

Психические изменения у онкологических больных

Проф. А.В. Гнездилов

Если медработник присутствует при рождении, то и конец жизни должен быть обеспечен присутствием его, ибо врач, медсестра, санитарка не просто работники медслужбы, но и друзья пациента, страдающие ему в его страданиях.

О наличии выраженных изменений в психике онкологических больных свидетельствует множество фактов:

- 1) отказы от операций и лечения,
- 2) реактивные состояния в виде тревоги, депрессии, негативных и агрессивных реакций,
- 3) суициды, расстройство взаимоотношений в семье и на работе,
- 4) наличие скрытой, а порой и явной канцерофобии среди значительной части населения и в первую очередь среди родственников и знакомых пациентов,
- 5) расстройства на фоне органических, метастатических, интоксикационных изменений в головном мозге и другие.

Среди основных факторов, влияющих на психику как пациента, так и его родных, необходимо выделить следующие:

- фатальный характер диагноза, несмотря на успехи онкологии;
- калечащие операции и лечение;
- отсутствие гарантий против возникновения рецидивов и метастазов;
- наличие в 80% случаев выраженного болевого синдрома при отсутствии гарантий достаточного обезболивания;
- широко распространенное среди обывателей представление о заразности ракового заболевания.

Изменения в психике пациентов, а также близких им людей, проходят несколько стадий.

1. Шоковая стадия, когда негативная информация о наличии заболевания, а порой и прогноза, обрушивается на больного.
2. Стадия отрицания, вытеснения информации.
3. Стадия агрессии.
4. Стадия депрессии.
5. Стадия примирения, принятия своей судьбы.

Из органических поражений головного мозга наиболее часто встречаются расстройства сознания. Они классифицируются обычно следующим образом:

- I. Расстройство по типу утраты сознания (оглушение, сопор, кома).
- II. Расстройство по типу измененного сознания:
 - делирий, наличие измененного сознания с выраженным обилием галлюцинаторных переживаний (вторичного бреда и искаженного восприятия окружающего с нарушением ориентации в окружающем и сохранением ориентации в себе);
 - онейроидное расстройство сознания с двойной ориентировкой в окружающем – частичная ориентация в реальности с одновременным присутствием сновидных, галлюцинаторных переживаний и восприятий;
 - аментивное расстройство сознания с потерей ориентации, как в себе, так и в окружающем, отсутствие контакта, непонятная речь;
 - сумеречные расстройства сознания.

Среди сумеречных расстройств сознания выделяют:

- амбулаторный автоматизм – сознание сужено, переживание иной обстановки и ситуации;
- транс-стремление к перемещению при наличии измененного сознания;
- снохождение (лунатизм).

Терапия расстройств психики определяется принципами паллиативной медицины, где учитывается стадия заболевания, перспективы для больного и улучшение качества жизни. Сюда входит:

- 1) терапия средой (природа, дом, окружение родных, пробуждение духовности);
- 2) терапия присутствием с принципом разделения боли и проблем больного между ним и врачом;
- 3) индивидуальная терапия – рациональная терапия, суггестивная терапия, групповая терапия;
- 4) арттерапия с переключением внимания больного на креативные способы регу-

лирования внутреннего мира и т. д.

Терапия психотических вариантов изменений в психике с наличием расстройств сознания имеет соматогенную направленность. Это дезинтоксикационная терапия, это назначение гормонов при явлениях отека мозга и назначение нейролептиков для снятия возбуждения, тревоги. Чаще всего мы пользуемся галоперидолом, аминазином, седуксеном. Кстати, следует упомянуть и амитриптилин, который наряду с его антидепрессивным воздействием применяется при нейропатических болях, некупирующихся наркотиками. Тут же применяются препараты, купирующие болевые пароксизмы (имеется в виду финлепсин). В упорных случаях целесообразна консультация психиатра.

В дальнейшем мы хотели бы осветить психологические проблемы в хосписной службе. Паллиативная медицина, на принципах которой построен хоспис, приходит на смену радикальной с того момента, когда все средства использованы, эффекта нет, и перед больным встает перспектива смерти. В основе паллиативной медицины лежит:

- забота о субъективном состоянии пациента,
- уход за ним,
- возможность взять под контроль все симптомы его болезни и в первую очередь боли, будь они физические или психические.

Принципы паллиативной медицины нацелены на поддержание качества жизни. При этом цель на излечение больного отсутствует, физиологические функции больного поддерживаются с целью создания качества его жизни.

Философия хосписной службы включает в себя следующие положения:

- 1) смерть – естественный процесс, который, как и рождение, нельзя ни ускорять, ни также и тормозить;
- 2) паллиативный подход создает условия не для легкой смерти, но обеспечивает качественную жизнь до конца;
- 3) качество жизни обеспечивается умелым контролем за симптомами.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В ХОСПИСНОЙ СЛУЖБЕ

ПРОБЛЕМЫ БОЛЬНЫХ

1. Заболевание

Вероятно, основной проблемой для пациента является его заболевание, которое своей необратимостью и тяжестью порождает массу психологических реакций. Чаще всего они наблюдаются в рамках невротических нарушений, хотя порой и психотического уровня.

