствительного периоста или при переломе кости.

Средством выбора в подобных ситуациях является паллиативная лучевая терапия, которая имеет наименьший объем неблагоприятных побочных эффектов. Среди блокаторов синтеза 1 простагландинов избирательно более активны препараты типа С напроксена (0,5-1,0 г в день), доналгина (0,25-1,09 г в день) или пироксикама (20 мг в день). Опиаты применяются в дозах, зависящих от эффекта радиотерапии (возможно уменьшение дозировок). В стационарах и хосписах возможно применение субпериостальных инъекций препаратов, используемых для лечения гиперкальциемии.

При *невропатической боли* (связанной со сдавлением нервных стволов) лечение начинается с применения преднизолона (30 мг в день) или дексаметазона (4 мг) в течение недели, после чего поддерживающая доза снижается наполовину. Анальгетики используются по принципам анальгетической лестницы. В дальнейшем применяются различные методы нервных блокад.

Гиперэстезия наблюдается при ретикулезах, мелкоклеточных бронхогенных раках и меланоммах. Помощь оказывают умелые сестры, с успехом использующие охлаждающие фены, припудривание. Пациенты должны отказаться от нейлонового белья. Применяются также Н-гистаминоблокаторы (квamatел 40 мг в день) и р-дренблокаторы (пропранолол — 10 мг).

Головная боль выявляется при повышении внутричерепного давления, особо — при отеке мозга, но может быть связана и с опухолевой эрозией костной ткани. Средствами специфической терапии являются хирургические вмешательства, лучевые воздействия и химиотерапия. Дексаметазон применяется в целях, острого снижения внутричерепного давления (16 мг — в первый день, 12 мг — во второй, 10 мг — в третий и 8 мг — четвертый день). Теоретически опиаты повышают внутричерепное давление, однако на практике нередко наблюдается уменьшение интенсивности головной боли. Поддерживающей терапией служит прием парацетамола с 4-часовыми интервалами.

Неноцицептивная боль (дизэстезия, деафферентация или невропатическая боль) не всегда одинаково описывается больными, которые отмечают ее неопределенность, вероятно, обусловленную инфильтративным характером опухолевого роста. Ее выделение важно, поскольку при ней недейственными оказываются опиатные анальгетики.

При подобной боли трудно определить наиболее эффективный анальгетик. «Терапевтическое окно» может быть найдено при медленном увеличении дозы amitриптилина с 10 мг до 50-75 мг на ночь. Описан анальгетический эффект вальпроата натрия (противосудорожный препарат — 200 мг) и клони-дина (клофелина — 0,1-0,4 мг).

Не следует забывать и о том, что определенный вклад в уменьшение боли может быть получен и при достижении неспецифического результата: улучшении аппетита, повышении настроения, уменьшения слабости, снижении температуры в условиях применения кортикостероидов или антидепрессантов.

Основная стратегия анальгезии определена принципом «Лестницы обезболивания» (ВОЗ) (рис. 1).

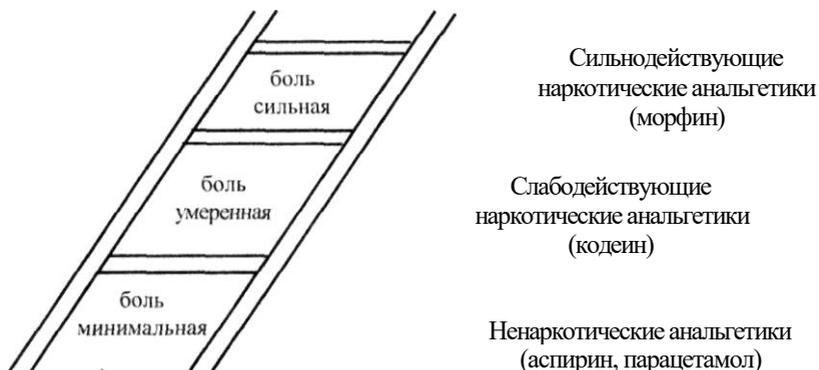


Рис. 1. Лестница обезболивания. (По рекомендации экспертов ВОЗ)

В соответствии со стратегией анальгезирующей терапии опиаты должны быть применены скорее рано, чем поздно.

Лекарства на каждой ступени лестницы должны применяться регулярно — до достижения максимальной дозы, после чего рекомендуется переход на следующую ступень. Альтернативные препараты, которые могли бы быть использованы на каждой ступени, не должны применяться, если сходный по механизму действия препарат в максимальной дозе оказался недействующим.

Одновременно с титрованием анальгезирующего эффекта необходимо проводить лечение негативных последствий обезболивающей терапии (рис. 2).

Предлагается следующее руководство по применению морфина.

1. Начинать с дозы 5-10 мг (внутрь — в таблетках) и увеличивать ее, применяя препараты немедленного действия.

2. Титровать дозировку противоболевых препаратов до достижения полного обезболивания и покоя.

3. Давать регулярно препарат с 4-часовым интервалом.

4. Назначить другие быстродействующие анальгетики для преодоления сопротивления боли.

5. Проанализировать в течение 24 часов величину дозировок, необходимых для преодоления сопротивления боли.

6. В условиях достижения стабильности анальгетического эффекта перейти на назначение медленнодействующих препаратов, действующих в течение 12 часов.

Назначить слабительные и противорвотные средства для профилактического применения.

1. Объяснить пациенту и его близким возможности развития побочных эффектов терапии, которые могут появиться позже.

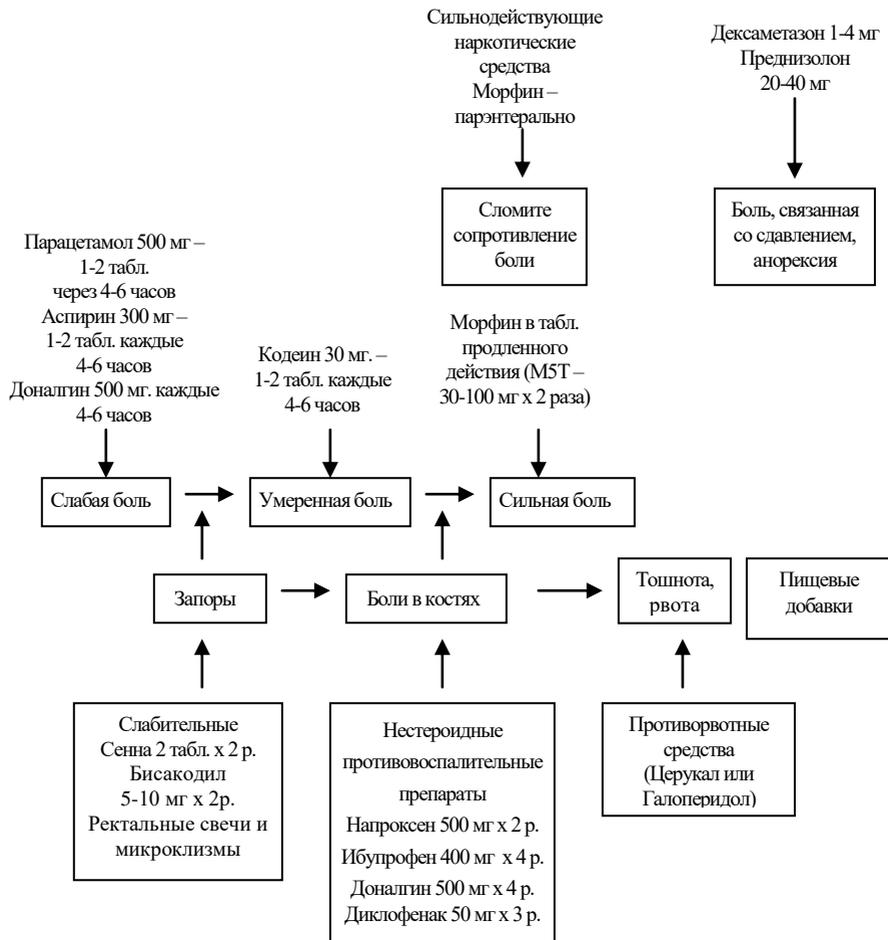


Рис. 2 Полный контроль боли - основная часть паллиативной терапии

В настоящее время созданы и внедрены в повседневную практику новые наркотические анальгетики, значительно увеличивающие возможности преодоления боли.

Сравнительная характеристика новых наркотических анальгетиков

Международное название	Путь введения	Эквивалентные дозы, мг*	Анальгетический эффект		Кратность назначения в сутки
			максимум, м, час	длительность, час	
Морфин	Внутримышечно	10	0,5-1	4-6	3-4
	Внутрь	60	1,5-2	4-7	3-4
Пентазоцин	Внутримышечно, внутривенно	60	0,5-1	4-6	1-4
	Внутрь	180	1,5-2	4-8	3-4
Бупренорфин	Внутримышечно, внутривенно	0,4	0,5-1	6-8	2-4
	Сублингвально	0,8	2-3	6-10	2-4
Налбуфин	Внутримышечно, внутривенно	20	0,5-1	4-6	3-4
Буторфапол	Внутримышечно	2	0,5-1	4-6	3-4
	Внутривенно	1	0,5	4	3-4
Трамадол	Внутримышечно, внутривенно, внутрь	50	0,5-1	3-6	2-4
	Ректально	100	2-3	6-8	2-4

* Дозы, в которых препараты вызывают одинаковую анальгезию.

Таким образом, арсенал современных средств для преодоления болевого синдрома достаточно велик, однако не менее значимо сопротивление отечественных медицинских администраторов, сдерживающих врачей при их назначении больным с терминальными состояниями. При возникновении трудностей для назначения необходимых доз препаратов мы можем обратиться к «Заявлению о политике в области лечения смертельно больных пациентов, испытывающих хроническую боль», принятому 42-й Всемирной ассамблеей в октябре 1990 года.

Таким образом, лечение смертельно больных пациентов, испытывающих хроническую боль, должно проводиться так, чтобы они могли достойно уйти из

жизни. Правильное применение опиоидных и неопиоидных анальгетиков может облегчить страдания большинства смертельно больных людей. Врач и все, участвующие в лечении страдающего от боли умирающего пациента, обязаны адекватно представлять генез болевых ощущений больного, знать клиническую фармакологию анальгетиков, понимать нужды пациента и его близких. Правительство обязано обеспечить доступность такого количества опиоидов, которое необходимо для адекватного ведения тяжелого болевого синдрома.

Принципы клинического ведения тяжелого хронического болевого синдрома

Врач должен сосредоточить усилия на облегчении страданий смертельно больного пациента. Боль, испытываемая таким пациентом, является лишь одной из составляющих его страданий. Степень болевых ощущений может варьировать от терпимой до невыносимой.

Клинический опыт показывает, что для облегчения страданий смертельно больного пациента метод применения анальгетика много значимее того, какой конкретно опиоид будет применен.

Есть разница между острой и хронической болью; именно она диктует применение того или иного опиоидного анальгетика. Ниже перечислены общие принципы анальгетического пособия при тяжелой хронической боли.

