Страх смерти. Психологическая помощь умирающим

Введение

психоаналитический страх умирающий

Причина и корни страха смерти биологически и культурально детерминированы. С точки зрения сохранения человеческого рода, страх смерти способствует уменьшению случаев неоправданного риска и преждевременной смерти. По мнению J. Hinton (1872) - это часть человеческой конституции, необходимая для существования индивида. С одной стороны, страх смерти - генетически детерминированный инстинкт, а с другой - плод религиозного и культурального мировоззрения.

Показательно формирование страха смерти у греческого философа Эпикура, описание которой мы находим у А. Меня(1992).

Сын бедного афинского переселенца, Эпикур провел детство на острове Самос, родине Пифагора. Его мать была заклинательницей злых духов. С детства Эпикур сопровождал мать, когда она ходила по домам, воюя с демонами. Все детство его сопровождал ужас от постоянной близости чего-то зловещего и страх смерти. Впоследствии, став известным философом, Эпикур писал: “Если бы нас нисколько не беспокоили подозрения о смерти, о том, что она имеет к нам какое-то отношение, а также непонимание границ страданий и страстей, то мы не имели бы надобности в изучении природы” (Письма и фрагменты. 4,11).

Эпикур прожил долгую жизнь(341-271 г. до н.э.), наполненную болезнями и страхами. Он писал о том, что для обретения спокойствия человек не должен думать о смерти. “Самое страшное из зол, смерть, не имеет к нам никакого отношения, так как пока мы существуем, смерть еще отсутствует; когда же она приходит, мы уже не существуем”.

Для того чтобы исцелить мир от страхов, Эпикур предложил “четверичное лекарство” - тетрафармакон:

• Не надо бояться богов

• Не надо бояться смерти

• Можно переносить страдания

• Можно достичь счастья.

1. Страх смерти в психоаналитической теории, экзистенциальном направлении философии

Психологические аспекты истоков формирования как патологического, так и непатологического страха смерти изучались многими психиатрами, психологами и психотерапевтами. Наиболее интересны и имеют большое значение для терапии страха смерти и умирания следующие концепции.

З. Фрейд (в научных трудах до 1920 г.) интерпретировал страх смерти как производное от тревожности, связанной с разлукой или страхом кастрации, которые связаны с предэдиповыми и эдиповыми стадиями развития либидо.

С 1920 г. он радикально изменил свои взгляды и изложил их в книге “Очерки психоанализа” (1938). Помимо инстинкта любви (Эроса), Фрейд ввел понятие инстинкта смерти (Танатоса). По его мнению, борьба между этими силами и лежит в основе психической деятельности человека. Этой точки зрения Фрейд придерживался до конца жизни. Проблемы танатологии были чрезвычайно актуальны для ученого. Из воспоминаний современников, коллег и биографов известно, что он сам страдал танатофобией. Современный индийский философ Бхагаван Шри Раджнеш в своих “Размышлениях об изречениях Иисуса” пишет: “…когда кто-нибудь как-нибудь упоминал о смерти, Фрейд начинал дрожать. Дважды он даже терял сознание и падал со стула только потому, что кто-то говорил о мумиях в Египте. В другой раз Юнг тоже говорил о смерти и трупах, и вдруг Фрейд задрожал, упал и потерял сознание. Если смерть так страшна для Фрейда, что тогда говорить о его учениках? И почему смерть вызывает такой страх?”. В своих произведениях он неоднократно возвращался к этой теме. Его размышления отражены в следующих трудах: “Тотем и табу”, “Мы и смерть”, “По ту сторону принципа наслаждения”, “Я и оно”, “Мысли на случай о войне и смерти”, “Очерк психоанализа” и других.

Последователь Фрейда, Отто Феникел, основываясь на данных психоаналитической литературы, отрицал наличие феномена “нормального страха смерти“ и утверждал, что этот страх скрывает другие подсознательные идеи: страх утраты любви или кастрации, страх перед собственным возбуждением (особенно перед сексуальным оргазмом), страх быть наказанным за пожелание смерти другому.

Карл Густав Юнг, один из лучших учеников З. Фрейда, всеми признанный “наследный принц психоанализа”, впоследствии стал одним из знаменитых отступников психоаналитической теории. В психологическом эссе “О психологии бессознательного” он выразил несогласие с концепцией Фрейда о существовании основных инстинктов - Эроса и Танатоса. Обладая энциклопедическими знаниями мистических традиций, он придавал большое значение духовным аспектам человеческого существования. Совместно со своими учениками Юнг тщательно исследовал психологический смысл и символическое выражение смерти в различных культурах. Он пришел к выводу, что в подсознании мощно представлены мотивы, связанные со смертью, а инстинкт смерти (как и другие инстинкты) имеют не биологическую, а символическую природу.

