

Комитет здравоохранения г. Москвы
Реферат «Этика общения с умирающим больным». Москва, 2000.

Введение

Биоэтика - это новая широкая область междисциплинарных научных исследований. Этот термин возник около тридцати лет назад; во многом новыми для человечества являются и изучаемые биоэтикой проблемы.

Каждый из нас - кто реже, кто чаще - оказывается пациентом служб охраны здоровья, многие профессионально работают в этой сфере. Вступая в эти взаимоотношения, человек вверяет профессионалу-медику самое ценное, чем он располагает - свое здоровье, достоинство, саму жизнь. Пациент при этом вправе рассчитывать на определенный уровень квалификации и мастерства профессионала.

Но даже самый высокий профессионализм не принесет пациенту блага, если не будет опираться на столь же высокие моральные качества специалиста - его понимание долга и ответственности, чувство сострадания и гуманистические убеждения.

Мораль взаимодействия между медиком и пациентом и есть предмет биоэтики. Биоэтика исходит из того, что в основе отношений между медиком и пациентом лежат неотчуждаемые права человека и уважение достоинства каждого. Пациент, с которым сталкивается медик, может испытывать глубокие страдания, из-за которых он даже может потерять человеческий облик; он может быть алкоголиком или наркоманом, закоренелым преступником, умственно неполноценным; он может быть тяжело изувеченным, быть без сознания или находиться на пороге смерти; более того, медикам приходится иметь дело и с телом умершего, и с существом, которое только в перспективе обретет человеческую жизнь. Во всех этих, как и во многих других, не менее тяжелых, ситуациях, медику нельзя забывать того, что человек, в отличие от даже высокоразвитого животного, заслуживает особого отношения. Носителем человеческого достоинства является каждый, безотносительно к его социальному статусу, заслугам, финансовым или иным возможностям.

Что касается прав человека, то здесь прежде всего следует сказать о праве каждого быть признанным личностью наравне с моральным обязательством (долгом) каждого признавать другого в качестве личности. основополагающими принципами медицинской этики являются:

- принцип гуманности, уважения человеческого достоинства личности;
- принцип уважения моральной автономии личности;
- принцип благодеяния;
- принцип справедливости.

Минимум знаний в области биоэтики необходим любому человеку, поскольку и ему самому, и его родным и близким так или иначе приходится вступать в контакты с системой здравоохранения, включая прежде всего медицинское обслуживание. Это значит, что для студента - медика или психолога, который готовится лечить человека либо проводить с его участием научные исследования, специальная подготовка в области этико-правовых проблем медицинской науки и практики является необходимой. То же самое относится и к организаторам служб здравоохранения, и ко всему медицинскому персоналу вообще.

Что же такое психология обращения с больным?

Психология обращения с больными – это не только наполнение психологическим содержанием всех видов деятельности, связанных с работой по уходу за больными. Работа сестры не может быть сведена только к этому. В работе с больными имеет значение всё: и личность сестры, и её связь с окружающей средой, с товарищами по работе, с врачом, и личность самого больного и т. д. Психологические зависимости в отдельных областях медицины удешевят число задач и в процессе обычного ухода за больными. Психология обращения с больными не может быть сужена до сферы личной деятельности сестры, такой подход был бы ошибочным. Даже в справочниках по вопросам ухода за больными большое место отводится использованию психологии многосторонней деятельности сестры, тому, что целью ухода должно быть не только физическое здоровье больного, но и его психическая уравновешенность.

Психология обращения с больными – это не «разжиженная», упрощённая психология или психиатрия. Если мы будем стремиться удовлетворить практически все требования жизни и сочетать свои наблюдения и опыт со сведениями, почерпнутыми из специальной литературы, то и придём к тому, что составляет предмет и цель психологии обращения с больными: мы сумеем увидеть судьбу больного в окружающей его лечебной среде. Вначале больные борются со своим заболеванием в одиночку, позже они ожидают помощи от районного врача, от работников поликлиники или больницы. В процессе изменения ситуации на первый план выдвигаются жалобы больного, его заболевание и связь этого заболевания с личностью больного.

После установления диагноза заболевания врач и сестра лечат больного, ухаживают за ним. Формируется особая связь, особые отношения между больным и врачом, больным и сестрой, точнее, связь «врач-сестра-больной». Повседневная лечебная деятельность связана с психологическими, эмоциональными факторами. Одной из основ этой деятельности является умение понять больного, способствующее выработке метода обращения с больным, что включает и наше поведение, и наши возможные реакции, одним словом, – психологическую технику.