1. Лечение должно быть индивидуализировано, с тем чтобы как можно адекватнее соответствовать потребностям пациента и поддерживать, насколько это возможно, состояние комфорта.

2. Необходимо помнить, что переносимость хронической боли отличается от переносимости боли острой.

3. В целях избавления пациента от боли врач должен знать силу, длительность действия и побочные эффекты имеющихся в наличии анальгетиков, выбрать из них подходящий, определить дозу и схему приема.

4. У больных, которым неопиоидные анальгетики уже не помогают, сочетание неопиоидных анальгетиков с опиоидными может давать выраженный эффект.

5. Утрата противоболевого эффекта анальгетика по причине привыкания пациента к препарату диктует замену анальгетика.

6. Появление ятрогенной зависимости от препарата не должно рассматриваться как главная проблема при лечении жестокой боли на фоне неопластических заболеваний и не может быть основанием для отказа от применения сильных анальгетиков у больных, которым такие анальгетики могут помочь.

7. Правительства должны следить за тем, насколько существующая в их странах система здравоохранения, законодательство и подзаконные акты по-

звolyют использовать опиоиды в медицинских целях и устранять возможные препятствия на пути такого использования, а также разрабатывать мероприятия, направленные на обеспечение наличия и доступности опиоидов, применяемых в медицинских целях.

Особое место занимают психотические состояния.

Причины, приводящие к психотическим состояниям, могут быть различны, и необходимо в каждом случае знать их, чтобы держать под контролем. Наши представления о том, что смерть в неясном, спутанном сознании предпочтительнее, нуждаются в пересмотре, так как уже само нарушение сознания нередко приносит непереносимые состояния тревоги, страха, депрессии.

Нарушение сознания имеет определенную классификацию. Состояние *выключенного* сознания имеет ряд стадий:

1. Оглушение — неясность восприятия с высоким порогом чувствительности.

2. Сопор — нарушение рефлекторной деятельности, кроме зрачковых рефлексов.

3. Кома — утрата корнеальных рефлексов — полное отсутствие сознания. Состояние *измененного* сознания:

а) делирий — наплыв ярких, преимущественно зрительных галлюцинаций с потерей ориентировки в окружающем мире, но с сохранением ориентации в своей личности;

б) онейроид — сновидное нарушение сознания с частичной ориентировкой в своей личности и двойной ориентировкой в окружающем, где фантастические образы переплетаются с реальными;

в) амнезия — нарушение ориентировки в себе и окружающем.

Помимо этой симптоматики мы нередко можем фиксировать параноидную симптоматику с явлениями бредаподобных или бредовых идей. Наряду с этим могут отмечаться явления галлюциноза (слуховые, тактильные, обонятельные, вкусовые и др. галлюцинации), страхи, тревоги, депрессии. Причины этих расстройств разнообразны: от следствий медикаментозной терапии (особо — барбитураты, транквилизаторы, антидепрессанты) до прогрессирующих расстройств деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной системы, эмоционального стресса.

Помимо специфической коррекции, требующейся в каждом случае, мы могли бы рекомендовать общую тактику и так называемые препараты первой помощи. Любое психотическое состояние требует индивидуального поста, который осуществляется либо санитаркой, либо сиделкой.

Учитывая мощный интоксикационный фактор, вызванный заболеванием, наиболее показано назначение диазепама (седуксен, реланиум в инъекциях до 4,0-0,5% в/в или до 6,0 в/м).

Следующим препаратом выбора, успокаивающим больного, может быть галоперидол — до 5 мг в/м. Наличие возбуждения может потребовать аминазина 0,25% в/м под контролем давления или тизерцина 0,25-2,0 в/м. Состояния тревоги купируются успешно феназепамом 0,001, азалептином (лепонексом) — 1/4-1/2 таблетки. Депрессия хорошо поддается amitриптилину 50-100 мгв сутки (возможно до 300 мг). Однако, учитывая в каждом случае сокращающиеся возможности больного, следует предпочесть тактику наблюдения. Наличие состояний выключенного сознания нередко свидетельствует о близком конце.

При выявлении анорексии назначают метоклопрамид 10 мг внутрь 3 раза в день или кортикостероиды, например, преднизолон 5 мг внутрь 3 раза в день. Возможно применение высококалорийных напитков.

При развитии одышки следует выявить ее причину (например, гидроторакс) и провести соответствующее лечение: плевральная пункция, при метастазах в легкие — преднизолон. При тяжелой одышке морфин назначают в сочетании с галоперидолом или фенотианами для профилактики рвоты.

При икоте назначают хлорпромазин 25 мг внутрь 3 раза в день или галоперидол 2,5 мг внутрь 2 раза в день.

При слабости и похудании назначают высококалорийную диету с повышенным содержанием белка. Рекомендовано применение бананового коктейля (2 чашки молока, 1 банан, 1 яйцо, 1 десертная ложка сухих сливок, поливитамины, лед); яичного напитка (1 яйцо, 1 чашка молока, 1-3 капли ванильного сиропа, 1 чайная ложка сахара, коньяк, поливитамины).

Заканчивая описание наиболее важных расстройств терминального больного, следует упомянуть среди стрессирующих психику моментов потерю больным подвижности, вызванную либо изменениями в позвоночнике и спинном мозге, либо патологическими переломами и др. Мало того, что это приводит к развитию пролежней, но также вызывает глубокое угнетение пациента. Потому целесообразно как можно чаще переворачивать больного, менять его положение, а при возможности вывозить его из помещения на каталке или кресле на улицу. Можно также рекомендовать сеансы аутогенной тренировки с совершением путешествий в прошлое, отождествлением своей личности с движущимися облаками, ручьем и другими природными явлениями.

Нередкое истощение пациента меняет его самоощущение и требует особого ухода за кожей. Частые протирания туалетной водой, камфорным спиртом и др. важны не только с гигиенической точки зрения. Само прикосновение к телу дает больному заряд бодрости и утешения. Особенно важно протирание прохладной водой лица, рук и стоп больного, где сосредоточены многочисленные экстерорецепторы, тонизирующие нервную систему. Целесообразно также применение ароматерапии с приятными для пациента запахами, сопровождаемое определенными внушениями тех или иных переживаний — цветущего сада, морского берега, леса, поля и т. д.

Проблема умирания

Вероятно, каждому, кто по долгу службы часто сталкивается с умиранием, будучи его свидетелем и очевидцем, приходит в голову мысль, существует ли критерий, по которому можно оценить тяжесть или легкость смерти. Существует ли критерий оценки того труда, который мы вкладываем в умирающего больного?.. Какую смерть можно назвать «хорошей» и поставить себе «хорошую» оценку?

Прежде всего следует отметить, что смерть также индивидуальна, как и жизнь. Хотя наша первоочередная задача *снять боль*, мы понимаем, что это не единственное, что можно сделать для больного.

Конечно, «хороша» та смерть, которая происходит в стадии принятия смерти, в так называемой стадии примирения. Действительно, чем больше борется больной за свою жизнь, тем труднее ему умирать, и чем активнее борьба, тем труднее наступление смерти.

Известно также, что больному требуется получить так называемое *психологическое разрешение на смерть*.

Мы знаем, что пациент должен «созреть» для принятия смерти и разрешения себе умереть. Вероятно, время готовности пациента определяется им самим, и персонал лишь угадывает это время. Нередко больные уходят не в одиночку, а группами. Нередко мы сталкиваемся с феноменом, когда соседи по палате просят не изолировать их от умирающего пациента и даже не ставить ширму. Вероятно, это жестокое любопытство к чужому умиранию является своеобразной примеркой чужой смерти на себя. Разумеется, это не правило, и мы встречали пациентов, которые предпочитали так называемую одинокую смерть, стесняясь того, что их переживания будут на виду у окружающих.

Близость смерти часто ставит вопрос о необходимости оповестить пациента о ее приходе. Однако, по нашему мнению, больные сами получают информацию о своем состоянии, и во многих случаях скрывают ее от окружающих. Памятен пример девочки с лейкозом, она много рисовала, и ее рисунки были в черных, мрачных тонах. Однажды она нарисовала яркую картинку с солнцем, голубым небом, цветами. Врач обрадованно сказал матери девочки, что, очевидно, будет ремиссия, так как у ее дочки перемена в психике. На следующий день девочка умерла. Мать призналась, что не хотела расстраивать врача. Ее дочь объяснила рисунок так: «Солнце светит в Царстве Небесном». Эти моменты облегчения перед смертью, последний привет жизни, бывают довольно часто.

Больной должен получить «разрешение» от своих родственников и близких людей. Это довольно трудная задача, поскольку контакт происходит не на

вербальном уровне, а транситуативно. Родственники, казалось бы уже сми-

рившиеся с мыслью о потере, вдруг, в последний момент, могут воспрепятствовать происходящему и попытаться «удержать» своего близкого. Мы часто были свидетелями, как родные, сидящие у постели больного, затягивали его агонию. В этом случае мы просили их оставить больного на какое-то время. Даже этого, очень короткого периода разлуки хватало для того, чтобы больной умер.

Разрешение на смерть больной должен получить также и от врача, и от медсестер, находящихся подле него. Опять же, больному не говорилось, что он умирает, но необходимые ему последнее прикосновение, держание за руку, иногда чтение молитв (даже про себя, не вслух) позволяли ему почувствовать это прощальное разрешение принять свой уход.

Нередко больные должны получить разрешение от священника. Принятие святых даров, иной раз крещение, в последний момент позволяют больному получить прощение за жизненные ошибки и разрешение уйти. Наконец, самое главное, больной должен получить разрешение на смерть у самого себя. Мы могли бы привести много примеров, когда больные умирали, приняв такое решение, тогда как их общее состояние было на грани и оставляло еще достаточно времени для жизни.

Памятен больной, который сохранял оптимизм до последнего момента. Но у него, в довершение всех бед, парализовало ноги. «Ну, раз я не могу больше встать, не надо мне больше и жить», — подытожил он свою жизнь. И к вечеру скончался.

В умирании необыкновенно важным становится понятие чистой совести. Вот когда прощание становится синонимом прощения. Неоплаченные долги, неотпущенные грехи, непрощенные обиды мешают спокойному уходу. Прошлое возвращается и, становясь настоящим, не разрешает наступить будущему. Порой долгая и тяжелая агония, исполненная психотических переживаний, воплощает эту борьбу за «не так прожитую» жизнь.

Все фазы, вновь и вновь чередуясь, протекают в сознании от вытеснения до депрессии, пока фаза примирения и согласия с судьбой не разрешает борьбу и ставит точку. Конечно же, все вышеописанное только схема. Стандартов как в жизни, так и в смерти нет, если человек становится свободен. А он действительно освобождается... Взять хотя бы в качестве примера страх. Всю свою жизнь мы проводим со страхом. Страх родителей, неодобрения общества, потери работы, социального положения, страх не быть любимым и т. д. В конечном счете — все это появления страха смерти. Но когда она уже за спиной, когда она уже неотвратима, страх исчезает вместе с надеждой на спасение. И неожиданно для многих является опьяняющее чувство свободы. Свобода от страха может быть сравнима лишь со свободой от страданий, свободой от изношенного тела. Тогда человеческий дух расправляет свои крылья.

