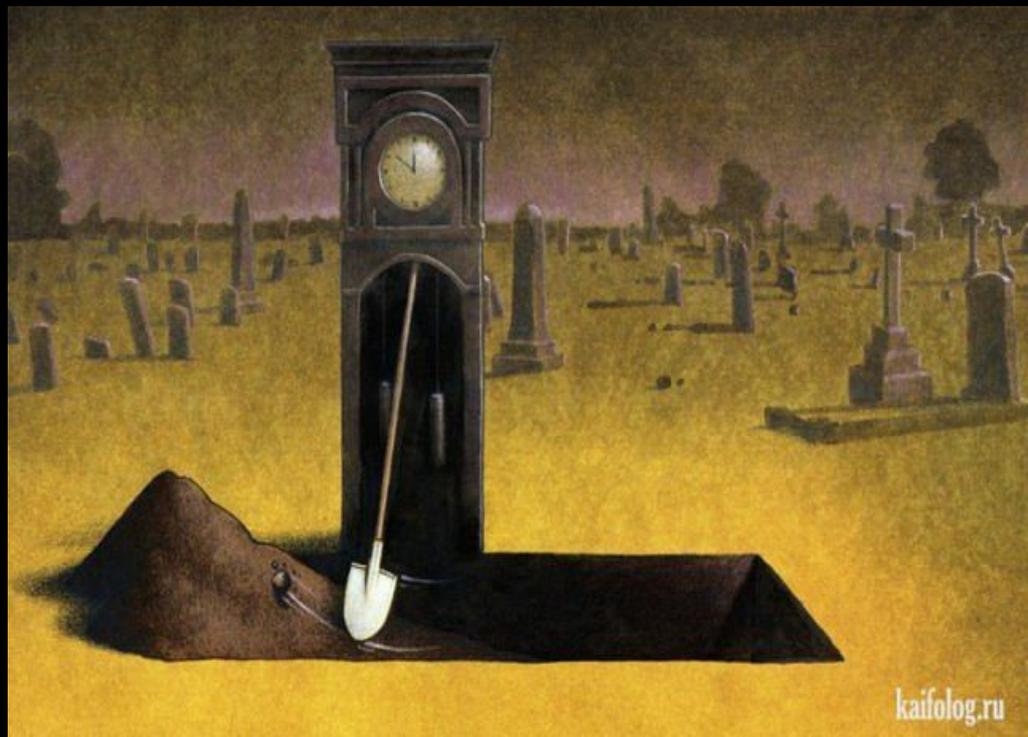


# **ОСОБЕННОСТИ БЕСЕДЫ С УМИРАЮЩИМ ЧЕЛОВЕКОМ**

Выполнила студентка группы 4 «Б» Иванищева  
Лилия

Отношение к смерти оказывает влияние на образ жизни. Стоики говорили, что смерть является важнейшим событием в жизни. Св. Августин мыслил сходным образом: "Только перед лицом смерти рождается самость человека". Итак, смерть является фактом жизни. Трудно принять мысль, что смерть может оказывать позитивное влияние на жизнь, потому что мы обычно смотрим на нее как на абсолютное зло. Однако, если хотя бы на мгновение отказаться от мысли о смерти, жизнь сразу утратит свою интенсивность.



Неизлечимая болезнь неотвратимо приближает реальность смерти. Она существенно изменяет человеческую жизнь, и на этом фоне, как ни парадоксально, нередко появляются признаки "роста личности" (Yalom, 1980). Что же происходит при приближении смерти? В какой-то мере ответ на вопрос мы получаем в беседах с больными раком:

- ❖ заново оцениваются приоритеты жизни — теряют значение всякие мелочи;
- ❖ возникает чувство освобождение — не делается то, чего не хочется делать, т.е. теряют силу долженствования ("обязан", "необходимо" и т.п.);
- ❖ усиливается сиюминутное ощущение жизни;
- ❖ обостряется значимость элементарных жизненных событий (смена времен года, дождь, листопад и т.п.);
- ❖ общение с любимыми людьми становится более глубоким;
- ❖ уменьшается страх быть отвергнутым, возрастает желание рисковать.

Все эти изменения свидетельствуют об увеличении чувствительности неизлечимо больного человека, что предъявляет конкретные требования к тем, кто находится рядом с ним, — к близким, врачам, психологам. У больного возникают очень важные для него вопросы, которые он задает окружающим. Один из таких вопросов — "Скоро ли я умру?". Не существует единственно правильного ответа на этот вопрос, хотя можно говорить о более или менее универсальных принципах. В настоящее время рекомендуется большая ответственность в разговоре с пациентом о смерти. Прежде всего неплохо посоветовать ему привести в порядок жизненные дела (последние желания, завещание и т.п.). Можно не говорить пациенту прямо, что, возможно, он вскоре умрет: "Каждый должен быть готов к самому худшему, особенно тяжелобольной". Некоторые люди не склонны думать о завершении своих земных дел, потому что им кажется, что решение подобных проблем открывает дверь смерти. С ними можно обсудить проблему страха перед смертью.