Представления о болезни не всегда соответствуют реальности, тем более, что, в известной степени, сами врачи не дают полноценной информации. Путаная, шатающаяся информация со стороны родственников смешивается с памятными больному случаями из жизни его знакомых с подобным заболеванием. В конечном итоге лишь небольшой процент населения реально понимает свою ситуацию, течение процесса, близкие и далекие перспективы. Соответственно, давая ту или иную информацию, необходимо проверить насколько представления больного совпадают с понятиями медработника, будь-то врач или медсестра. Однако и в данном слу-

чае нет гарантии объективности. Логика терапевта здесь встречается с аффективной логикой пациента. Оптимистическая или депрессивная установка больного субъективизирует оценку ситуаций в сознании пациента и то, что мы получаем, будет результатом «кривой» логики.

Те переживания своей болезни, что мы видим в хосписе, порой не новы для пациента. Часто он уже испытал многое, впервые столкнувшись с онкологическими учреждениями, пройдя этапы диагностики, лечения и т. д. Мы уже говорили, что среди населения бытует мнение о фатальности «рака» и сам диагноз является нередко в ореоле «приговора» смерти без оговоренного срока. В результате у больных возникает целая серия психогенных реакций, в которых надежда и отчаяние сменяют друг друга, порождая то депрессию, то апатию, то тревогу, то эйфорию в зависимости от особенностей личности пациента, силы и тональности переживаний. Довольно часто лейтмотивом звучит навязчивая тема обреченности, неизбежного конца «это должно случиться, от этого никуда не уйти, не спрятаться». И когда приходит завершающая стадия болезни, она актуализирует сроки и запускает целый комплекс чувств и мыслей, которые уже формировались и раньше.

Конечно же, встречается и значительный контингент больных, чьи «прозрения истины» возникают уже в хосписе. Для них проблема осложняется не только узнаванием диагноза, но и прогноза. Тем не менее, психологический механизм восприятия негативной информации примерно одинаков. Шоковая стадия, короткая и сильная, сменяется стадией отрицания, вытесняя ситуации. Она свидетельствует о неготовности перенести удар и адаптироваться к стрессу. «Врач ошибается, надо перепроверить его информацию». Порой вспыхивает надежда на «чудо» и пациент спешит к экстрасенсу или в церковь. Проходит время и тревога, возникшая в момент шока, переводит пациента в стадию агрессии. Все тот же страх лежит в ее основе, но его легче пережить в активном состоянии, ища причину, виновного. Следующая фаза – депрессии. Она включает не только переживания собственного отчаяния, тоски, бесперспективности, но и ощущение вины перед родственниками, чью жизнь они нарушили заботой о себе.

Проходит еще время и часто с помощью психотерапевтических воздействий больной переходит в стадию примирения со своей судьбой, фазу принятия. Впрочем, динамика реакций на заболевание и близкий исход не означает завершения. Вслед за примирением с судьбой, вновь может вспыхнуть жажда жизни, и пациент, с которым вы уже все проговорили до конца вплоть до деталей желаемого погребения, вдруг возвращается к вам и спрашивает: «А, кстати, когда Вы меня лечить начнете?». И ваша позиция должна согласовываться с позицией больного. Если ему необходима надежда, не отнимайте ее. Нет нужды выдумывать самому и лгать, но достаточно не перечить, оставить пациента в той установке, в которой ему в данный момент легче пребывать.

Поскольку мы заговорили об информации о болезни, то следует продолжить эту тему. Итак, принцип правды, как бы горек он не казался, но должен соблюдаться, если пациент реально хочет знать, что с ним. Предвидя возражения, заметим один факт – мы судим о больном со своих позиций здоровых людей. Эта позиция исходит порой из

собственных страхов и представлений. Но «страус, прячущий голову в песок, чтобы не видеть опасности», отнюдь не идеальный и не единственный вариант поведения.

Будем исходить из той предпосылки, что человек обладает способностью получать не только вербальную информацию, но и трансситуационную. Столько словесной лжи вокруг нас, но мы можем ориентироваться в мире, потому что слышим не только «что нам говорят», но и «как нам говорят». Не к любому человеку мы обратимся в толпе, чтобы узнать путь или время. Наши инстинкты, наши чувства на страже реальности... Итак, трудно себе представить, чтобы человек, умирая, оставался в полном неведении о том, что с ним происходит. Можно вспомнить пример 16-летнего мальчика, который попросил из вполне обеспеченной семьи взять его в хоспис, объясняя это тем что в глазах родителей видит, как они его оплакивают, «заживо отпевают». Таким образом, мы приходим к выводу, что нас можно обмануть лишь в том случае, если мы это позволяем, т. е. хотим быть обманутыми. Но и в этой ситуации мы должны уважать выбор пациента. Итак, вопрос сводится к тому, как дать больному информацию, чтобы не слышать его внутреннюю психологическую защиту?