Как видно, стадия принятия смерти, органично включающая так называемое разрешение на уход, может свидетельствовать о достаточном качестве ухода пациента.

Для спокойной смерти пациенту в не меньшей степени необходимо ощущение чувства исполненного долга по отношению к близким людям, когда он простился с родными, переговорил с близкими, написал завещание. Здесь следует отметить, что понятие завещания выходит за рамки простых распоряжений о наследстве. Само поведение умирающего может являть собой своеобразное завещание, так как служит примером, моделью для близких. Мужество, позволяющее преодолеть себя и подарить хотя бы улыбку или привет близким, или слабость и отчаянное цепляние за жизнь остаются в памяти и повторяются в свой черед теми, кто разделил последние минуты уходящего. В этом нет никакой мистики, как и в том, что дети часто повторяют сюжет жизни своих родителей. Возвращаясь к проблеме завещания, укажем еще на одно чувство — это ложный стыд, присутствующий в отношениях родных и уходящего. Да, мы согласны, что разговор о завещании несет на себе весть о возможно близкой смерти, но, сталкиваясь со следствиями этого умолчания, сохранения приличий, хотим открыть обратную сторону медали. Вот один из многих примеров. Двое пожилых супругов рассорились по какому-то пустяку и развелись. Прошел месяц, и, забыв обиды, они снова соединились. Идти в ЗАГС и регистрироваться вновь они постеснялись, решив, что проживут и так. Вскоро жена заболевает раком и попадает в хоспис. Муж оберегает жену от тяжелых предчувствий. Советы заговорить на тему о завещании и смерти отвергаются. Наконец, женщина умирает. Муж, вернувшись домой, не может попасть в квартиру, так как расторопные чиновники, зная, что он выписан с площади жены, опечатали квартиру. На счету у покойной — большая сумма денег, но и она уже прибрана «государством». Муж не имеет денег, чтобы похоронить жену, и она отправляется в анатомический театр, как «невостребованная». В свете этого и подобных случаев хотелось бы пересмотреть вопрос о «стыдливости», еще не столь давно пропагандируемый как образец «приличного» поведения.

Момент позитивности завещания можно проиллюстрировать еще одним примером. Молодая женщина 40 лет заболела раком молочной железы и оказалась в хосписе. Семья запрещала говорить ей правду, и она узнала истину о своем положении лишь за день до смерти. У нее был 15-летний сын от первого брака, и, тревожась за его судьбу, она стала лихорадочно писать ему письмо. «Дорогой мой сыночек, прости меня, что я умираю. Я не думала, что не сумею тебя вырастить до самостоятельного возраста, но ты должен знать, что я всегда любила тебя и гордилась тобой, гордилась тем, что ты не куришь, не ругаешься, что у тебя доброе сердце. Как я хочу и верю, чтобы ты всегда оставался

таким...» Письмо она не успела дописать, но полученное сыном, оно стало для него подлинным завещанием, путеводной звездой в его жизни.

Таким образом, последние слова умирающих становятся необычайно значимыми для живых и сам процесс прощания приобретает глубочайший духовный смысл как для тех, так и для других.

Интересно отметить, что часто завещания умирающими составляются с позиции продолжения жизни. Разумеется, трансформированной, но именно жизни. Помня, что в пожеланиях реализуются сокровенные установки людей, нельзя не удивляться их последним распоряжениям. Весь драматизм удавшейся или неудавшейся судьбы бывает вложен в завещание: «Не хороните меня на кладбище. Сожгите и урну закопайте под березкой на моем садовом участке».

Пожилая женщина перед смертью пригласила всех своих знакомых и друзей. Всем раздала подарки и просила помнить о себе. Сыну оставила распоряжение урну с прахом бросить в море на дно Коктебельской бухты в Крыму, которая была ее любимым местом. И конечно же, стремление быть похороненными рядом с родителями созвучно с установками, которые заставляют нас в минуты боли звать маму. Сама земля обретает особый смысл, становится родной, если в ней погребены наши предки. Неспроста эмигранты готовы платить огромные деньги, чтобы их похоронили на Родине. Человек в своем завещании пытается обустроить свою посмертную ситуацию, и это облегчает и скрашивает его последние минуты.

Когда мы пытаемся оценить тяжесть смерти, рассказывая о сравнительно легкой и так называемой хорошей смерти, мы не можем не назвать один довольно надежный критерий нашей работы — это улыбка. В момент смерти наши больные не «уходили в себя», они могли сосредоточиться не на себе, а на окружающих и... не были суровыми по отношению к ним. Они улыбались. Улыбка в последнее мгновение жизни — это тот дар признательности, которого достаиваются немногие.

Теперь следует описать тяжелую смерть. *Ложь* о диагнозе и прогнозе — это то, что отягощает умирание. Издревле в книгах о смерти подчеркивалось, что больной должен уходить из мира в ясном сознании и понимании того, что с ним происходит.

Второй момент, делающий умирание тяжелым, а агонию мучительной, — это *ожидание родственников, которые не приходят*. Третьим — является *наличие боли, которую мы не можем снять*. Следует отметить, что в момент умирания психологическая боль часто преобладает над физической, которая ослаблена интоксикацией и общим истощением организма.

Отчаянная борьба за жизнь у больного, который не «смирился» или не обладает информацией о смерти, также отягощает его уход.

Примерно в 40-50% случаев у больных отмечается так называемая *предсмертная тоска*. Она не купируется лекарствами, она не является эквивалентом боли. Ее нельзя отождествить с депрессией, в ней — прощание и печаль расставания, в ней итог и оценка жизни.

Другим моментом, отягощающим смерть, является *одиночество*. В момент приближающейся смерти человек нередко пытается вынести оценку не только самому себе, но и своим взаимоотношениям, а, порой, гонит от себя и так называемых близких, поняв, что это чужие для него люди. Близким остается тот, кто способен разделить с ним последнюю в жизни трапезу. И такими нередко оказываются работники хосписа.

Очень важно дать умирающему почувствовать, что он не один. Здесь хочется привести пример служения больному из книги известного священника и врача¹:

«В начале войны я был хирургом в полевом госпитале, и в моем отделении умирал молодой солдат. Я его, конечно, посещал днем; а в какой-то вечер подошел, взглянул на него, и мне стало ясно, что он не жилец. Я его спросил: "Ну, как ты себя чувствуешь?" Он на меня взглянул глубоко, спокойно (он был крестьянин, поэтому в нем была такая тишина полей, тишина лесов, тишина неспешной жизни) и мне сказал: "Я сегодня ночью умру". Я ответил: "Да, сегодня ты умрешь. Тебе страшно?" — "Умирать мне не страшно, но мне так жалко, что я умру совершенно один. Умирал бы я дома — при мне были бы и жена, и мать, и дети, и соседи, а здесь никого нет..." Я говорю: "Нет, неправда, я с тобой посижу". — "Ты не можешь просидеть со мной целую ночь". — "Отлично могу!" Он подумал, сказал еще: "Знаешь, даже если ты будешь здесь сидеть, пока мы разговариваем, я буду сознавать твое присутствие, а в какой-то момент я тебя потеряю и уйду в это страшное одиночество в момент, когда страшнее всего умирать". Я ответил: "Нет, не так. Я с тобой рядом сяду. Сначала мы будем разговаривать, ты мне будешь рассказывать о своей деревне; дашь мне адрес своей жены. Я ей напишу, когда ты умрешь; если случится, навещу после войны. А потом ты начнешь слабеть, и тебе будет уже невозможно говорить, но ты сможешь на меня смотреть. К тому времени я тебя за руку возьму. Ты сначала будешь открывать глаза и видеть меня, потом закроешь глаза и уже меня видеть не сможешь, уже не будет сил открывать их, но ты будешь чувствовать мою руку в своей руке или свою руку в моей. Постепенно ты будешь удаляться, и я это буду чувствовать, и периодически буду пожимать твою руку, чтобы ты чувствовал, что я не ушел, я здесь. В какой-то момент ты на мое пожатие руки ответить не сможешь, потому что тебя здесь уже не будет. Твоя рука меня отпустит, я буду знать, что ты скончался. Но ты будешь знать, что до последней минуты не был один". И так и случилось».

¹ Митрополит Суражский Антоний. Жизнь. Болезнь. Смерть. Клин, 2001. С. 27—28.

Хотелось бы упомянуть еще об одном наблюдении, которое закреплено в традиционных пословицах и поговорках, типа: «Рад бы в рай, да грехи не пускают», «Муки совести — это то, что невозможно исправить и от чего невозможно избавиться», «Спокойная совесть дает умиротворенную смерть» и т. п.

Опираясь на народную мудрость, неминуемо приходишь к мысли о важнейшей необходимости умирающего — *исповедаться*. Психотерапевтическая поддержка в лице священника является тем самым оптимальным шансом, который дает возможность умереть легко (легче).

Хочется горько посетовать об утраченных нами традициях — причитаниях, песнях, молитвах, колокольном звоне, которые так смягчали тяжесть последней минуты умирающего. В не меньшей мере были целительны и для его близких. Связь с природой, отождествление с ней позволяли перенести свои представления о смерти и память об умершем на окружающее. Достаточно вспомнить народные причитания, где, например, поется: «Ключевая вода — это кровь моя, крутой бережок — это грудь моя, белы камешки — это глазки мои». Не в этих ли народных поверьях берет начало традиция сажать на могиле цветы и деревья?..

Медицинский аспект умирания*

У постели умирающего человека врач должен решить и чрезвычайно болезненный вопрос о продолжении направленной на основной патологический процесс терапии, которая, хоть это в подобных случаях весьма проблематично, возможно, способна продлить существование больного. Успехи медицины велики, и сколь возможно продление существования тканей при персис-тирующем вегетативном состоянии, столь же, вероятно, возможно некоторое продление жизни при терминальных состояниях различного происхождения. В 1989 году в США была создана специальная комиссия (LORAN), которая исследовала эту проблему и пришла к выводу о необходимости преодолевать одержимость в увеличении количества дней прожитой жизни, если при этом нет возможности улучшить качество такого существования. Достойная милосердная смерть (естественная, никак не связанная с извращениями эвтанази) предпочтительнее продленного мучения. Продление процесса мучительного умирания в страданиях было определено как современная эпидемия. Технические пособия (респираторы, диализаторы, капельное введение поддерживающих жизнь средств) должны быть, по мнению комиссии, замещены заботой, лаской, вниманием, свидетельства о которых должны на равных входить в историю болезни. Но кто определит оправданность такой замены? Только больной, способный в своем решении опереться на компетентные суждения спе-

* Глава написана при участии доктора медицинских наук, профессора Ю. МГубачева.