В разработанной Юнгом психологии индивидуальности в качестве доминирующей силы первой половины жизни рассматривается сексуальность, а второй - проблема приближения смерти. Юнг считал естественным размышления о смерти во второй половине жизни, проявления же повышенной озабоченности этой темой в молодости расценивал как психопатологический феномен.

Проблема страха смерти является центральной в экзистенциальном направлении философии, являющимся базисом экзистенциально-гуманистической психотерапии, которая берет свое начало в философии Серена Киркегора, Мартина Хайдеггера и феноменологии Эдмунда Гуссерля. Наиболее полно мировоззренческая позиция экзистенционалистов отражена в работе М. Хайдеггера “Бытие и время” (1927). Согласно его концепции, в каждой минуте человеческой жизни неуловимо присутствует осознание собственной бренности и конечности бытия. Хайдеггер пишет: “Жизнь - это бытие, обращенное к смерти”. Осознание смертности трактуется им как основа подлинного существования, открывающего смысл бытия и освобождающего от иллюзий, сопровождающих человека.

С. Киркегор, изучая проблему страхов человека, выделил два принципиально различных вида:

• Страх-боязнь - вызывается конкретным обстоятельством, предметом, человеком

• Страх-тоска - неопределенный, диффузный метафизический страх, предметом которого является “ничто”. Он порожден осознанием человеком своей конечности и беззащитности перед фактом смерти.

По мнению М. Хайдеггера, через страх для человека раскрывается последняя из возможностей его экзистенции - смерть.

В экзистенциальном анализе Виктора Франкла, логотерапии, центральное место занимает не проблема конечности бытия, а проблема смысла жизни. На разработку его теории решающее влияние оказал его личный, трагический опыт пребывания в концентрационном лагере. Основной тезис концепции постулирует, что человек стремится обрести смысл и ощущает экзистенциальный вакуум, если это стремление остается нереализованным. Для каждого человека смысл уникален и неповторим и базируется на жизненных ценностях.

В. Франкл выделяет три группы ценностей:

• Ценность творчества, основным путем реализации которого является труд.

• Ценность переживания, наиболее значимой из которой является любовь.

• Ценности отношения, которые Франкл подразделяет на триаду: осмысленное отношение к боли, вине и смерти. Выделение этих ценностей очень значимо при работе с умирающими больными и суицидентами.

Помимо различных мировоззренческих подходов к проблеме смерти, для психиатров очень важным является клинический феномен, известный как танатофобия - навязчивый страх смерти, возрастная динамика формирования которого изложена в теории Э. Эриксона о психосоциальных стадиях развития.

. Отношение к смерти в зависимости от стадии психосоциального развития по Э. Эриксону

На первой стадии психосоциального развития (рождение - 1 год) уже возможен первый важный психологический кризис, обусловленный недостаточным материнским уходом и отвержением ребенка. Материнская депривация лежит в основе “базального недоверия”, которое в дальнейшем потенцирует развитие страха, подозрительности, аффективных расстройств.

На второй стадии психосоциального развития (1 -3 года) психологический кризис сопровождается появлением чувства стыда и сомнения, что в дальнейшем потенцирует формирование неуверенности в себе, тревожной мнительности, страхов, обсессивно-компульсивного симптомокомплекса.