1. Мы уже говорили, что очень часто внутренний мир пациента находится под прессингом родных, которые проецируя свои страхи на пациента, заставляют его играть роль оптимиста, упрямо дожидаящегося «завтрашнего» улучшения и выздоровления. С первых же контактов с семьей необходимо поставить их перед фактом, что вы должны 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, вы ждете и от семьи. Предупредив родственников, вы можете более свободно общаться с пациентом.

2. Психологически верным будет найти время и специальное место для беседы с больным о столь жизненно важных для него проблемах. Это специальное время будет определяться не вами, а пациентом, так как вы должны будете вместе с ним переживать следствия негативной информации. Место необходимо найти там, где никто не мог бы вам помешать. Если мы требуем тишины в театре, то, понимая значимость не только каждого слова, но и тона в вашей беседе, необходимо создать для нее идеальные условия. Речь идет о жизни и мелочах нельзя пренебрегать, ибо можно случайным, непродуманным движением психологически убить его. Не лишним будет привести пример из практики, который свидетельствует об этом. В онкологическом институте молодой врач во время перевязки послеоперационной раны, непроизвольно поджал губы и слегка закатил глаза. Пациентка очень доверяла врачу и во время перевязки 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.

3. Разумеется, пациент должен испытывать доверие к тому, кто вступает с ним в диалог, чтобы дать правдивую информацию. В хосписе нет приоритета в этом случае за лечащим врачом. Каждый пациент, обладая своими харак-

терологическими 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.

4. Вступая в диалог, нужно в первую очередь дать солному активную позицию, а самому занять место слушателя. Иногда пациенту необходимо «выплеснуться», но всегда нужно помнить, что он внимательно наблюдает за вашей реакцией. И даже если вы не произнесли ни слова, это может быть истолковано как подтверждение позиции пациента.

5. На вопросы пациента, что с ним происходит, что за болезнь или что его ждет, нельзя спешить с ответом. Первое, что вы должны понять, не провоцирует ли больной вас, желая получить ожидаемый ответ, а вовсе не истину. Для этого существует метод контрвопроса.

Например:

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

– А почему вы задаете этот вопрос? Что вы сами думаете об этом? Что вы подразумеваете под серьезностью и как вы сами оцениваете свои силы? – следует ответ.

Вопросов можно задать достаточно много, но из ответов вы должны понять мотив пациента, узнать правду. Если пациент высказывается в оптимистическом духе, вы не станете разубеждать его. Можно согласиться с его точкой зрения, не подтверждая ее. Например: «Возможно, ваше мнение имеет основание. Кто как не вы способны 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 же вы видите, что пациент действительно ждет правдивой информации, он же сам и скажет о своем диагнозе и ожидаемом прогнозе. При этом ваша задача проконтролировать, что пациент понимает под словами рак, опухоль, злокачественные новообразования, метастазы и т. д.

6. Важным моментом в информировании больного является не давать всю истину сразу. Растяжка во времени, с открытием правды по частям, помогает пациенту созреть к полноте истины. Опять же чуткая связь с больным позволит вам заметить, когда для него достаточно информации. Следующий раз беседа будет еще более откровенной и приближенной к истине. Порой, когда пациент находится в полном неведении, начинать надо с понятия новообразования, в следующий раз появляется понятие опухоли, затем злокачественной опухоли и, наконец, рак, метастазы и т. д.

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 уже го-

ворим о способности человека прочесть информацию 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.

7. Вернемся к беседе с пациентом. Контакт с ним должен быть максимально тесным. Медработник должен видеть лицо больного, в беседе применять паузы, представляя пациенту проявлять активность. Слушая пациента, поддерживать его, употребляя междометия или повторяя его последние слова. Идеальным является существование физического контакта. В момент дачи информации медработник берет за руку пациента или касается его плеча. Тогда аффективный негатив разделяется на двоих. Фактически происходит следующее. «Да, положение безнадежное, но вы не останетесь одни. На всем пути, который Вас ожидает, мы (хосписная служба вкупе с родственниками) будем с Вами и облегчим любые трудности». Психологический момент, что в присутствии кого-либо, особенно врача, медсестры, родных, боль и страдания переносятся легче, работает неукоснительно. Заканчивая этот абзац, хочется подчеркнуть, что истинно гуманные отношения с больным как раз и требуют, чтобы не оставлять его одного. Если медработник 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.

II. Проблема пребывания в хосписе

Мы уже говорили о стадиях переживания больными своей ситуации, включающие:

- шоковую реакцию в виде страха, тревоги, отчаяния,
- стадию отрицания, надежды, вытеснения,
- стадию агрессии,
- стадию депрессии,
- стадию принятия.