циалистов. В настоящее время все 50 штатов США имеют законы, признающие право больных на так называемое «Жизненное завещание» (завещание о воле к жизни — «Living will»).

Приведем текст одного из вариантов такого завещания (они имеют отличия в различных штатах).

«Я искренне хочу жить долгой и полной жизнью, но — не всякой ценой. Если моя смерть близка и ее невозможно избежать, если я лишусь способности созидательно взаимодействовать с другими и не буду иметь разумно предполагаемого шанса возвращения этой способности, или мои страдания станут интенсивными и неотвратимыми, я не хочу искусственного продления моей жизни. Я хотел бы просить не подвергать меня хирургическим вмешательствам или реанимации. Я не хотел бы, чтобы моя жизнь поддерживалась средствами механической вентиляции легких, интенсивной терапии или другими продляющими жизнь процедурами.

Я хотел бы иметь возможность ухода и заботы обо мне, которая давала бы мне комфорт и поддержку, облегчающие мое взаимодействие с другими в течение той продолжительности времени, покуда это будет возможно, и пусть это принесет им и мне мир и спокойствие.

Для того, чтобы выполнить до конца эти предписания и объяснить их другим, я уполномочиваю

.....
(фамилия, имя)

принимать участие в планировании или отказываться от предлагаемого лечения от моего имени — в сотрудничестве с обслуживающими меня врачами и лечебным персоналом.

Этот человек знает, как я дорожу жизнью и как бы я отнесся к длительной недееспособности, страданиям и умиранию. И как бы тяжело это ни было для этого человека, я уполномочиваю

.....
(фамилия, имя)

сделать этот выбор за меня.

Я обсудил мои пожелания, касающиеся терминальной терапии, и я доверяю принятию необходимого решения с моей стороны.

В дополнение я обсудил с близкими и специалистами следующие специфические наставления в отношении ухода за мной:

.....

Дата Подпись

Засвидетельствовано врачами:.....

И.....

Подобное решение никак не связано ни с активной или пассивной эвтаназией, ни с пособничеством в самоубийстве. Данное завещание — лишь способ защиты пациента от медицинского насилия, которое, как утверждают врачи-эксперты, не способно вернуть жизнь больному.

Нельзя не отметить при этом одного важного факта. Почти 90% американцев заявляют, что они не желают, чтобы предпринимались экстраординарные меры для продления их жизни, но только 20%(!) нашли в себе силы для принятия подобного завещания. Надежда умирает последней, и пока она теплится в утасующем сознании, она не позволяет подписать себе приговор.

Специально рассматриваются состояния, когда предполагается возможность отказа от мероприятий интенсивной терапии («Не реанимировать» — «Do not. Resuscitate — DNR»). Западная медицина имеет опыт применения тактики DNR с 60-х годов. Тяжесть DNR-решения снята с лечащего врача. Решение принимается специальной комиссией. В состав комиссии с правом решающего голоса входят наряду с врачами юристы, священники, представители общественности.

Естественно, что любой случай неожиданно наступающей внезапной смерти из-за первичной остановки кровообращения (фибриляция желудочков, синусовый арест) подлежит необходимым реанимационным мероприятиям вне зависимости от возраста, психического состояния или других характеристик качества жизни.

В условиях определенного и необратимого терминального состояния решение принимает лечащий врач, который опирается либо на мнение консультантов или соответствующей комиссии, либо на жизненное завещание пациента.

Родственники терминального больного

Динамика и типы взаимоотношений в семьях терминальных больных

Известно, что родственники терминальных больных переживают почти такие же психологические реакции в ответ на стресс приближающейся смерти, как и сами больные. Их сила, качество, взаимоперекрещиваемость с реакциями больных часто определяют характер семейного климата. Среди различных типов семейных взаимоотношений можно выделить как позитивные, так и негативные, однако все они представляют собой как бы поиск адекватности, и приближение смерти стимулирует этот процесс.

Мы могли выделить преимущественный тип взаимоотношений при доминирующем положении родственника, связав его с особенностями характера больного. Таким образом, тип «шизоидно» акцентированных родственников (замкнутых), преимущественно интеллектуальных, интровертированных) создавал модель *нейтральных* взаимоотношений.

Тип «циклоидных» родственников (душевных, открытых, экстравертированных) создавал модель *партнерских* взаимоотношений с больным.

Эпилептоидно-акцентированные типы (со стремлением к лидерству, волевые, взрывчатые и т. д.) чаще создавали модель *«отвержения»*.

Тревожно-мнительные, или психастеники, наиболее часто навязывали больным модель *гиперопеки*.

Истероиды, люди с преобладанием демонстративности, инфантилизма, игры, не показывали четкой модели, отличались лабильностью, хотя в целом их реакции были ближе всего к модели «отверженности».

В то же время в преобладающем числе случаев, где мы не могли выявить тот или иной пласт акцентуации, наблюдались эти же модели, но в определенной динамике. Так, в первый период столкновения с диагнозом рака или плохим прогнозом, мы чаще всего наблюдали модель «гиперопеки», сверхзаботы с одновременным навязыванием больному лжи о диагнозе и ожидаемыми перспективами. Однако вскоре, «выложив все силы», но не дождавшись так называемого благополучного, по представлению родственников, «конца» — умереть в неведении, легко и быстро — взаимоотношения переходили в модель «отвержения» больного. Домашняя ситуация, требующая постоянного напряжения сил и труда, вызывала желание от нее «сбежать».

Проходило какое-то время, и на смену являлась модель «нейтральных» взаимоотношений. Разум и долг заставляли родственника осуществлять уход за больным, хотя его чувства, истощенные невыносимым напряжением, тратой сил душевных и физических, а также испытанием раздражительностью больного, как бы пребывали в апатии, в стороне от больного.

Но вот тесный контакт с больным во время ухода за ним обнаруживает у родных резервы сил — и появлялась модель «партнерства», с возвращением всех эмоциональных переживаний.

Наконец, хоть и редко, мы бывали свидетелями еще одной модели — жертвенной любви, способной к полной самоотверженности, идентификации с больным. К сожалению, судьбы этих людей складывались так же трагично, как у шекспировских Ромео и Джульетты. Они вскоре заболели и нередко умирали от тех или иных причин, в том числе и от онкозаболеваний.

В то же время следует отметить и менее драматический вариант родственных отношений. У некоторых родственников после смерти близких наблюдался буквально всплеск духовных и физических сил. Прожив в глубоком горе с умирающим какой-то отрезок времени, они словно возрождались после его смерти. Объяснением этой, казалось бы «неприличной», реакции служит более чем приличествующая любящему человеку взаимосвязь. Отрешившись на время с уходящим из жизни любимым человеком от всех земных тревог и радостей, отдавая ему, пока живому, необходимые силы, — душой *проживая* вместе с ним уход из жизни, они, пережившие смерть, и в самом деле рождаются заново. И начать «жить заново» без угрызений совести помогает в данном случае не что иное, как чувство исполненного долга по отношению к умершему.

Участие и забота об уходящем, пока он жив, — впоследствии очень важный психологический фактор, снимающий с близкого родственника большого чувство вины, возникающее рано или поздно почти у всех родных.

Никакие траты на памятники не успокоят так душу, не очистят ее, не укрепят, как участие в процессе смерти близкого человека, — разделенная с ним горькая участь.

Забота о родственниках терминального больного

Одной из важнейших задач хосписной службы является помощь родственникам больных. Мы уже говорили о том, что родственники за период болезни близкого человека проходят все-те же стадии, что и больной, — начиная от отрицания, нежелания принять информацию о диагнозе и прогнозе, до — через агрессию и депрессивный период — принятия своего положения и смирения с судьбой. Интенсивность их переживаний может быть невероятно сильной. Нам не забыть случая, когда муж больной, узнав о ее безнадежном состоянии, покончил жизнь самоубийством, повесившись в соседней комнате. А сколько скрытых суицидных тенденций, так называемых пассивных суицидов, лежит в основе многих заболеваний, в том числе и онкологических, которые уносят родственников в течение года-двух после смерти их близких. Статистика достаточно впечатляет: в первые год-два после потери близких заболеваемость и смертность их родственников возрастает, по одним источникам, на 40%, по другим — в два-три раза.

Осуществление психотерапевтического воздействия на родственников больного естественным образом опирается на три временных параметра: 1) встреча на дому, когда персонал хосписа в лице выездных врачей и медсестер приходит к больному; 2) встреча в хосписе и 3) встреча на дому или в хосписе после смерти больного.

Первая встреча на дому с родственниками будущего пациента — одна из наиболее важных в процессе установления с ними необходимого контакта и требует от врачей и медсестер особых усилий. Рождение контакта — механизм сложный и тонкий, хотя хороший психотерапевт, говорят, вызывает симпатию и доверие больного одним своим появлением, — без слов. Это особое умение создавать атмосферу доброжелательности, настроенность на больного и его близкое окружение, специфическая способность «почувствовать» чужую боль как свою. Впрочем.

психотерапия носит индивидуальный характер, и дать рецепт поведения здесь крайне сложно.

Очень часто первое появление работников хосписа вызывает негативную реакцию: «Мы вас не звали!» Отношение к хоспису как к заведению для умирающих, «дому смерти» вызывает отрицательные эмоции: «Мы не собираемся отдавать нашего близкого в чужие руки». Отдать своего близкого из дома в больницу считается предосудительным, соответственно этой традиции, — и негативный прием.

К чести наших медсестер выездной службы надо сказать, их не шокируют подобные «встречи» — они терпеливо разъясняют, что их миссия всего лишь в оказании помощи, и они не собираются отнимать больного у его семьи. Они разъясняют в тысячный раз, что хоспис — это друзья, к которым можно и нужно обращаться, если вы не знаете, как помочь больному, что для него сделать, если участковая служба не может справиться с болями, возникающими у пациента. Обычно персонал хосписа оставляет свои данные, иногда рекомендации, и телефонные звонки родственников не заставляют себя долго ждать. Мы имеем в день от 50 до 70 и более звонков.

Первый контакт на дому помогает родственникам адаптироваться в непривычной ситуации, а больным — в стенах хосписа: неформальная, «домашняя» встреча позволяет им здесь воспринимать врачей и медсестер «как знакомых»; остальное тоже воспринимается менее формально и напряженно. Врач (медсестра) — *навещает*, так же как на дому; о состоянии — *справляется*, как у давнего знакомого, и т. д. и т. п. Так в хосписе и создается тот необходимый психологический климат доверия, взаимопонимания и поддержки, что при умелом и грамотном подходе медперсонала уже был ими создан и возник на этапе домашних встреч.

Поддержка родственников в хосписе начинается с того, что им предоставляется возможность в любое время дня и ночи находиться рядом со своим близким. Забота о состоянии родственников, участливое отношение к их переживаниям крайне значимо и для них необходимо. Поэтому после встречи с больным необходимо побеседовать и с ними, причем разговор должен носить тот же, что с больным, психотерапевтический характер. В период растерянности, депрессивных переживаний и самого больного, и его близких персонал хосписа в этих взаимоотношениях выступает не только как партнер, но и как лидер, советчик, предлагающий лучшие варианты подхода к больному, умелое удовлетворение его сокровенных желаний и нужд.