На третьей стадии психосоциального развития (3 -6 лет) психологический кризис сопровождается формированием чувства вины, покинутости и никчемности, что впоследствии может стать причиной зависимого поведения, импотенции или фригидности, расстройств личности.оздатель концепции родовой травмы О. Rank (1952) говорил о том, что тревога сопровождает человека с момента его рождения и обусловлена страхом смерти, связанным с переживанием отрыва плода от матери во время рождения. R. J.Kastenbaum (1981) отмечал, что даже очень маленькие дети испытывают душевный дискомфорт, связанный со смертью и часто родители даже не подозревают об этом. Иного мнения придерживался R. Furman (1964), который настаивал на том, что только в возрасте 2-3 лет может возникнуть понятие о смерти, так как в этот период появляются элементы символического мышления и примитивный уровень оценок реальности..H. Nagy (1948), изучив сочинения и рисунки почти 4 тысяч детей Будапешта, а также проведя индивидуальные психотерапевтические и диагностические беседы с каждым из них, выявила, что дети до 5 лет рассматривают смерть не как финал, а как сон или отъезд. Жизнь и смерть для этих детей не исключали друг друга. В последующих исследованиях она выявила особенность, поразившую ее: дети говорили о смерти как о разделении, о некоем рубеже. Исследования М.С. McIntire (1972), проведенные четверть века спустя, подтвердили выявленную особенность: только 20% 5-6 летних детей думают, что их умершие животные оживут и только 30% детей этого возраста предполагают наличие сознания у умерших животных. Аналогичные результаты были получены и другими исследователями (J.E. Alexander, 1965; T.B. Hagglund, 1967; J. Hinton,1967; S. Wolff, 1973). .M. Miller (1971) отмечает, что для ребенка дошкольного возраста понятие “смерть” отождествляется с потерей матери и это часто является причиной их неосознанных страхов и тревоги. Страх смерти родителей у психически здоровых дошкольников наблюдался у 53% мальчиков и у 61% девочек. Страх своей смерти отмечался у 47% мальчиков и 70% девочек (А.И. Захаров, 1988).

Как правило, воспоминания о тяжелом заболевании, грозящем смертельным исходом в этом возрасте, остаются у ребенка на всю жизнь и играют значительную роль в его дальнейшей судьбе. Так, один из “великих отступников” венской психоаналитической школы, психиатр, психолог и психотерапевт Альфред Адлер (1870 - 1937), создатель индивидуальной психологии писал о том, что в возрасте 5 лет он чуть не умер и в дальнейшем его решение стать врачом, т.е. человеком, борющимся со смертью, было обусловлено именно этими воспоминаниями. Кроме того, пережитое событие нашло свое отражение и в его научном мировоззрении. В невозможности контролировать время наступления смерти или предотвратить ее он видел глубинную основу комплекса неполноценности.

Дети школьного возраста, или 4 стадии по Э. Эриксону (6-12 лет) приобретают в школе знания и навыки межличностного общения, определяющие их личную значимость и достоинство. Кризис этого возрастного периода сопровождается появлением чувства неполноценности или некомпетентности, чаще всего коррелирующей с успеваемостью ребенка. В дальнейшем эти дети могут утратить уверенность в себе, способность эффективно трудиться и поддерживать человеческие контакты.

Психологические исследования показали, что дети этого возраста интересуются проблемой смерти и уже достаточно подготовлены к разговору о ней. В словарный текст было включено слово “мертвый”, и это слово было адекватно воспринято подавляющим большинством детей. Лишь 2 из 91 ребенка умышленно обошли его. Однако, если дети 5,5-7,5 лет считали смерть маловероятной лично для себя, то в возрасте 7,5-8,5 лет они признают ее возможность и для себя лично, хотя возраст предполагаемого ее наступления варьировал в пределах от “через несколько лет до 300 лет”..P. Koocher (1971) исследовал представления неверующих детей 6-15 лет, касающиеся их предполагаемого состоянии после смерти. Разброс ответов на вопрос, “что случится, когда ты умрешь?”, распределился следующим образом: 52% ответили, что их “закопают”, 21% , что они “попадут на небо”, “буду жить и после смерти”, “подвергнусь Божьей каре”, 19% “организуют похороны”, 7% посчитали, что они “заснут”, 4% -“перевоплотятся”, 3% -“кремируют”. Вера в личное или всеобщее бессмертие души после смерти была выявлена у 65% верующих детей 8 - 12 лет (M.C. McIntire, 1972).

У детей младшего школьного возраста резко возрастает распространенность страха смерти родителей (у 98% мальчиков и 97% психически здоровых девочек 9 лет), который наблюдается уже практически у всех 15 летних мальчиков и 12 летних девочек. Что касается страха своей собственной смерти, то в школьном возрасте он встречается довольно часто (до50%), хотя реже у девочек (Д.Н. Исаев, 1992).

Подростковый период (12-18 лет), или пятая стадия психосоциального развития, традиционно считается наиболее уязвимым для стрессовых ситуаций и для возникновения кризисных состояний. Э. Эриксон выделяет этот возрастной период как очень важный в психосоциальном развитии и считает патогномоничным для него развитие кризиса идентичности, или ролевое смещение, которое проявляется в трех основных сферах поведения:

• проблема выбора карьеры;

• выбор референтной группы и членство в ней (реакция группирования со сверстниками по А.Е. Личко);

• употребление алкоголя и наркотиков, которое может временно ослабить эмоциональные стрессы и позволяет испытать чувство временного преодоления недостаточной идентичности (E.N. Erikson,1963).