И в рамках той или иной стадии строятся или разрешаются связи между самими больными, между пациентами и их родственниками.

Понятие дома, осуществляемое хосписом, базируется на межличностных взаимоотношениях.

1. Наиболее значимыми являются отношения больных с персоналом. Взять простейший вариант. Лежачий больной должен в присутствии других сходить на горшок, или пациент, не контролирующей работу тазовых органов, вдруг оказывается мокрым или грязным. Призовокупите 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 болезненные переживающие 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 желательно 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. Нередкое обращение к персоналу, как и «мамочке» или «отцу» не всегда свидетельствует о «склерозе»... Проблема возвращения в детство может прочитываться как эмоциональная поддержка памяти, черпающая силу в первых впечатлениях, приобретенных в семье.

Понимающий и входящий в роль персонал предопределяет психологический климат в палате и так же, как дети индуцируются в своем поведении и чувствованиях взрослыми, так и больные следуют примеру персонала. И в этом аспекте так важен момент прихода пациента в хоспис и его первый контакт с персоналом. Если больного встречают у дверей с улыбкой, если его не только спрашивают об имени, но и представляют где, что находится и как вызывать к себе сестру, то это уже то начало, которое есть «половина всего дела».

2. Тем не менее встречаются ситуации межличностных взаимоотношений среди больных в палате, которые не могут корректироваться. Вовремя среагировать на ситуацию и прервать «борьбу характеров» переводом больных в другие палаты – это позволяет регулировать психологический климат в среде хосписа.

Взаимоотношения между пациентами много сложнее, чем может показаться на первый взгляд. Наряду с общежитийскими проблемами, возникают глобальные переживания. За фасадом обычных передергиваний по поводу включения или выключения радио или телевидения стоит часто страх приближающегося конца и мысли о том, «больно ли умирать?». Проблемы сна возникают достаточно часто и связаны со страхом «умереть во сне», с мыслями о некоторой тождественности сна и смерти. Болезненная чуткость к ситуации чьей-нибудь смерти чередуется с тайным интересом к самому моменту умирания или «последнего сна». Больные часто просят не только не вывозить умирающего в другую палату, но и не закрывать его ширмой. В этом прочитывается, помимо сострадания, любопытство. Не имея опыта смерти, пациенты «примеряют на себя чужую смерть». Возможно, в ситуациях нередких «групповых» смертей, когда разом умирают за сутки несколько больных, проявляется и тесная взаимосвязь пациентов друг с другом. Во всяком случае, момент психологической индукции нельзя исключить.

3. Взаимоотношения пациентов с родственниками нельзя переоценить, столь значим для них приход близких и их внимание. Зависть к тем, кого посещают часто, сочувствие в случаях формальных или отстраненных отношений. Сложность чувств вины и прощения, когда необходимость простить включает в себя и процесс «самого быть прощенным». Человека держат связи с близкими и их разрешение может заметно облегчить уход. Динамика чувств с близкими людьми, с которыми предстоит расставание, носит волнообразный характер. По-

началу родственники испытывают прилив любви и заботы о близком. Зачастую возникает попытка огородить родственника от «знания смерти». Этот прессинг любви заставляет пациентов, испытывающих те же чувства, подчиняться. Затем наступает недовольство, усталость и бунт. Негатив болезни присоединяется к негативу отношения к родным. Близость конца примиряет, возникают партнерские отношения, где страдают и пациенты, и их родственники, они становятся во главу угла. Взаимосочувствие и понимание возрождают любовь и ценности семьи. Родственник перестает руководствоваться лишь своими чувствами и отдает приоритет пациенту. Последний же ощущает свою ответственность за остающегося жить и старается передать ему самое важное, что он вынес из жизни. Достоинство уйти, «не раздавив своей смертью жизнь семьи», одна из благороднейших задач пациента, диктуется уже не умом, а самой мудростью, которая открывается в минуты его прощания с близкими.

В рамках этой темы следует отметить, что понятие **завещания**, выходит за рамки простых распоряжений о наследстве. Само поведение умирающего может являть собой своеобразие завещания, так как является 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 разделял последние минуты уходящего. В этом нет никакой мистики, как и в том, что дети часто повторяют сюжет 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 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. В скорости 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 лю-

била тебя и гордилась тобой, 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 завещания умирающих часто составляются с позиций 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 идет рядом с теми же установками, которые заставляют нас в минуты боли звать «маму». Сама земля обретает особый смысл, родной, если в ней погребены предки. Неспроста эмигранты готовы платить огромные деньги, чтобы их похоронили на Родине.

Как видно, человек в своем завещании обустроивает свою посмертную ситуацию и это облегчает и скрашивает его последние минуты.