Вопрос об откровенности с неизлечимо больным представляется одним из самых трудных. Существуют самые разные мнения на этот счет. Одни думают, что пациенту надо сказать всю правду, другие подчеркивают необходимость бережного отношения к тяжело больному и ничего не говорят ему о приближающейся смерти, третьи считают, что следует вести себя так, как хочет пациент. Конечно, больной имеет право знать правду о своем реальном положении, и никому не позволено узурпировать его право, однако не стоит забывать, что "право знать" отнюдь не тождественно "обязанности знать". Право знания не равносильно выбору знания. Свобода пациента будет реальной только при ориентации на его желание обладать подлинным знанием. Тяжелобольной человек может и не желать знать что-либо конкретное о приближающейся смерти, и окружающие обязаны уважать его выбор. Очень часто знание того, что скоро наступит смерть, не облегчает состояния больного, и тогда даже лучше, если он меньше знает. Когда пациент категорически требует сказать, сколько ему осталось жить, представляя самые разные, нередко достаточно рациональные аргументы, окружающие должны стараться понять, почувствовать, что скрыто за этими словами. Часто безоглядная смелость является мнимой. Требуя высказать все до конца, пациент не очень представляет свою реакцию на жестокую правду. Иногда нетрудно заметить, что его требование носит скорее формальный характер и он вовсе не желает получить точный ответ, поскольку это лишает его надежды.

Последовательность реакций неизлечимо больных людей на приближающуюся смерть описывает модель Kubler-Ross:

1. Отрицание. При посещении разных врачей пациенты прежде всего надеются на отрицание диагноза. Действительное положение вещей скрывается как от семьи, так и от себя. Отрицание дает возможность увидеть несуществующий шанс, делает человека слепым к любым признакам смертельной опасности.

2. Злоба. Она чаще всего выражается вопросами: "Почему я?", "Почему это случилось со мной?", "Почему меня не услышал Бог?" и т.п.

3. Компромисс. На этой стадии стремятся как бы отложить приговор судьбы, изменяя свое поведение, образ жизни, отказываясь от разных удовольствий, и т.п.

4. Депрессия. Поняв неизбежность своего положения, постепенно теряют интерес к окружающему миру, испытывают грусть, горечь.

5. Адаптация. Смирение понимается как готовность спокойно встретить смерть.

Удельный вес отдельных стадий у разных людей значительно различается. Следует отметить, что через все эти стадии проходят и члены семьи, узнав о неизлечимой болезни близкого человека.

Важнейшей стадией преодоления страха смерти Bird (1973) считает отрицание. По его мнению, отрицание действует подобно морфию — не устраняя причины заболевания, оно уменьшает боль. "Отрицание облегчает душевные страдания за счет сокрытия реальности. Действие защитного механизма происходит бессознательно, его интенсивность и характер не у всех одинаковы. Иногда бестолковый доктор пытается бороться с психологической защитой пациентов, высмеивая абсурдность их фантазий (пациенты с неизлечимой болезнью порой усматривают признаки выздоровления, начинают строить далеко идущие планы и т.п.). На самом деле проявляется совершенно естественная и обоснованная реакция умирающего на страх смерти. "Развенчание" искаженной картины болезни уместно при других заболеваниях (например, отрицание болезни при инфаркте миокарда может стоить пациенту жизни).

С помощью отрицания создается иллюзия, что все обстоит хорошо. Однако отрицание ни в коем случае не означает, что пациент действительно не знает о приближении смерти. Скорее можно думать, что он выбирает незнание или, иначе говоря, предпочитает оставаться в неведении. На бессознательном уровне пациент чувствует, какова ситуация в действительности, но склонен игнорировать ее. Следует отметить, что использование отрицания бывает успешным, т.е. выполняет свои функции только тогда, когда никто из окружающих людей не использует этот механизм защиты. Обычно же близкие умирающего, а иногда даже врачи, склонны игнорировать истинное положение дел, потому что тоже испытывают страх перед смертью и не знают, как разговаривать с человеком, которому осталось недолго жить. Тем самым они мешают пациенту воспользоваться механизмом отрицания. Когда окружающие начинают говорить о том, что все будет хорошо и пациент выздоровеет, тревожность у пациентов увеличивается, и часто такие "игры" близких становятся для него признаком полной безнадежности его состояния.

Умиравший человек способен понять свое положение и нередко хочет поговорить о своей болезни и приближении смерти, но только с теми, кто выслушивает его без поверхностных попыток утешить. Поэтому консультанту или врачу следует уметь квалифицированно разобраться в желаниях умирающего и связанных со смертью фантазиях и страхах. Это позволяет не только выслушать пациента, но и помочь ему поделиться мыслями о смерти, собственном негодовании и о том, что он потеряет вместе с жизнью. Консультант, по сути, способен побудить неизлечимо больного человека изведать жизнь до последнего мгновения.

В заключение перечислим несколько важных принципов, которые следует учитывать консультанту в работе с умирающим человеком:

1. Очень часто люди умирают в одиночестве. Известное философское изречение: "Человек всегда умирает в одиночку" 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.
3. На благо умирающему должны быть направлены усилия всех окружающих его людей. В общении с ним следует избегать поверхностного оптимизма, который вызывает подозрительность и недоверие.
4. Умирающие люди предпочитают больше говорить, чем выслушивать посетителей.

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

6. 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.

7. 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.

8. 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 существенная помощь. С ними прежде всего следует говорить об осознанном смирении с чувствами вины и бессилия.

## КЮБЛЕР-РОСС, ЭЛИЗАБЕТ



Элизабет Кюблер-Росс (нем. Elisabeth Kübler-Ross; 8 июля 1926, Цюрих — 24 августа 2004, Скоттсдейл, Аризона, США) — американский психолог швейцарского происхождения, создательница концепции психологической помощи умирающим больным и исследовательница околосмертных переживаний. Её книга «О смерти и умирании» 1969 года стала бестселлером в США.

Первая подняла вопрос об ответственности врача не только за здоровье умирающего, но и за то, чтоб последние дни жизни больного были прожиты с достоинством, без страха и мучений.



**СПАСИБО ЗА  
ВНИМАНИЕ**