Представление о смерти у подростков, как об универсальном и неизбежном конце человеческой жизни приближается к таковому у взрослых. Ж. Пиаже писал, что именно с момента постижения идеи смерти ребенок становится агностиком, то есть у него появляется присущий взрослому способ мировосприятия. Хотя, признавая интеллектуально “смерть для других”, они фактически на эмоциональном уровне отрицают ее для себя. У подростков преобладает романтическое отношение к смерти. Часто они трактуют ее как иной способ существования.

Среди 13-16летних 20% верили в сохранение сознания после смерти, 60% - в существование души и только 20% - в смерть как прекращение физической и духовной жизни.

А. Maurer (1966) провел анкетирование700 старшеклассников и на вопрос “Что тебе приходит на ум, когда ты думаешь о смерти?” выявил следующие ответы: осознание, отвергание, любопытство, презрение и отчаяние. Как уже отмечалось ранее, страх собственной смерти и смерти родителей наблюдается у подавляющего большинства подростков.

В молодости (или ранней зрелости по Э. Эриксону - 20-25 лет)

По миновании подросткового возраста, мысли о смерти все реже посещают молодых людей, и они очень редко задумываются о ней. 90% студентов сказали, что они редко думают о собственной кончине, в личностном отношении она для них мало значима (J.Hinton,1972).

Неожиданными оказались мысли современной отечественной молодежи о смерти. По данным С.Б. Борисова (1995), исследовавшего студенток педагогического института Подмосковья, 70% респондентов в той или иной форме признают бытие души после физической смерти, из них 40 % верят в реинкарнацию, т.е. переселение души в другое тело. Однозначно отвергают бытие души после смерти всего 9% интервьюируемых.

Зрелый возраст

В эту пору жизни возрастает частота депрессий, суицидов, неврозов, зависимых форм поведения. Смерть сверстников побуждает к размышлениям о конечности собственной жизни. По данным различных психологических и социологических исследований, тема смерти актуальна для 30%-70% лиц этого возраста. Неверующие сорокалетние понимают смерть как конец жизни, ее финал, однако даже они считают себя “чуть-чуть бессмертнее других”. Для этого периода также характерно чувство разочарования в профессиональной карьере и семейной жизни.

Пожилые люди (стадия поздней зрелости по Э. Эриксону). Исследованиями геронтологов установлено, что физическое и психическое старение зависит от личностных особенностей человека и от того, как он прожил свою жизнь. Г. Руффин (1967) условно выделяет три вида старости: “счастливую”, “несчастливую” и “психопатологическую”. Ю.И. Полищук (1994) исследовал методом случайной выборки 75 человек в возрасте от 73 до 92 лет. По данным полученных исследований в этой группе преобладали лица, чье состояние квалифицировалось как “несчастливая старость” - 71%; 21% составили лица с так называемой “психопатологической старостью” и 8% переживали “счастливую старость”.

Страх смерти включает несколько компонентов: страх конечности жизни, страх мучений в конце жизни, страх бытовых проблем, связанных с кончиной (например, организация похорон).

Отношение профессиональных медиков к проблеме курации умирающих больных резко изменилось в 60-е годы после выхода книги Германа Фейфеля “Значение смерти” (1957). В 1968 году в Нью-Йорке была создана организация “Фонд танатологии”, которую возглавил Остин Кучер. В эту организацию вошли помимо медиков писатели, философы, священники и другие специалисты, интересующиеся вопросами танатологии. В 1967 году в Англии доктор Сесилия Сандерс, работающая с онкологическими больными в приюте св. Христофора, основала первый хоспис современного типа. Главным направлением деятельности персонала этого хосписа было стремление сделать все, чтобы пациент полноценно, не испытывая боли, прожил остаток жизни, примирился со своей судьбой и не был одинок и не понят. Слово “хоспис” означает странноприимный дом. Эти дома существовали при монастырях уже несколько веков и служили пристанищем для заболевших пилигримов, шедших в Святую Землю на поклонение(Saunders,1990).

В 1981 году Всемирная медицинская ассоциация приняла Кодекс прав пациента, где было зафиксировано право пациента на “смерть с достоинством”. В 1988 году английский журналист Виктор Зорза, автор книги “Путь к смерти. Жить до конца”, ставшей своего рода манифестом хосписного движения, приехал в СССР и организовал благотворительное общество “Хоспис”. Первый хоспис был организован в Санкт-Петербурге. Анализируя данные 3-летнего опыта работы главный врач этого хосписа А.В. Гнездилов (1994) констатирует, что помимо методов паллиативной медицины, ориентированных в основном на купирование болевого синдрома, очень важна психологическая и духовная поддержка пациентов, так как более 60% из них имеют психические нарушения.