III. Проблема умирания

Ориентация только на жизнь оставляет в стороне или в небрежении вопросы смерти. Как часто люди полагают, что важно прожить подольше, сохраняя здоровье, а умереть поскорее, незаметнее, избежав страдания. И в конечном счете это рассуждение сводится к тому, что если хорошо прожил, то неважно, как и где ты умрешь. Культ счастья, пропагандируемый в нашей жизни, отстраняет положительный смысл страданий. А он есть и не зря народная мудрость ценит то счастье, что выстрадано, а не просто «свалилось с неба». Только у постели умирающего можно понять, как важно лежать не на земле, а на белой простыне, как важен комфорт для изболелшего тела, как не безразлично быть окруженным близкими, любящими людьми. «Конец – делу венец», – гласит старая пословица. И действительно, последние мгновения жизни по своему содержанию, по своей ценности, по переживаемому итогу едва ли не самые важные за все существование человека на земле. Процесс ухода очень сложен и нередко реальной смерти предшествует психологическая. Она складывается из того понятия, которое называется «разрешением на смерть».

Помимо предчувствий, идущих из подсознания и анализа своих сил, больной оценивает реакцию окружающих. Рядом со сновидениями, когда больные видят умерших родственников, ангелов или знамения, появляются уставшие, озабоченные лица родных, серьезные взгляды медперсонала. Больные прочитывают без слов информацию о близящемся конце. Для него необходи-

мо особое разрешение, согласие родных, персонала, ухаживающего за ним, часто необходимо участие священника. Наконец, больной должен разрешить самому себе умереть. И только тогда, когда актуальным становится понятие чистой совести, вот когда прощение становится синонимом прощения. Неоплаченные долги, неотпущенные грехи, непощенные обиды мешают спокойному уходу. Прошлое возвращается и, становясь настоящим, не разрешает случиться 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, 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 жизнь мы проводим со страхом. Страх родителей, неодобрения общества, потери работы, социальное положение, страх не быть любимым и т. д. В конечном счете все это проявление 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.

5. Мы хотели бы отметить еще, что понятие «дома» как фактора, стабилизирующего психику, включает в себя понятие близости, контакта между людьми, живущими «под одной крышей». Можно трактовать стремление «умереть дома» с психоаналитических позиций. Человек зарождается в матке и, завершив жизненный круг, возвращается обратно. Дом как символическая матка обеспечивает безопасность и поддержку при деструктивных процессах.

В этом аспекте у многих пациентов нередко возникает проблема одиночества, которую должен решать хоспис, будучи эквивалентом дома.

Само чувство одиночества, оторванности от семьи, общества, жизни порождается еще на первых стадиях заболевания. Мы уже упоминали о стрессующем психогенном факторе, каким является диагноз рака. Пациент ощущает себя обреченным, подчас заклеянным страшным заблуждением, которое делает его изгоем в привычной среде дома или работы. В свою очередь, одиночество способствует депрессивным переживаниям и взаимодействие с подобными же больными в хосписе не всегда снимает тяжесть с души, хотя судьба отметила не только их одних. В рамках депрессивных чувств пациенты часто видят в заболевании своеобразное наказание за неправильную жизнь, а порой винят судьбу в несправедливости и жестокости.

Альтернативой одиночеству может быть только тесный эмпатический контакт с родными и персоналом.

Неизвестность в завтрашнем дне, чувство утекающего времени, сомнения в смысле жизни заставляют пациента искать психологическую опору. Такие же переживания обуревают часто и семью.

И опять главным звеном хосписа является персонал, который создает комфортный психологический климат.

6. В основе психологического климата лежат физический, эмоциональный, интеллектуальный и духовный контакты.

Физический предполагает максимальную совместимость с пациентом от начального знакомства, которое сопровождается рукопожатием, до последующих соприкосновений. Они проявляются в так называемом языке 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, переклочить 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 и обмен транситуационной информации. Для этого не нужно специального образования. Ребенок спокойно засыпает на руках матери. Она думает, что вот теперь можно сходить в магазин. Тут же дитя ее 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. Прикосновение к умирающему особенно важно в онкологической клинике и хосписе. Незнание этиологии рака нередко направляет больных к самоизоляции, так как они чувствуют себя «заразными» или «смертниками». Жест прикосновения может купировать ложные комплексы самобрезгливости или ожидания подобного чувства у 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 должно быть понимание ситуации больного, сочувствие и доброжелательность.

Интеллектуальный контакт подразумевает одинаковое с собеседником прочтение 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 вот 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 редкий, включает в себя чувство понимания и любви. Литературным образом его могут быть персонажи Толстого и Достоевского в минуты полного принятия и прозрения друг друга.

Говоря о важности человеческой среды, нельзя не упомянуть и о природной. Где, как не на природе, успокаивается душа. Что еще, кроме леса, озер, рек, полей или неба, способно утешить наши волнения и тревоги. Чьи чувства так же искренни и без остатка готовы принадлежать нам, как те, что дарят нам наши домашние животные.