Нередко персонал может выступать и как посредник между пациентом и его близкими. Не только разрешение психологических конфликтов между родственниками, но и щекотливые, а иногда и болезненные темы завещания перекладываются на плечи персонала. Объективность, порядочность и бескорыстие помогают сотрудникам хосписа в этом вынужденном посредничестве.

Крайне трудна ситуация смерти больного. Здесь от персонала требуется особая тактичность, ведь порой, когда родственники «держат» больного, не давая ему умереть спокойно, персоналу приходится просить, их оставить пациента, чтобы он мог уйти без лишних душевных травм. Существует представление о том, что именно близкие должны увидеть последний взгляд или услышать последние слова умирающего. И когда этого не происходит, у родственников нередко возникает негативная реакция. Лишь позднее приходит понимание необходимости избранной персоналом тактики. В связи с этим очень важны способность и умение сотрудника хосписа не быть «чужим» в присутствии чужого горя, ведь именно от них услышат близкие больного последнее «прости» родного человека. Сопережить с родственниками их утрату, поддержать морально, направив при этом их действия в текущее русло забот, связанных с похоронами, — необходимое звено хосписной службы.

Мы уже говорили, что персонал хосписа часто становится объектом агрессивных реакций близких больного, их несправедливых упреков и обвинений. И в этот момент недопустимо возражать родственникам, что-либо отрицать или даже просто подвергать сомнению. Необходимо позволить находящимся в горе (всяк переживает его по-своему) выплеснуть свои эмоции, будь они агрессивные, депрессивные или какие-либо иные. Это необходимая в данном случае психотерапия.

Наш опыт показывает особую силу религиозных обрядов — исповеди, причастия, соборования, чтения молитв у постели умирающего. Насколько они смягчают драматизм ситуации, показывает случай, свидетелями которого мы были в дни самого начала работы хосписа «Лахта».

Семье, теряющей своего кормильца, мы предложили читать Библию у постели умирающего. Слова Вечной книги, молитвы Всевышнему создали особую атмосферу величия смерти и естественности конца жизни. Больной мирно скончался. Его жена и сын, очень тихо, без душераздирающих сцен и плача попрощались с ним. Их отчаяние и безысходность отступили на задний план. Возвышающее душу чтение создало тот особый настрой, который не только видоизменил чувства близких,

но и позволил им стать глубже. Возникшее одновременно с этим ощущение таинства и святости момента смягчило горе. Слова заупокойной молитвы также полны психотерапевтической направленности и необыкновенно глубоко воздействуют на родственников. «Со святыми упокой в обители, где нет болезни и печали» трогательно утешают родственников и дают им надежду на неокончателность потери и возможную встречу с любимыми.

Участие родственников в процессе смерти крайне важно. Всем известно чувство вины, которое нередко возникает у остающихся жить по отношению к умершему: «Мы не успели уделить ему достаточного внимания, участия», «Мы не успели сказать ему самых сокровенных слов любви» и т. д., — одним словом, чувства и мысли близких обычно заключают в себе сожаление о безвозвратно ушедшей возможности обнаружить по отношению к больному чувство искренней привязанности. Нередко попытка искупить возникшее чувство вины заставляет родственников возводить грандиозные могильные памятники. Не лучше ли попытаться оказать подобное внимание еще при жизни обреченного человека? Обреченного, но еще живого. Это и залог той утешительной (утешающей) памяти, которая будет так необходима потом, когда близкого не станет. Отданные душевные силы вернутся успокоением душе оставшегося жить.

В период умирания больного по отношению к его близким непременно должна быть применена тактика, основанная на понимании того, что родственников умирающего необходимо чем-то занять. Картина человека, сидящего у постели умирающего и не знающего, куда себя деть, что сделать,— достаточно тягостна.

Держание больного за руку, направление мыслей на воспоминания обо всем хорошем, что было когда-то вместе пережито, и уверенность, что умирающий чувствует твое присутствие, и оно поддерживает его, способствует созданию приличествующей смерти обстановке. Безусловно, персонал не должен забывать о необходимом «инструктаже» близких. Ведь они, такие одинокие и беспомощные в этот момент, нуждаются в поддержке не в меньшей мере, чем сам уходящий больной.

Период после смерти больного. Хорошо известно, что шоковая реакция после потери близкого развивается не сразу, а носит часто отставленный характер. Ощущение потери в первые дни, заполненные похоронными хлопотами, не так болезненно, но вот наступает время, когда как будто все сделано, и в наступившем «покое» чувство потери выступает с новой силой. Как никогда, родственники нуждаются в психологи-

ческой поддержке. Участие персонала столь насущно, что большинство родственников приходит в хоспис, чтобы вместе вспомнить последние дни умершего. Мы должны проявить максимум сочувствия и поддержки родственникам.

Во-первых, нужно купировать чувство вины, часто возникающее у них. Нужно не раз и не два подчеркнуть в беседе, что родственник сделал все возможное для пациента, что нахождение в хосписе было необходимым и облегчило страдания перехода. Во-вторых, надо подчеркнуть непреходящую значимость умершего пациента и для персонала хосписа. В-третьих, нужно дать родственнику ощутить неформальность контакта, чтобы он понял, что в лице работников хосписа он имеет сочувствующих и сопереживающих ему друзей, которые и в дальнейшем готовы встречаться и разделять с ним (с ними) память об умершем.

Следует отметить, что среди родственников умерших больных самопроизвольно возникают группы тех, кто потерял своих близких, одновременно лежавших в стационаре, поэтому здесь возможно проведение коллективной психотерапии. Нужно учитывать это и при проведении индивидуальной психотерапии, заключающейся в психологической поддержке родственников.

Информация, даваемая родственнику, распространяется на всю группу. Нужно помнить, что момент смерти близкого имеет особое значение, поэтому телефонные звонки с выражением сочувствия, даже открытки с несколькими словами соболезнования имеют большое психотерапевтическое воздействие, не говоря уже об участии в погребении или поминках бывшего пациента.

На Западе существуют специально обученные психологические группы поддержки, которые состоят из добровольцев службы хосписа, и они работают с родственниками больного в течение года — полутора лет. Они встречаются первое время — раз в месяц, позднее — реже, но сочувствие тех, кто также потерял своих близких, их поддержка, как моральная, так и материальная, не могут быть переоценены.

Наш опыт показывает, что вычислить продолжительность встреч с родственниками умерших пациентов невозможно. Названные нами сроки могут быть больше. Часто дети, родители которых умерли в нашем хосписе, а также их родственники, не разрывают связей с хосписом и по прошествии трех—четырёх лет.

Как ни покажется странным, работа с родственниками должна включать в себя работу с поликлинической службой. Мы в своей практике

столкнулись с тем, что участковые врачи, имея неполную, а иногда просто неверную информацию о хосписной службе, дезинформируют население района, лишая при этом родственников и близких умирающих больных возможности менее тяжело пережить удар судьбы. Мы побывали не в одной, а во всех поликлиниках района — на конференциях врачей провели специальные разъяснительные беседы о хосписной службе, прежде чем почувствовали доверие и контакт с поликлиническими врачами.

По нашим представлениям, хосписная служба — один из важных элементов создания семейной медицины, которая в нашей стране, увы, пока лишь только пытается внедриться в быт россиян.

Проблемы персонала хосписа

Когда мы хотим понять, что же такое хоспис, в чем, кроме комфортно оборудованных помещений и многочисленных обезболивающих препаратов, специфика этого учреждения, невольно ловишь себя на мысли, что наиболее специфичны здесь люди — персонал. Литературные источники, мнения врачей заграничных хосписов, а также наш собственный опыт полностью подтверждают это представление. Люди, имеющие особые черты характера, обладающие высоким профессионализмом и высокой культурой общения как с больными, так и друг с другом, — вот главное составляющее хосписной работы.

Какие же требования мы предъявляем при подборе персонала? Вопрос кажется риторическим, поскольку в хоспис идут работать очень немногие, и, казалось бы, мы должны с радостью принимать всякого, изъявившего желание. Но опыт дает нам основание выбирать, и прежде всего в претенденте оценивается *степень отзывчивости на чужую боль*. Это крайне важное и редко встречающееся ныне свойство характера. Им, к сожалению, обладают и далеко не все медики. Чаще всего отзывчивость развита у тех, кто имел то или иное переживание горя или утраты в собственной жизни.

Так, кандидатов в работники хосписа просят вспомнить самую первую смерть в их жизни, которую они реально пережили. Не имеет значения, будет ли это смерть близкого человека или животного: важно, конструктивно или невротически она была воспринята. Фактически та самая фраза принятия, примирения, снимающая страх перед смертью, приходит к человеку, позитивно пережившему эту встречу. Негативное, невротическое восприятие надолго поселяет в душе чувство особого страха, своеобразного «комплекса смерти».

Второе, на что мы ориентируемся, — *духовность человека*. Реализована ли она в религиозности или нет — не столь принципиально, хотя вопрос о вере в Бога достаточно хорошо помогал нам понять человека. Мы отдаем себе

отчет, насколько хрупки наши ориентиры, и что религиозность не всегда соответствует внутреннему смыслу понятия духовности. Но опыт работы в хосписе показывает, что при высокой текучести кадров именно верующие люди являются наиболее надежными и стабильными и отвечают задаче служения больному. Следует заметить, что духовность, необходимая в общении с больным, защищает от психической травмы и самого ухаживающего за ним.

Третье качество, необходимое для работы в хосписе, — *милосердие*. Это, прежде всего, доброта и полное отсутствие равнодушного отношения к страданиям больного человека, это естественное стремление немедля, не раздумывая, прийти ему на помощь, сюда же входит и понятие жертвенности.

Наконец, следует отметить еще одну способность, которую нельзя назвать иначе, как энергетическим потенциалом личности. Открещиваясь от всяких экстрасенсорных доктрин, тем не менее мы можем выделить людей, чье психологическое, эмоциональное поле как бы наполняет или заряжает нас, и, наоборот, есть люди, легко истощающиеся и опустошающие других. Наши предпочтения очевидны. В этой связи уместным будет напомнить высказывание Парацельса, врача и философа Средневековья: «Придет время, когда врач будет целить больного самим собой». Таким образом, памятуя, что каждый медик является лекарством для больного, необходимо понять и проверить себя, не являешься ли ты ядом, сокращающим жизнь пациента.

Заключая наши «требования-ориентиры», мы ясно представляем всю сложность «поиска соответствий» всем вышеизложенным условиям. Требования при подборе кадров для службы в хосписе действительно высоки. И все же дадим простой совет, который в свое время помог и нам: достаточно найти хотя бы одного истинно доброго человека, и по закону духовной жизни «подобное притянет к себе подобное». Возможно, решение проблемы подбора персонала заметно облегчится и у вас.