3. Психологическая помощь умирающим

Среди психотерапевтических методов работы с умирающими больными логотерапия В. Франкла является наиболее адекватным методом. Основной тезис учения В. Франкла сводится к следующему: жизнь человека не может лишиться смысла ни при каких обстоятельствах; смысл жизни всегда может быть создан оживлением трех экзистенциалов человеческого существования - духовности, свободы и ответственности, - даже при фатальном заболевании на пороге смерти. Преодоление экзистенциального вакуума и преображение трагической триады “страдание-вина-смерть” происходит через наполнение жизни смыслом.

Основные направления деятельности психиатра и медицинского психолога с умирающими больными должны быть сосредоточены на следующих проблемах:

. Купирование психопатологической симптоматики и расстройств поведения. Чаще всего у этих больных отмечается реактивная депрессия, неврозоподобные состояния, возможны интоксикационные психозы и состояния, сопровождающиеся нарушением сознания, органический психосиндром, а также поведенческие расстройства в виде аутоагрессивных и агрессивных тенденций. Купировать психотические состояния целесообразно психотропными препаратами. При необходимости можно давать больному анксиолитики и антидепрессанты.

. Психологическая поддержка и психотерапевтическая помощь

Чаще всего умирающие больные нуждаются в психотерапевтической помощи, направленной на уменьшение страха умирания и так называемой “смертельной тревоги”, которые часто возникают или обостряются в претерминальной стадии (чаще у неверующих). Смертельная тревога сопровождается выраженными вегетативными проявлениями и синдромами отчуждения, аннигиляции и пребывания в опасности.

Синдром отчуждения характеризуется чувством одиночества, изоляции от окружающего мира и дереализацией. Несмотря на то, что пациенты общаются с окружающими, они как бы находятся уже в другой реальности, им чужды обыденные разговоры и проблемы.

Синдром аннигиляции выражается в страхе перед наступлением “ничто”, когда Мир будет жить и развиваться, а умирающий исчезнет. Пациенты чувствуют себя обезличенными, не проявляют свою индивидуальность, у них снижается самооценка, они замыкаются в себе.

Синдром пребывания в опасности включает в себя переживание неустранимой опасности для жизни с радикалом агрессии, которая обусловлена осознанием собственной уязвимости и конечности, а также невозможностью что-либо изменить. Танатологи относят этот синдром к деструктивным, так как больные переносят ответственность за свои чувства на окружающих и часто проявляют раздражительность и злобность по отношению к персоналу и близким, в которых они видят врагов. По мнению психодинамически ориентированных психиатров умирающий человек находится на вершине деструктивности, практически теряя разницу между понятием “убивать” и “быть убитым”.

. Духовная поддержка пациента

Она должна осуществляться не только медицинским персоналом, но и при желании пациента представителями религиозных конфессий. Христианство учит, что смысл жизни заключается в том, чтобы к ее концу стать лучше, чем был. Последняя болезнь может дать человеку эту возможность. Врачи, занимающиеся тяжелобольными, отмечали, что фатальное заболевание часто меняет мировоззрение пациента, а иногда и его характер. Э. Кюблер-Росс совместно со своими сотрудниками издала сборник статей посвященных этой теме, который был назван “Смерть - последняя стадия роста”. В нем были опубликованы истории духовного преображения людей на пороге смерти. У человека, понявшего, что жизнь подходит к концу, остается две возможности - пассивно поджидать смерть или полностью использовать оставшееся время для личностного роста. Об этой возможности необходимо говорить с пациентом, используя как психотерапевтические приемы, так и примеры из литературы и жизни замечательных людей. Интересно, что сама Элизабет Кюблер-Росс, один из классиков танатологии пишет, что счастлива была бы умереть от рака, так как она хотела бы испытать духовный рост личности, который приносит с собой последняя болезнь.

. Психологическая поддержка родственников больного

Прежде всего, необходимо помнить, что родственники умирающего также нуждаются в информации, советах и поддержке. Часто они испытывают острую потребность разделить с кем-либо свои чувства и мысли. Врач должен помочь им понять причины недовольства, раздражительности, гневливости и других негативных реакций больного, которые часто причиняют страдания родным. Кроме того, необходимо помнить о том, что свыше 40% родственников после смерти близкого человека сами заболевают, поэтому превентивные психологические меры по предупреждению развития психических и поведенческих расстройств также крайне необходимы.