Учет к использованию всех этих факторов в хосписе помогает в создании психологической атмосферы «дома».

7. Важность вышеперечисленных моментов подтверждается существованием нередких суицидов среди онкологических пациентов. Казалось бы, парадоксально, будучи на тонущем корабле, искать смерти, но если мы всмотримся вглубь проблемы, то, возможно, согласимся с фактами. Возможность суицида для человека, находящегося в состоянии отчаяния, всегда довольно высока. Не потому ли так ожесточенно ведутся споры о том, говорить ли больному правду о диагнозе. Первая протестная реакция медика обычно опирается на довод – «а если он совершит суицид»... В самом деле, на диагностическом периоде онкологические больные, впервые сталкиваясь с диагнозом рака, в состоянии шока готовы к суициду. И если мы прибавим к этому числу пациентов, отказавшихся от операции и лечения, даже после открытия правды, то не есть ли это люди, чью позицию иначе чем суицидальной не назовешь. Только это пассивный суицид «ожидания» естественного конца после отказа от активной борьбы за жизнь.

На этапах лечения в онкологической клинике суицидальные тенденции снижаются, но в момент выписки, когда пациент возвращается домой инвалидом, с теми или иными дефектами, которые нарушают его социально-бытовую адаптацию, вновь отмечается подскок суицидов. И здесь мы отмечаем прямую зависимость, чем более калечащая операция, тем скорее возможность развития суицидных тенденций. Например, резекция прямой кишки с протягиванием и экстирпация с выведением кишки наружу дают статистику суицидов один к трем (1:3).

Проблемы адаптации порой упираются и в невежество, но от этого они не становятся менее острыми. У нас на памяти пример больной с раком молочной железы. Больная после удачной операции поспешила домой. Не имея собственной семьи, она посвятила себя служению семье брата и воспитывала его детей. У порога ее встретила жена брата: «Ты с ума сошла, если идешь в наш дом. Ты же раковая и тебе не жалко принести болезни к моим детям?» Больная ушла и бросилась под электричку. Не менее драматичны суициды больных в далеко зашедших стадиях болезни.

Отчаяние по поводу того, что болезнь все-таки их победила, страх уже не смерти, а страданий, нежелание своей беспомощности, отнимать силы родных и близких, порой заставляет больных просить медиков сделать им «смертельный укол». Когда они получают категорический отказ, то сами совершают самоубийство, чаще всего, накопив «нужную дозу лекарств». К нашему стыду, мы редко фиксируем эти суициды. Их можно обозначить как «анонимные». Ни районный врач, ни семья не заинтересованы в чиновничьих разбирательствах. Диагноз рака верифицирован и от вскрытия можно отказаться. В причинах смерти стоит основное заболевание. К числу подобных случаев мы могли бы отнести и больных, которые отказываются от еды. Подробный опрос часто выявляет, что пациенты желают уйти поскорей, не обременяя себя лишними страданиями, а семью заботами.

Заканчивая эту тему, подчеркнем тот факт, что наи-

более тягостным в этой ситуации является отсутствие гарантий обезболивания. Лимиты наркотиков для онкологических больных, существующие в общей поликлинической и больничной практике (хосписы – исключение из правил) отнюдь не приносят победу в борьбе с наркоманами, тем более, что процент медицинских утечек, источников составляет едва ли 1 % от общего рынка наркомафии. Зато эта ситуация порождает в населении абсолютное недоверие медикам и готовность к суицидам, так как, повторяем, боль страшнее смерти. Не так уж страшна смерть при нашей жизни, но к страданиям и боли никому не дано привыкнуть.

ПРОБЛЕМЫ РОДСТВЕННИКОВ

1. **Актуальность** поставленной проблемы семьи онкологического больного трудно переоценить, если учесть, что по статистике заболеваемость и смертность среди родственников в течение года – двух после потери близкого увеличивается на 40–60 %, а, по некоторым данным, почти вдвое. Механизм психосоматической зависимости нетрудно представить. Потеря оказывается столь значимой, что приводит нередко к депрессии. В депрессии, с одной стороны, снижается иммунитет, с другой, развиваются идеи виновности, самообвинения, которые могут содействовать суицидным тенденциям. Эти случаи чаще фиксируются среди пожилых людей, которые не могут оправиться от них и идут на суицид. С другой стороны, развиваются уже описанные пассивные суициды, когда сознание не находит больше ценностей, ради которых стоило бы жить. В этом случае болезнь приходит как подсознательно желаемый фактор. Ситуация родственников подчас не менее драматична, чем самих больных. Например, для матери видеть страдание и смерть своего ребенка много страшнее, чем самой пойти по этому пути. Реактивные состояния, развивающиеся после потери, зачастую полностью разрушают семью, если ей не оказана психологическая поддержка.

2. Понятие идентификации, отождествления человека со своей семьей и близкими приводит к тому, что родственник проходит все те же стадии психологического стресса, что и сам больной.