Работа персонала в клинике, ориентированной на паллиативную медицину, необыкновенно трудоемка и ответственна. Сложности обслуживания онкологических больных в терминальной стадии определяются целым рядом факторов, травмирующих психику самого персонала.

Во-первых, у 70-80% больных возникают те или иные психические нарушения.

На этапе поступления в хоспис преобладают реактивные состояния, связанные с экстремальностью ситуации: ухудшение физического состояния, предчувствие конца, расставание с домом, обусловленное болью, выбор хоспис-ной койки и т. д.

В период пребывания в хосписе вслед за первичной адаптацией выступают психические нарушения у больных метастазами в головной мозг или явлениями общей интоксикации организма. Однако реактивные состояния и здесь не исчезают, а провоцируются очередным смертями соседей по палате. Следу-

ет отметить, что «спрятать» этот патогенный фактор от пациентов хосписа невозможно. Именно по этой причине число больничных коек в стационаре не должно превышать тридцати. Большее число коек однозначно означает большее число смертей, и, соответственно, нарушается атмосфера хосписа.

На терминальном этапе помимо психических изменений, связанных со следствиями локализации опухоли в мозгу, персонал сталкивается с атональными состояниями, которые зачастую протекают с выраженными нарушениями сознания.

Ориентированность работы хосписа на помощь всей семье пациента добавляет сложности к общению с родственниками. Все их переживания также нуждаются в купировании, и хорошо, когда они остаются в рамках невротических состояний, но это бывает не всегда. Особенно тяжелы бывают реакции близких на смерть.

Насколько сложна эта работа может понять только тот, кто давал возможность человеку, потерявшему своего близкого, «выплеснуться» на самого себя. Когда это слезы отчаяния — то это более переносимо, чем агрессия родственника, выплескивающего несправедливый гнев на голову человека, который самоотверженно служил его близкому. Способность принять переживания родственников из уважения к памяти умершего, которому были отданы силы и чувства, требует от персонала особых и характера, и установки. Следует отметить, однако, что те же родственники, которые несправедливо обвиняли сестер и врачей или выплескивали на них злость на судьбу за свою потерю, вслед за тем понимали свою несправедливость, благодарили персонал за помощь, просили прощения за несдержанность и становились порой лучшими друзьями хосписа.

Наличие 30-40% неврологических лежачих больных с метастазами в спинной мозг и, соответственно, с парезами и параличами создает дополнительные трудности в уходе. Переворачивание, подача судна, кормление, прогулки на улице с перекладыванием больного на каталку или кресло — все это не нуждается в объяснениях.

Поступление в хоспис запущенных случаев с разлагающимися опухолями, наличие свищей, недержание функций тазовых органов и так далее обеспечивает большой процент больных, требующих специфического ухода. Не нужно доказывать, как влияет их «антиэстетичность» на чувства окружающих, вызывая естественную брезгливость. Только постоянный контроль за своими эмоциями и преодоление негатива состраданием и милосердием позволяют достичь необходимых доверия и взаимопонимания. Сколько умения и такта требуется при этом!

Наконец, самым травматичным является для персонала постоянная не просто встреча со смертью, но психологическое участие в ней.

Специфика работы осложняется еще и тем, что персонал не может дистанцироваться от пациентов. Ситуации умирания бывают столь драматичны, что включают весь персонал почти автоматически. В самом деле, можно ли остаться равнодушным, когда пациент зовет на помощь, протягивает руки, просит обнять его, чтобы почувствовать себя самого, поддержку, чтобы преодолеть страх.

Конечно же, идентификация, отождествление с больными и их переживаниями порождает повышенные требования к потенциалу выносливости, а если говорить точнее — к духовности каждого, кто идет работать к умирающим больным. И ведь мало кто понимает, что даже дача негативной информации пациенту так, чтобы не нарушить его психологической защиты, травмирует медика порой не в меньшей степени, чем больного.

Вероятно, одним из самых печальных моментов хосписной службы является факт исчезновения плодов твоего труда. Если в других клиниках сестра или врач встречают своих пациентов и с гордостью думают, что в каждом исцелении есть и их заслуга, то персонал хосписа, выложившись до конца, отдав все силы, уже никогда не встретит своего подопечного, не прочтет благодарность в его взгляде. И как бы ни была благородна задача помощи умирающим, но редко смерть способна приносить чувство удовлетворенности своей работой персоналу клиники.

Следует еще отметить, что неформальные взаимоотношения персонала и пациентов естественно приводят к взаимопривязанности, близости. И насколько тяжелее терять не просто пациента, но друга! Кстати, можно подчеркнуть еще один небольшой психологический момент: ценность привязанности увеличивается, если ты находишься в позиции дающего, а не берущего. Это касается и духовных и материальных, физических аспектов бытия.

Нельзя обойти молчанием и следствия тех стрессорирующих факторов, которые воздействуют на персонал. Скорее, чем в других клиниках, здесь наблюдается синдром «выгорания» — явления повышенной невротизации, развития психосоматических болезней, таких, как язвенная болезнь, заболевания сердца, внутренних органов.

В плане изменений психики можно фиксировать повышенную утомляемость, неврастеническую симптоматику с раздражительностью, колебаниями настроения, канцерофобические навязчивости.

Особо травмирует смерть молодых пациентов. Их переживания персонал нередко переносит на себя, представляя собственную кончину от тех же причин. В этой связи помимо психотерапии требуется, прежде всего, дать отдых человеку, перенасытившемуся негативными переживаниями, дать ему возможность переключиться на другую ситуацию, сменить среду.

Перечисление негативных сторон работы в хосписе требует, разумеется, и представления позитивных моментов. С этих позиций хотелось бы,

прежде всего, рассмотреть причины, которые приводят людей на службу в хоспис. Следует отметить, что причина редко бывает одна, чаще их — комплекс. Наверное, одним из мотивов является поиск в работе смысла жизни. Работа в хосписе действительно заставляет переосмыслить свою жизнь. Встреча со смертью производит переоценку всех ценностей, дает понимание того, зачем ты пришел в этот мир. Стоит ли говорить о том, что «мелочи жизни», заботы о материальном достатке, комфорт мещанского благополучия, сиюминутные потребности — все это как цель и смысл жизни отпадает, ибо перед глазами находится постоянное напоминание о смерти и недолговечности бытия. Переосмысление, осознание жизни с позиций высокой морали, духовный рост больных, наблюдаемый и поощряемый персоналом, вовлекают в этот процесс каждого, небезучастно находящегося рядом с больным. И сопереживая больному на этом пути, всякий решившийся на него укрепляет и возрождает собственную душу, среди хаоса всевозможных иллюзий острее ощущая непреходящую ценность каждого мгновения земной жизни.

Ориентированность на больного, приобщение к его жизни помогают становлению личности и даже позволяют осознать собственную значимость (благодарность за «последний стакан воды» заслужить не так просто...).

Представьте, лишь в мыслях, на месте уходящего из жизни себя. Какую небывалую значимость мгновенно приобретут душевные качества тех, кто окажется с вами рядом в это трудное время. В хосписе, рядом с больными, случайных людей, как правило, нет. Здесь те, кто искренне и сознательно желает помочь и облегчить чужое горе.

Взять простейший вариант. Лежачий больной должен в присутствии других сходить на горшок, или пациент, не контролирующий работу тазовых органов, вдруг оказывается мокрым или грязным. Присовокупите к этому ночное время и палату тяжелобольных, чей сон и так достаточно проблематичен. И каков должен быть психологический заряд нянечки, которую хочется назвать «нянюшкой», когда ее приход вносит покой и умиротворение в самые израненные и мятущиеся души. Нет ни грубости, ни осуждения, лишь понимание и сочувствие.

Хотелось бы развить эту тему. В конце своей жизни беспомощный, страдающий человек как бы возвращается в положение ребенка. Даже физически он смотрит на подходящих к нему людей снизу вверх. Персонал же несет на себе функцию родителей, ухаживающих за своими детьми. Мы всегда щедры на ласку ребенку, даже не предполагая, кем он вырастет. Сколь же важно увидеть в том или ином старике его внутреннего ребенка. Ребенка, которому страшно затеряться среди других, ребенка, испытывающего потребность во внимании, любви, снисходительности к его слабостям.

Редкое обращение к персоналу, как к «мамочке» или «отцу», не всегда свидетельствует о «склерозе»... Проблема возвращения в детство может прочитываться как эмоциональная поддержка со стороны памяти, черпающая силы в первых впечатлениях, приобретенных в семье.

Понимающий и сострадательный персонал предопределяет психологический климат в палате, и так же, как дети индуцируются в своем поведении и чувствах взрослыми, так и больные следуют примеру персонала.

«Если ты не сделаешь этого — то кто сделает?» Это сознание медсестры, врача, санитарки дарит духовную радость и счастье, дает силу и поддержку, научает любви и милосердию. Конечно, бывают и невротические установки, когда приходящие в хоспис через больных, через свою работу пытаются решить здесь только какие-то свои личные проблемы — облегчить собственную боль. На Западе поэтому, наверное, и не принимаются в хосписную службу те, кто недавно (менее полутора-двух лет назад) потерял своих близких.

Мы уже упоминали о культуре общения. Хотелось бы привести один случай, демонстрирующий, что это такое. Медсестра английского хосписа поинтересовалась у русских коллег, каким образом узнали бы они у больного, что тот сам думает о своем заболевании. В ответ прозвучало: «Просто подошли и спросили бы: "Что вы думаете о своем заболевании?"». Медсестра растерянно улыбнулась: «Так? Даже не узнав у него прежде, есть ли у него желание разговаривать на эту тему, или когда он настроен на беседу?...»

В этом примере кроется очень многое. К сожалению, в нашей стране исторически отношения между людьми складывались по вертикали. Нас успешно обучили диктатуре — той пирамиде, где вышестоящий требует, приказывает, спрашивает с подчиненного, а тот лишь исполняет волю начальника, без обратной связи. Увы, но подобный стиль отношений принят многими. Однако в хосписе его быть не должно. Партнерство — вот тот необходимый здесь стиль отношений по горизонтали, где пациент остается личностью, которая обладает равными с персоналом правами, независимостью и свободой выражения, а в чем-то имеет и преимущества, поскольку персонал ориентирован на служение ему.

Можно много говорить о контакте персонала с больным, о пантомимике, позициях во время беседы, улыбках, о том, что создает комфортный психологический климат хосписа. Здесь еще раз уместно сказать о физической, эмоциональной и духовной составляющих этого климата.

Физический контакт предполагает максимальную совместимость с пациентом от начального знакомства, которое сопровождается рукопожатием, до последующих соприкосновений. Они проявляются через так называемый язык тела. Допустим, легкое прикосновение руки может передать и чувства, и симпатии, и доверительность, и одобрение, но также и остановить больного от напрасного выплеска, успокоить тревогу, переключить внимание.