Р. Конечный, М. Боухал (1983) приводят описание тех психологических методов воздействия, которые целесообразно применять в клинике в отношении умирающих пациентов: «Мы стремимся облегчить положение больного путем симптоматического лечения, назначаем паллиативные и небольшие манипуляции, которые могут оказывать благоприятное действие как плацебо. Мы придерживаемся принципа хорошего ухода и стараемся уменьшить физический дискомфорт. Избегаем вмешательств, которые сами по себе более неприятны, чем само заболевание. Мы проявляем понимание опасений и страха больного, стремимся тактично отвлечь от них внимание больного и переключить его па более приятные или интересные впечатления и воспоминания из его прошлого. Обеспечим более частый контакт с родственниками, особенно с родителями больного ребенка. Родственников предупреждаем о том, чтобы напрасно не тревожили пациента. Соглашаемся с помощью родственников при уходе за больным. Делаем все для того, чтобы у больного не возникло ощущения, что он "списан со счета'". В заключение беседы и обхода надо подбодрить его словами "до свидания завтра"». Положение врача может облегчить то обстоятельство, отмечают авторы, что и при важных жизненных моментах действуют определенные общественные нормы, которые помогут преодолеть неприятные и сложные элементы контакта («молчание - это тоже ответ», «общественная ложь»). Для трудного разговора с больным желательно неавторитарное, «партнерское» поведение, связанное с «умением слушать». С этой проблемой хуже справляются те врачи, которые сами боятся смерти. Существует представление о том, что врачи боятся смерти больше, чем представители других профессий.

Следует отметить также, что при умирании больного необходимо учитывать то, какое впечатление это производит на других пациентов. В любом случае требование обеспечить возможность достойного человеческого умирания справедлива для всех без исключения больных. Особенно в подобных исключительных обстоятельствах важно не допускать проявлений профессиональной деформации со стороны медицинского персонала.

По мнению П.И. Сидорова, А.В. Парнякова (2000), «правдивость у постели больного есть всеобщая тенденция современности». Эта тенденция касается не только самих врачей, но и родственников больных, а также всех тех, кто занимается уходом. Одновременно, по мнению авторов, следует избегать и чрезмерной откровенности в этих ситуациях - врач не должен быть многословен. Отношения с больным при любых обстоятельствах должны строиться на взаимном доверии. При этом следует учитывать определенную специфическую динамику психологических реакций у терминальных больных, описанную Маргарет Кюблер-Росс, особенности конкретного случая, конкретной ситуации. В том случае, если у пациента наблюдается выраженная реакция отрицания и он не желает знать о смертельности своего заболевания, то и говорить на эту тему не следует. Не следует заставлять пациента думать о смерти, если он страстно хочет о ней забыть, если, разумеется, подобное «слепое» отношение к болезни не мешает проведению терапии.

Р. Кочюнас (1999) перечисляет несколько важных, с его точки зрения, принципов, которые следует учитывать при оказании психологической помощи умирающим людям:

1) Очень часто люди умирают в одиночестве. Известное философское изречение: «Человек всегда умирает в одиночестве» нередко понимают слишком буквально и оправдывают им защитное отгораживание от умирающего. Но страх смерти и боль становятся еще сильнее, если оставить человека одного. К умирающему нельзя относиться как к уже умершему. Его надо навещать и общаться с ним.

2) Следует внимательно выслушивать жалобы умирающего и заботливо удовлетворять его потребности.

) На благо умирающему должны быть направлены усилия всех окружающих его людей. В общении с ним следует избегать поверхностного оптимизма, который вызывает подозрительность и недоверие.

) Умирающие люди предпочитают больше говорить, чем выслушивать посетителей.

) Речь умирающих часто бывает символичной. Для лучшего ее понимания необходимо расшифровать смысл используемых символов. Обычно показательны жесты больного, рассказы и воспоминания, которыми он делится.

) Не следует трактовать умирающего человека только как объект забот и сочувствия. Нередко окружающие с самыми лучшими намерениями пытаются решить, что лучше для умирающего. Однако чрезмерное принятие на себя ответственности уменьшает диапазон самостоятельности пациента. Вместо этого следует выслушать его, позволить ему участвовать в принятии решений о лечении, посетителях и т. п.

) Самое большее, чем может воспользоваться умирающий человек, - это наша личность. Конечно, мы не представляем собой идеальное средство помощи, но все же наилучшим образом соответствующее данной ситуации. Пребывание с умирающим требует простой человеческой отзывчивости, которую мы обязаны проявить.