- Шоковая фаза у родственника развивается зачастую раньше, чем у самого пациента, так как знание о диагнозе он получает первым.

- Фаза торговли с судьбой, отрицания, вытеснения ситуации. Надежда найти другого врача, который выявит «ошибочность диагноза», поиски чудотворцев – все это крут, по которым прошла ни одна семья.

- Фаза агрессии, наиболее болезненная. Поиск причины несчастья, невозможность обвинить самого пациента и вылить на него нахлынувшие чувства, могут привести к тому, что агрессия родственника обернется аутоагрессией. И хотя риск суицида не столь велик, но он возможен. Однако самое главное, что эта реакция может возобновиться после смерти близкого. Тогда она становится хроническим негативным комплексом, который влияет и на мотивировку дальнейшей жизни, и на поведение. Как часто мы встречаем людей с идеями самонаказания, которая не всегда искупает их надуманный грех. И тогда они ищут экстремальных ситуаций, которые могли бы прервать их жизнь.

• Стадия депрессии, которую фиксируют при приближении конца, также имеет тенденцию повторяться уже после погребения близкого человека. Соединение депрессии и агрессии создает столь крепкий конгломерат, что лечить пациента приходится порой не один год. Душевные раны заживают намного труднее, чем физические.

• Стадия принятия судьбы и согласия часто бывает кратковременной и неглубокой. Вся боль близкого часто впитывается его семьей и разрешается нескоро. Воздвижение мраморных надгробий, заботы о могиле, поддержание святости памяти об ушедшем, продолжение его дела – вот те «каналы, по которым может протекать процесс компенсации. Часто одной из проблем, мучающих родных, является вопрос – отдавать больного в хоспис. Только общение с персоналом и наглядное представление об атмосфере хосписа позволяют понять простую истину – полноценная забота о пациенте не может быть осуществлена одним человеком. Лишь группа, команда, бригада способна создать режим круглосуточного дежурства у постели больного. Лишь распределение ролей с пониманием задачи каждого члена команды помогает принимать правильные решения в отношении ведения пациента.

3. В самой же команде наряду с распределением обязанностей по обслуживанию пациента происходит переориентировка семьи со смерти на продолжение жизни. Идея о единстве семьи, о ее развитии и значимости в продолжении рода смещают акценты. Чего хотел бы умирающий больше всего? Чтобы его семья продолжила его жизнь, чтобы он оставался любимым и поминаемым в сердцах родных, чтобы его близкие были счастливы, пережив его смерть. Эта установка позволяет персоналу регламентировать время и нагрузку, ложающуюся на семью. Команда сестер, врачей, волонтеров старается дать семье передохнуть, избавиться от наиболее негативных впечатлений. В моменты умирания, смерти взаимопонимание между хосписной командой и родными умирающего столь близки, ведь это время, когда «съедается вместе пуд соли», что они все объединяются в одну семью людей. В дальнейшем эти тесные связи, подкрепляемые совместными переживаниями, помогают создавать систему психологической поддержки. Горе, переживаемое вместе, легче, чем в одиночестве.

4. Мы уже говорили о своеобразии интерперсональных отношений в семье. Как явления гиперопеки лишают пациента «права голоса», тем более, когда арестована правда о его диагнозе. Охлажденные, отверженные или нейтральные отношения в семье нередко приходят на смену сверхзаботы, когда родственники допускают просчет в прогнозах. Ориентируя запас своих сил на примерное количество дней жизни больного, семья часто ошибается. Истощение резервов, немислимая усталость и апатия ложатся в основу вышеуказанных явлений отвержения, только затем приближается неминуемый конец, и отношения становятся партнерскими. Все эти тонкости учитываются хосписной командой.

В ней корректируются отношения в семье, причем самое главное, что вся группа людей, ухаживающих за пациентом, включает в себя в первую очередь его проблемы. Единство создается на близких пациента и род-

ных, родных и персонала, персонала и больного. Премственность этой связи создает и правильный ритм ухода и гармонию взаимоотношений и равенства прав всех сторон, начиная от больного и кончая семьей.

5. Участие в жизни семьи не ограничивается только присутствием на траурной ..., но продолжается и дальше.

Милосердный, благотворительный потенциал хосписной службы позволяет осуществлять психологическую поддержку семьи во время ее визитов в памятные дни. Малоимущие, пожилые люди пользуются услугами медиков хосписа. Община сестер милосердия при хосписе вместе с волонтерами берет на себя заботу о детях, чьи родители умерли в хосписе. Организация их досуга, занятий, материальная поддержка в виде даже питания в дни посещений также является реальной заботой хосписа о судьбе семьи.