Важно находиться в едином временном и пространственном поле с пациентом. Тогда отпадает необходимость долгих объяснений. Ты начинаешь понимать не то, что говорит или делает собеседник, а как он говорит или делает, идет считывание транситуационной информации и обмен ею. Для этого не нужно специального образования. Ребенок спокойно засыпает на руках матери. Она думает, что вот теперь можно сходить в магазин, но дитя тут же просыпается, начинает плакать, словно прочло ее мысли. Собака угадывает часто ваш взгляд и бежит к двери, виляя хвостом и ожидая прогулки. Вот примеры физического контакта.

Жест прикосновения может купировать ложные комплексы самобрезгливости или ожидания подобного чувства от окружающих. Приобщение пациента к своему «полю» может заметно растянуть чувство времени, и это, порой, самый большой подарок, который мы можем дать уходящему человеку. Даже во время коматозного состояния «держание за руку» помогает больному справиться со страхами.

Эмоциональный контакт зиждется на чувстве симпатии. В этом случае мостик строится не от себя к больному, но от него к себе. Настроенность не на «подать себя», а выслушать и принять другого создает почву для общения. Вместе с этим необходимо понимание ситуации больного, сочувствие и доброжелательность. Необыкновенно важна для медработника или волонтера способность не держать в сознании страха смерти. Ибо больные, если можно так выразится, читают мысли окружающих, то есть легко воспринимают информацию на невербальном уровне. Страх индуцирует страх. Невротическое восприятие смерти у медика передается больному и немедленно создает в его сознании подобный мыслеобраз. Подтверждением этому служит поведение ребенка. Он фактически не боится смерти, если его не индуцируют своими страхами и горем родители или окружающие люди.

Интеллектуальный контакт подразумевает одинаковое с собеседником прочитывание тех или иных понятий и слов. Лет десять назад на экране промелькнул документальный фильм, в котором режиссер останавливал людей на улице и просил произнести вслух перед объективом одно только слово –«любовь». И люди совершенно по-разному проявляли себя. Ключевое слово «раскрывало» их полностью. Одни произносили его цинично, другие — с печалью, третьи — мечтательно и т. д.

Контроль за правильным пониманием друг друга создает предпосылки для полноценного контакта.

Духовный контакт наиболее редок и включает в себя чувство понимания и любви. Литературными прообразами его могут быть персонажи Толстого и Достоевского в минуты полного приятия и прозрения друг друга.

Необходимо упомянуть о понятии *психологической совместимости* или несовместимости в отношении пациентов и персонала хосписа. Мы попробовали применить метод, который ранее позволил условно объединить в характерологические группы наших пациентов, уже по отношению к врачам, медсестрам и санитаркам.

Снова вспомним о безусловно существующих в каждом из нас (и в больном, и в здоровом) личностных проявлениях: «Я» детское — как принцип эмоциональной жизни, родительское «Я» как проявление волевого начала, и взрослое «Я», в котором проявляется интеллект.

Позиция больного в связи с его беспомощностью, постоянной зависимостью от окружающих даже в мелочах, преобладанием эмоциональной сферы сравнимы прежде всего с позицией ребенка, дитя. Роль врача, сестры, санитарки — словом, тех, кто ухаживает за больным, осуществляет его поддержку, лечит, — сравнима с позицией родителя, так называемого взрослого «Я». (Это та инстанция, которая руководит, выслушивает, опекает, советует, подбадривает.)

Руководствуясь избранным методом, мы попытались проанализировать, кто из персонала наиболее подходит больному. Мы опросили по 30 больных из каждой группы с преобладанием тех или иных преморбидных черт, то есть шизоидных, циклоидных, эпилептоидных, истероидных и психастенических: попросили назвать тех врачей, медсестер и т. д., контакт с которыми для них наиболее предпочтителен. Среди персонала также были выделены те же характерологические группы. Получилась следующая картина.

Больной с преобладанием шизоидных черт оценил свои взаимоотношения с врачом, относящимся к той же, шизоидной, группе как формальное партнерство, они как бы не мешали друг другу. Во взаимоотношениях с врачом-цик-лоидом шизоид получает «родительскую» эмоциональную поддержку, он получает то, чего ему не хватает, — эмоциональность. Взаимоотношение с эпилеп-тоидом затруднено для больного тягучестью эмоций эпилептоида, а тенденция к лидерству со стороны врача не всегда воспринимается больными положительно. Врач-психастеник, тревожно-мнительный, оказывает больному-шизоиду заботу и внимание, служит словно родитель ребенку.

Самая любопытная пара — шизоид-больной и врач-истероид. Если шизоид внутренне как бы переживает «театр для себя», истероид несет в себе «театр для других». На короткое время контакт между ними может быть очень положительным. Истероид врач как бы играет театр для шизоида. Аутистичности шизоида наиболее благоприятна экспансивность истероида, его сверхчувствительность. Интуиции истероида подвластно угадать желания и тенденции шизоида и воплотить их в жизнь, то есть проиграть их.

В результате этого анализа оказалось, что для шизоидов врач с истероидными чертами наиболее предпочтителен. Наибольшее число шизоидов отда-

ли свои голоса истероиду, и эта группа заняла первое место. На втором месте по значимости для шизоидов оказались циклоиды. Как мы уже говорили, хотя циклоиды не всегда вписывались во внутреннюю картину больного-шизоида, их эмоциональность, сочувствие поддерживали больного, создавали у него чувство собственной значимости. Третье место — за шизоидом, четвертое — за психастеником, пятое было отдано доктору-эпилептоиду.

Взаимоотношения шизоида и эпилептоида оказались наименее гармоничными, поскольку тенденция к лидерству врача-эпилептоида, попытка подчинить внутренний мир больного не воспринимались последним позитивно.

Рассмотрим группу больных циклоидов. Первое место среди врачей «дитя»-циклоид отдал представителю той же группы. Их контакт был достаточно тесным, партнерство оптимальным. Способности циклоида к сопереживанию создавала идеальные условия для поддержки одного другим. Второе место по предпочтительности было отдано тип у врача эпилептоида. Его лидерство было позитивным, поскольку качества отца, знающего, что нужно, вполне импонировали ребенку-циклоиду, волевой и эмоциональный запал эпилептоида замещал ему утраченную свободу выбора. Третье место занял врач-психастеник, осуществляющий материнский принцип служения, который проявляется в заботе, повышенном внимании к нуждам «больного ребенка». Четвертое место было за истероидом, который, хотя и выступал как лже-, псевдородитель, имел все же общую с больным сферу интересов, касающихся прежде всего эмоциональных, эстетических начал, и это давало возможность неплохого контакта.

Взаимоотношения с врачом-шизоидом редко складывались удачно. Контакт был недостаточен: врач выступал в роли замкнутого отца, имеющего свой собственный мир, и не был способен ответить на эмоциональные нужды циклоида.

Группа эпилептоидов. И здесь предпочтение было отдано врачу из группы циклоидов, с ним у эпилептоида возникали отношения партнерства, где циклоид выступал в качестве реалистически ориентированной матери, которая сочетала эмоциональную поддержку и сочувствие с разумным отношением к объективной ситуации. Второе место было отдано истероиду, который угадывал потребности больного, выступал в роли подчиненной матери, мог не препятствовать лидерским наклонностям эпилептоида, и в то же время при изменении ситуации был способен сыграть роль ведущего. Третье место занимал шизоид. Замкнутый мир врача внушал уважение эпилептоиду, впечатлял его как образ умного отца, способного правильно оценить ситуацию и не поддаваться панике. Четвертое место получил врач-психастеник, воплощавший принцип подчиненной матери, служащей своему ребенку и сопереживающей ему.

Последнее место занимал врач-эпилептоид. Контакт их знаменовался борьбой за лидерство, партнерство давалось с трудом, неадекватность взаимных тенденций порождала ситуацию сына, бунтующего против отца.

Группа психастеников. Для «дитя»-психастеника наиболее хорош контакт с врачом-эпилептоидом, который воплощает для него принцип отца и тем самым вызывает к себе доверие. Эмоциональная неустойчивость психастеника получала поддержку в самоуверенности эпилептоида. На втором месте был врач-циклоид, который мог осуществлять лидерство без насилия и давать адекватную эмоциональную поддержку, воплощая в себе материнский принцип. Третье место занимал врач-шизоид; контакт носил порой сложный характер, так как врач мог предложить скорее интеллектуальную поддержку, в то время как больной нуждался и в эмоциональной. Правда, отцовский принцип, воплощаемый шизоидом, нередко воздействовал положительно на воображение психастеника, успокаивал, рассеивал тревогу больного. Четвертое место было отдано психастенику; материнский принцип врача, основанный на служении, давал хорошую основу партнерства, но опора на врача не была прочной. Тревожный больной нередко чувствовал тревогу врача, и их характерологические параметры не могли компенсировать друг друга.

Последнее место занимал врач-истероид. Между врачом и больным сначала отмечалось выраженное притяжение, но вскоре следовало разочарование, ибо истероид не мог быть долгой опорой, и его непостоянство хорошо угадывалось психастеником.

Группа истероидных больных. Для больного истероида наиболее предпочтительным оказался врач-шизоид. Тип загадочного отца, существующего в собственном мире, заинтриговывал больного, их партнерство основывалось на том, что истероид разыгрывал свои сцены для шизоида, а тот, поглощенный своим собственным миром, не мешал ему выплеснуться так, как тому хотелось. Тип врача-циклоида получил второе место. Циклоид выступал в роли заботливой матери, помогающей и сочувствующей дитя-истероиду. Третье место занимал эпилептоид, который выступал в роли жесткого отца, но его воля часто импонировала женским качествам истероида. Нередко истероид пытался бунтовать, но вскоре находил лучшим подчиниться. Четвертое место принадлежало врачу-психастенику. Опять материнский принцип импонировал детскому началу в истероиде, но капризность больного постоянно дезориентировала врача, что мешало полноценному контакту.

Последнее место занимал врач-истероид. Первоначальный продуктивный контакт истероидов — недолог. Избранные роли — спасителя и жертвы — быстро сменялись. А в дальнейшем каждый играл свою игру, тщетно ожидая от другого роли зрителя. Несовместимость их тенденций вскоре становилась очевидной и полностью расстраивала возможность дальнейшего продуктивного контакта.

**Таблица предпочтений больными врачами в различных
характерологических группах**

Тип больного	Тип врача				
	Шизоид	Циклоид	Эпилептоид	Психастеник	Истероид
Шизоид	3	2	5	4	1
Циклоид	5	1	2	3	4
Эпилептоид	3	1	5	4	2
Психастеник	3	2	1	4	5
Истероид	1	2	3	4-	5

1 — наиболее предпочтительный тип, 5 — наименее предпочтительный тип.

Описанные нами взаимодействия отнюдь не могут считаться закономерностями, поскольку чисто условное деление на группы может породить необъективные тенденции. Поэтому предлагаемые данные взаимоотношений являются лишь приблизительными схемами, позволяющими ориентироваться в вопросах взаимоотношений различных типов и создавать благоприятный психологический климат вокруг пациента с учетом особенностей персонала. Что касается психологической поддержки персонала, то мы не можем предложить какой-то определенной унифицированной системы купирования тех или иных реакций медицинских работников. Имеющиеся данные говорят в первую очередь о создании коллектива, существующего как единое целое, вырабатывающего после обсуждений общие оптимальные решения, как группы людей, поддерживающих друг друга (на утренних конференциях, специальных встречах с психологами или психотерапевтами и т. д.).