) Психологам и врачам следует признаться в своих сомнениях, чувстве вины, ущемленном нарциссизме и мыслях о собственной смерти.

Персоналу, работающему с умирающим и его близкими, тоже необходима психологическая помощь. С ними прежде всего следует говорить об осознанном смирении с чувствами вины и бессилия. Медикам важно преодолеть унижение профессионального достоинства. Такое чувство довольно часто встречается среди врачей, для которых смерть пациента в определенном смысле является профессиональной катастрофой.

Заключение

Важный вклад в понимание умирающего человека внесла психолог и врач Э. Кюблер-Росс своей книгой “Интервью с умирающими”. На основании своего многолетнего опыта общения с умирающими в одной из клиник Чикаго она описывает, как умирающие на различных этапах умирания примиряются с фактом своей скорой смерти. Э. Кюблер-Росс различает пять этапов умирания, которые у разных людей могут иметь различную длительность и интенсивность. “Если мы не покидаем умирающих в одиночестве, если мы прислушиваемся к их надеждам, больные быстро проходят все пять этапов... Иногда один из этапов может быть пропущен, иногда больной возвращается назад” (Кюблер-Росс 1971). На основании опыта Э. Кюблер-Росс В. Беккер дает впечатляющее описание долгого и трудного пути умирающего и его сопровождающих через различные этапы умирания.

.Нежелание больного и его близких признать близость смерти. Когда смертельно больной узнает о своем диагнозе или постепенно осознает правду о своем положении, он проходит через этап шока, который характеризуется нежеланием признавать реальность. Он реагирует на тяжелую реальность иллюзией здоровья и хорошего самочувствия: “Нет, нет, это не касается меня! Это происходит не со мной, со мной такого быть не может.” Такая реакция помогает больному притупить шок, вызванный известием о предстоящем конце, и постепенно привыкнуть к сложившемуся положению. На более поздней стадии отказ признать реальность заменяется “изоляцией” чувств. На этом этапе больной говорит о своем здоровье и болезни, о своей смерти и бессмертии так, как будто эмоционально это его совершенно не затрагивает.

Шок переживает не только умирающий, но и его близкие. Они осознают, что их слова мало значат, их ожидания нереальны и что они сами склонны закрывать глаза перед лицом смерти. Они также вовлекаются в нежелание больного признавать реальность, и это укрепляет их потребность в отрыве от действительности. Часто бывает так, что близкие больного все еще держатся за отрицание реальности, в то время как сам больной уже начинает готовиться к ней. Умирающие понимают эти потребности своих близких и часто делают вид, что не признают реальности, хотя на самом деле уже начинают сознательно смиряться с ней. Некоторые способны вынести встречу с умирающим лишь при том условии, что полностью отстраняются от него.

Эти наблюдения показывают, как важно, чтобы тот, кто хочет помочь умирающему, сам ясно понимал свое собственное отношение к умиранию и смерти.

.Эмоции, протест. За этапом отказа признавать реальность следует этап эмоций. Умирающего охватывает бурный поток чувств. Он приходит в состояние гнева и ярости: “Почему это должно было случиться со мной?” Гнев может обратиться на близкого человека, врача, медицинскую сестру, священника и даже на Бога. Он вспыхивает по самым незначительным поводам и часто никак не спровоцирован теми, против кого направлен. Часто умирающий даже не в состоянии выразить свой гнев, так как ему мешает привычка к внешнему и внутреннему контролю. Внешний контроль осуществляют лица, сопровождающие умирающего, поскольку они не допускают негативных эмоций, предпочитая иметь дело с дружелюбными и послушными пациентами. Многие имеют также сильный внутренний контроль, направленный против негативных эмоций, поскольку считают их недостойными христианина, и не решаются выразить свой гнев.

На этом этапе особенно тяжело приходится тем сопровождающим, кто слишком личностно воспринимает вспышки гнева умирающего. Если вы не в состоянии воспринять вопрос “Почему это должно было случиться со мной?” как выражение муки и страха больного, вам приходится искать на него другой, все объясняющий ответ, и вы не можете его найти. Место сочувственного восприятия больного заменяют тогда многочисленные слова, которые не достигают больного в его страданиях и мешают ему выразить свои чувства. Если же сопровождающий, напротив, проникается чувствами больного так глубоко, что едва сохраняет способность поддерживать дистанцию между ним и собой, то поток чувств больного становится еще сильнее, пока он не утонет в нем. На этом этапе умирающие нуждаются в сопровождающих, которые готовы выслушивать их и иногда также переносить их беспричинный гнев, так как знают, что такое отношение помогает умирающему в те минуты, когда подавить свой гнев он не может. Если сопровождающий понимает чувства больного и свои собственные, он может помочь больному избежать депрессии.