Стоит ли объяснять, насколько легче пациенту хосписа оставлять семью, видя, что она окружена заботой и поддержкой неформальных людей, которые стали друзьями семьи.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ПЕРСОНАЛА ХОСПИСА

Уже из предшествующих описаний можно видеть сколь ответственно и трудоемка работа персонала в клинике, ориентированной на паллиативную медицину. Сложности обслуживания онкологических больных в терминальной стадии определяются целым рядом факторов, травмирующих психику самого персонала.

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

• На этапе поступления преобладают реактивные состояния, связанные с экстремальностью ситуации: ухудшение физического состояния, предчувствие конца, расставание с домом, фактически обусловленной болью или трудностью ухода, выбор хосписной койки и т. д.

• В период пребывания в хосписе следующими за первичной адаптацией выступают психические нарушения у больных с метастазами в головной мозг или явлениями выраженной общей интоксикации. Однако реактивные состояния и здесь не исчезают, а провоцируются очередными смертями соседей по палате. Следует отметить, что «спрятать» этот патогенный фактор от пациентов хосписа невозможно. Именно по этой причине число больничных коек в стационаре не должно превышать тридцати. Больше число коек однозначно означает большее число смертей и соответственно нарушается атмосфера хосписа.

• На терминальном этапе, помимо психических изменений, связанных с последствиями локализации опухоли в мозге, персонал сталкивается с агональными состояниями, которые зачастую протекают с выраженными нарушениями сознания.

2. 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*. Принять агрессивную реакцию, не дать на нее негативного ответа очень трудно. Однако именно это позволение «выплеснуться» помогает родственникам вернуть-

ся к равновесию.

3. 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 переключением больного на каталку или кресло, все это не нуждается в объяснениях.

4. Поступление в хоспис больных в запущенных состояниях с разлагающимися опухолями, наличием свищей, недержанием функций тазовых органов и так далее составляет большой процент пациентов, требующих специфического ухода. Не нужно доказывать, как влияет их «анэстетичность» на чувства окружающих, вызывая естественную брезгливость.

5. Наконец, самым травматичным является для персонала постоянная, не просто встреча со смертью, но психологическое участие в ней.

6. 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, поддержку, чтобы преодолеть страх.

7. 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.

8. 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 их исцелении есть и их заслуга, то персонал хосписа «выложившись до конца», отдав все силы, уже никогда не встретит своего подопечного, не прочтет благодарности в его взгляде. И как бы ни была благородна задача помощи умирающим, но редко смерть способна приносить чувство удовлетворенности своей работой персоналу клиники.

9. 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 вкладов.

10. Нельзя обойти молчанием и следствие тех стрессующих факторов, которые воздействуют на персонал. Скорее, чем в других клиниках, здесь наблюдается синдром «выгорания» – явления повышенной невротизации, развитие психосоматических болезней, таких как гипертоническая и язвенная болезни, заболевания сердца, внутренних органов.

В плане изменений психики можно фиксировать повышенную утомляемость, неврастеническую симпто-

матику с раздражительностью, колебаниями настроения, канцерофобические навязчивости и т. д. Прослеживается отчетливая связь этих симптомов с психогенными факторами.

11. Возможности купирования неблагоприятных воздействий ограничены слабой социальной защищенностью персонала, недостатками элементарной материальной обеспеченности.

Все вышеперечисленное требует особого типа людей, которые способны работать в хосписе. Тема смерти, причем не абстрактной, а максимально индивидуализированной, вероятно, позволяет отойти от научной терминологии.

• Таким образом, не декларативно, но конкретно мы можем говорить о таких необходимых качествах, как сострадание, доброта, готовность к самопожертвованию, милосердию. Каждое слово из перечисленных несет свое особое содержание и в то же время связано с другими. Также происходит и подбор «хосписных людей». Уже наличие одного из качеств свидетельствует о присутствии других. Найдя хотя бы одного истинно доброго, в христианском и общечеловеческом понимании, человека, можно по его связям отыскать подобных.

• Впрочем, существуют и специальные тесты, по которым можно создавать суждение. Так, кандидатов просят вспомнить самую первую смерть в их жизни, которую они реально пережили. Не имеет значения будет ли это смерть близкого человека или животного, или любого живого существа. 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».

• Способность не держать в сознании мысли и страха смерти крайне важна в работе персонала с больными. Мы уже говорили, как велика способность больного к принятию невербальной информации, которую можно обозначить, как своеобразное чтение мыслей. Страх индуцирует страх. Личностное восприятие смерти у медика передается больному и немедленно создает в его сознании подобный мыслеобраз. Подтверждением служит поведение ребенка. Он фактически не боится смерти, если его не индуцируют своими страхами и горем родители или окружающие люди. Помня, что каждый медик является лекарством для больного, необходимо понять и проверить себя не являешься ли ты ядом, сокращающим жизнь пациента.

• Заканчивая описание качеств персонала следует отметить, что есть еще одна 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.

• Существует понятие совместимости или несовместимости. Естественно, люди не могут быть одинаковы и нет упрека никому из двоих, чьи интересы абсолютно различны.