При всем уважении к опыту наших западных коллег мы, к сожалению, не можем полностью решить наших проблем с помощью самокупирующейся системы взаимоотношений в группе. Попытка обсуждений, отреагирования, поддержки, «работающие» в отношении больных и их родственников, не так эффективны в решении наших собственных проблем. Текучесть кадров подтверждает это мнение. Нам кажется, причиной тому является специфически негативное отношение нашего персонала ко всякого рода групповой деятельности. Слишком свежа в памяти модель коллективизма, которая в свое время насаждалась широко и бездумно, которая своим формализмом обычно нивелировала запросы и проблемы личности и вызывала в результате крайне отри-

цательное отношение к групповой деятельности как таковой. Вероятно это наблюдение касается всего нашего общества, где спор отнюдь не рождает истину, а, напротив, способствует озлобленности и взаимообвинениям. Конструктивные моменты в дискуссиях и обсуждениях, к сожалению, отступают перед деструктивными. В результате «положительным» итогом нередко можно считать лишь возможность публично излить свой аффект.

Вторым фактором, нарушающим психологический климат в коллективе, является крайне низкий уровень материальной обеспеченности персонала, из-за чего люди не имеют возможности снять груз переживаний и расслабиться в домашней обстановке, в семье.

Пребывание на природе, походы в театр, музеи также требуют времени и возможностей, а последние у большинства крайне ограничены. Тем не менее нам видится, что решение вопроса — в расширении границ сознания персонала, его кругозора, эстетических потребностей, то есть в расширении духовной сферы личности, что, несомненно, ведет к большей терпимости и взаимопониманию.

Разумеется, научение конструктивному диспуту, терпимости к противоположному мнению и взглядам также необходимы для создания продуктивных взаимоотношений в группе.

В этом плане нам кажется обязательным прежде всего восстановить те принципы, которые в нашем обществе долго подавлялись. Мы имеем в виду доверие как основу системы взаимоотношений. В прежней, советской, модели общества все взаимоотношения в медучреждениях подчинялись единой догме — постоянному контролю над каждым шагом персонала. Мы считаем, что в хосписе акцент должен быть смещен на собственную совесть каждого человека, работающего здесь. Никто не может быть лучшим судьей для нас, чем мы сами. Работа в хосписе фактически подводит к этому принципу, поскольку основана на энтузиазме, который у нас, как известно, благополучия материального не дает. Учитывая, что каждый человек чувствует предел собственных сил, в практике хосписов и должен быть отлажен такой ритм работы, который бы позволил каждому работать в соответствии со своими возможностями.

Нам кажется, что человек должен быть сам хозяином своего времени. Возможности отключения, переключения, взаимозаменяемости позволят ему регулировать свое время. Стремление к профессиональному совершенствованию, внимание к собственным эстетическим запросам, постоянное сознание необходимости «делать добро» будут способствовать созданию той атмосферы, в которой возможно купирование многих стрессовых реакций.

Хотелось бы отметить, что изменение отношения к смерти и к собственным негативным переживаниям должно занять соответствующее место при

обсуждении тех или иных проблем. В самом деле, живя непросто, мы постоянно пытаемся избавить свою жизнь от горя, печали и даже грусти, но порой переживание именно этих чувств делают человека более чутким и отзывчивым — «душевным», как говорят, и — духовно богатым. Человечность чаще всего определяется не столько умом, сколько масштабом чувствования.

Таким образом, хотелось бы сказать, что нет единого рецепта для купирования тех или иных переживаний, но есть — и мы используем это в своей каждодневной работе — возможность, отступив от стереотипа, руководствоваться принципом индивидуального подхода к каждому работнику, что, в свою очередь, позволяет своевременно реагировать на реальные нужды сотрудников коллектива. Большинство — в силах самостоятельно решать свои проблемы, и «подведение единого знаменателя» в попытке всех сразу избавиться от негативных переживаний, безусловно, никому не нужно. Поэтому мы считаем, что проведение психотерапевтической помощи персоналу необходимо прежде всего индивидуализировать. Пути воздействия можно разделить на индивидуальную психотерапию, основывающуюся на рациональных беседах, или духовную помощь со стороны священнослужителя, лица, обладающего авторитетом для данного человека, а также групповую психотерапию.

В нашей практике мы использовали и используем *утренние конференции* обсуждения больных, включая в них проблемы персонала. Эти обсуждения создают подготовку персонала, но регламент времени не дает возможности полностью купировать эмоциональные реакции всех, однако они помогают персоналу почувствовать единство и разделить интересы каждого со всеми. Большую поддержку оказывают *встречи вне хосписа, в неформальной обстановке*. Небезуспешными в отношении к персоналу оказались и предпринимаемые нами в отношении больных *элементы театротерапии*. Смена образа самого себя позволяет вместе с ним избавиться и от стрессующих обстоятельств.

Важным фактором «восстановления» для персонала, как, впрочем, и для больных, явилась *арттерапия*. Мы стремились создать в хосписе среду, близкую к домашней обстановке, всячески обогащая ее произведениями искусства. На наш взгляд, человек, находящийся в экстремальных условиях, более, чем кто бы то ни было, нуждается в подобном. Помимо доставляемой эстетической радости, истинное искусство способно облегчать страдания, погружая в мир высших, духовных ценностей: оно заставляет «забыть» горечь минуты — «отойти душой» — переключиться на волну другого «Я», ощутив его силу и то благостное «Мы» сопереживания, что несет в себе подлинное искусство. И здесь пусть не покажется нелепой мысль о том, что больницы должны объединять свои усилия с возможностями музеев, которые бы смогли предоставить страдающим людям такую поддержку в драматический для них период жизни.

Имеется в виду возможность музеев помогать хоспису в проведении здесь сеансов арттерапии на базе музейных экспонатов, в частности, произведений живописи. И наиболее предпочтительны здесь были бы картины природы, пейзажи. А более всего была бы оценена нами возможность менять «экспозиции», учитывая интерес и вкусы больных.

Понимая неосуществимость в ближайшем будущем этих наших рекомендаций, предлагаем, осуществляя в хосписе арттерапию, воспользоваться качественными репродукциями. Хочется еще раз подчеркнуть положительный фактор *музыкотерапии*. Она необходима и больным, и персоналу.

Негативные переживания уменьшают личностное пространство человека, делают его «тесным», это известный психологический феномен. Музыка-терапия увеличивает пространство, «расширяет» его. Разумеется, в выборе средств предпочтении нами отдано классической, духовной и народной музыке, так как шумовой эффект так называемой поп-музыки, напротив, загружает пространство и часто вызывает раздражение.

Особенно эффективно воздействие «живой» музыки. В наш хоспис приходят музыканты и дают концерты для больных и персонала. Сочетание специальной музыкотерапии, ориентированной на релаксацию, хотя и рассчитанной на группу, но как бы обращенной к каждому, дает наиболее положительный эффект. Мы использовали элементы аутогенной тренировки в сочетании со звучанием флейты и получили очень хорошие результаты.

Неплохой эффект давала *коллективная гимнастика с элементами восточной пластики и дыхания йогов*.

Дружеские застолья, участие в оздоровительных мероприятиях, типа сауны, немало поддерживали дух и физическое здоровье персонала.

Особенно важную психотерапевтическую роль выполняла *духовная терапия*, участие в ритуальной службе, чтение и пение молитв, общение со священником, монахами. Это не только снимало стрессы, но и давало ценнейшую установку на дальнейшее служение страдающим людям.

Здесь же уместно сказать о возрождении *«сестричества»*, общин сестер милосердия, патронирующих хосписы. Вероятно, именно эта форма волонтерской помощи может решить многие задачи хосписа. Ведь именно они порой помогают решить львиную долю проблем хосписа, — как социальных, так и психологических, облегчая тем самым работу персонала хосписа, беря на себя часть психологической нагрузки общения с больными и их родственниками.

Мы видим, что в отношении персонала целесообразно применение тех же методов, что и к больным, поскольку речь идет, прежде всего, о снятии эмоциональных стрессов. Принципы воздействия одинаковы, хотя методы видоизменяются в соответствии с разницей ситуаций, в каких пребывают онкологи-

ческий больной и наши коллеги. Трудность заключается в создании так называемых *супервизорских групп* — терапевтов для медицинских работников. Обычная жизнь упирается в банальную поговорку о сапожниках без сапог...

Психотерапия для медицинского персонала особенно тяжела и требует куда больше времени и усилий, поскольку мы сталкиваемся с ситуацией, когда врач и пациент-медик обладают почти одинаковым опытом и сознанием. Как часто, глядя в глаза коллеге, мы получаем стереотипный ответ: «Вы же медик, вы все сами понимаете». На этом психотерапия заканчивается.

Способность вызвать пациента на долгий разговор дает ему возможность «выплеснуться», не делая заключений, не давая оценок. Вот тот путь, по которому следует проводить психотерапию и с персоналом. Даже в случае невозможности стимулировать партнера на откровенный разговор не следует торопиться с окончанием общения. Никогда не надо первому завершать контакт, нужно помнить, что молчание может принести не меньшую помощь собеседнику, который приходит не столько за советом, сколько за поддержкой. Терапия присутствием, общением, необязательно вербальным, — один из мощнейших методов, который трудно переоценить.

Андрей Владимирович Гнездилов

ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ ПОТЕРЬ

**Пособие по паллиативной медицине для врачей,
психологов и всех интересующихся проблемой**

Главный редактор *И. Авидон*
Ведущий редактор *О. Гончукова*
Художественный редактор *П. Борозенец*
Компьютерная верстка *Т. Петрова*
Директор *Л. Янковский*

Подписано в печать 05.12.2006. Формат 60 x 88_{1/16}.
Усл. Печ. л. 10. Доп. тираж 2000. Заказ № 1432

ООО «Издательство «Речь»»
199178, Санкт-Петербург, а/я 96, Издательство «Речь»
Тел. (812) 323-76-70, 323-90-63
sales@rech.spb.ru
Интернет-магазин: www.rech.spb.ru

Представительство в Москве:
(495) 502-67-07, rech@online.ru

За пределами России вы можете заказать наши книги
в Интернет-магазине www.internatura.ru

Отпечатано с готовых диапозитивов
в ГУП «Типография «Наука»»
199034, Санкт-Петербург, 9-я линия, 12

Психологическая помощь

- Понимание проблем и потребностей неизлечимо больного человека.
- Комплексная работа с близкими и семьей умирающего больного.
- Использование различных терапевтических методик: терапия средой, арттерапия, звукотерапия, сказкотерапия, театротерапия и куклотерапия.
- Контроль симптоматики терминального состояния (прежде всего — хронического болевого синдрома).

I SEN 5-9268-0062-5



9 785926 800620