.Переговоры о продолжении жизни. После стадии отрицания реальности и последующего этапа взрыва эмоций следует этап переговоров. Подобно тому, как ребенок в ответ на отказ в выполнении его просьбы сначала бурно протестует, а затем пытается обойти этот отказ с помощью ловких маневров, так и умирающие торгуются об отсрочке - например, с Богом. В качестве платы они могут предложить отдать свою жизнь Богу, например, посвятить оставшиеся годы своей жизни службе в церкви. В любом случае такие попытки переговоров очень естественны для человека и вполне нормальны.

Подобно тому, как для умирающего этап переговоров может закончиться духовной и религиозной “распродажей”, так и многие сопровождающие тоже ощущают свое духовное банкротство. Ответы, даваемые ими на важнейшие вопросы, оказываются непригодными не только для умирающего, но и для них самих. Если они участвуют в торговле, затеянной умирающим, то они подвергаются опасности усилить иллюзии больного, в то же время лишив его понимающего слушателя. Вместе с тем борьба с надеждой умирающего на какой-либо выход из ситуации полезна ему лишь тогда, когда она помогает ему перейти к следующему этапу.

. Надежда; негативная и позитивная депрессия. Этап переговоров редко длится долго, поскольку развитие болезни и характер обращения с больным дают ему понять, в каком положении он находится. На это понимание он может реагировать реалистической надеждой или сомнением. Надежда в этом случае связана не с улучшением или развитием сложившегося положения, а с процессом умирания и жизнью после смерти. Речь идет о таких проблемах, как отказ от искусственного продления жизни любой ценой, надежда на освобождение от боли или возможность чувствовать в свой смертный час рядом с собой близкого человека. Если умирающий на этапе переговоров осознавал себя банкротом в области духа и веры, то единственной оставшейся ему реакцией является отчаяние, которое может проявиться, либо как горечь стоика, либо как депрессивное состояние. Встречается две формы депрессии. Первая форма депрессии является реакцией больного на переносимые им потери, а именно изменения, постигшие его в результате болезни, неспособность исправить совершенные им ранее ошибки, беспомощность, невозможность выполнять и далее свои обязанности, например, по отношению к семье. Другая форма депрессии связана с угрозой потери жизни и любимых людей. Она служит подготовке к окончательному приятию больным своей судьбы и является частью предсмертного труда умирающего. Эта, вторая, форма депрессии, в отличие от первой, обычно протекает очень спокойно, если больному есть о чем рассказать, что обсудить и привести в порядок.

Если сопровождающему удается быть с больным на этой стадии его духовного развития, то для него открываются различные возможности в борьбе против депрессии. При этом необходимо, чтобы сопровождающий контролировал свои собственные депрессивные проявления. На этом этапе умирающий открыто ищет человеческой близости сопровождающего, чтобы убедиться, что ни теперь, ни в будущем он не будет оставлен в одиночестве. Умирающий стоит теперь перед лицом важнейших вопросов о прошлом и будущем. Сопровождающий может помочь ему разрешить семейные проблемы и урегулировать экономические и финансовые вопросы. Он может задуматься над вопросом о смысле жизни и молиться вместе с умирающим.

. Приятие и прощание. На последнем этапе, этапе согласия со своей судьбой, умирающий предельно утомлен и слаб. Если он сумел выразить свои чувства и выполнить свой предсмертный труд, то у него возрастает потребность в покое и сне. Он достиг определенной степени покоя и хладнокровия, и круг его интересов сужается. Он может с одобрением сказать: “Да, вот и пришел мой последний час”. Интеллектуальное проникновение в смерть соединяется с эмоциональной готовностью принять смерть. Если же отчаяние принесло умирающему чувства разочарованности и беспомощности, то он приветствует свою смерть как конец отчаяния и одиночества.

Список использованной литературы

1. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании / Э. Кюблер-Росс. - М.: София, 2001. - 110 с.

2. Соловьева С.Л. Психология экстремальных состояний / С.Л. Соловьева. - СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2003. - 128 с.

3. Юрьева Л.Н. Кризисные состояния / Л.Н. Юрьева. - Днепропетровск: Арт-Пресс, 1998. - 155 с.