Необходимость такой постановки проблемы лечения ощущается уже на основе вышесказанного. Известно, как важны отношения людей к лекарствам (проблема плацебо и пр.). С древних времён известно, что психическое воздействие неизбежно даже при самых «физикальных», естественнонаучно обоснованных методах лечения.

Немецкий термин «Behandlungspsychologie» глубже и полнее отражает содержание понятия «психология обращения с больными», к этому же относится и выражение «психология лечения», и «ведение больного». В ходе болезни, на отдельных её стадиях способствуют разрешению проблем, трудностей, сопряжённых с развитием болезни, «ведут» больного по пути к выздоровлению.

Обобщая вышесказанное, психологию обращения с больными мы определили бы как прикладную дисциплину, которая занимается психологическими воздействиями проблем лечебной деятельности и деятельности по уходу за больными, проблем воздействия на больных в самых различных ситуациях, возникающих в ходе этой деятельности, а также проблем поведения медицинских работников. В центре внимания этой дисциплины стоит вопрос о взаимоотношениях больного со средой лечебного учреждения, отношения между врачом и больным, сестрой и больным, врачом - сестрой - больным.

Психология обращения с больными обращает внимание сестёр и врачей на необходимость развития их воззрений, на расширение их круга деятельности. К сожалению, для врачей XX века, века замечательных завоеваний и развития техники, характерна склонность к автоматизму, к механичности в работе, собиранию анализов. Даже в реанимационных отделениях никаким самым сложным оборудованием и аппаратурой невозможно заменить личной работы врача, его непосредственных контактов с больным. Не будь этого, и больной останется предоставленным самому себе, несмотря ни на что.

Сестры часто думают, что их работа по уходу за больными исчерпывается точным исполнением возложенных на них конкретных обязанностей. Сейчас уже общеизвестно, что этого недостаточно. Признание того, насколько важную роль играют в процессе выздоровления особенности личности больного, а так же соответствующие занятия с ним, возлагает на всех членов лечащего коллектива, в том числе и сестёр, определённые обязанности.

Работа сестер сейчас уже не может сводиться к выполнению механически манипуляций, следует освободить сестер, этих лучших помощниц врача, от обезличивающего рабства автоматизма, доставшегося нам в наследство от прошлого. Повышение уровня подготовки сестёр к исполнению технических задач ухода за больными уже началось, а если широко распахнуть ворота перед более углубленной психологической работой сестёр с больными, - то значительно повысится уровень их деятельности в целом.

Психология обращения с больными – общая дисциплина, распространяющаяся на деятельность как врачей, так и сестёр, суть которой составляют знания в области обращения с больными и центром которой является умение подойти к больному, найти ключ к его личности, путь к созданию контакта с ним.

Соответствующая подготовка, знания помогают изучить больного, но только их

недостаточно. Всем, кто связан с больными, нужно умение распознать и зарегистрировать определенные явления, а нередко и умение сообразить, о чем может идти речь. В этом помогает знание фактов и впечатлений, влияющих на больного. Глубина познания больного, конечно, индивидуально различна. Можно попытаться реконструировать события и проблемы, волнующие больного, на основе логических (психологических) взаимосвязей, психологического анализа.

Такое познание может носить и эмоциональный характер в случаях, когда наши впечатления о больном формируются, прежде всего, на основе эмоциональных факторов. В любом случае важно наблюдать за тем, какие струны затрагивает в нас данный больной, какой резонанс, отклик находит у нас его личность, поведения в различных ситуациях; соответствующей, обдуманной резонанс может во многом способствовать изучению больного, его пониманию, но и этого ещё недостаточно.

Для настоящего понимания необходимо слияние с его проблемами, способность почувствовать их как собственные, то есть то, что называют эмпатией. Определённый характер его высказываний, в ситуации, проблемы заведомо предоставляет возможность представить себя на месте больного, заглянуть в его душу, приблизиться к нему. Нужно попытаться воспринять рассказываемое им путём сопереживания. Основополагающее значение здесь имеют невербальные элементы сообщения: интонация, ударение, стиль речи, осанка, жесты и пр. Они помогают почувствовать, нащупать многое, чего не содержится в словах.

Основным средством почувствовать и понять больного является способность путём эмпатии воскресить в своей собственной личности чувства, напряжённость другого человека. Это можно выразить и иначе: нужно умение вжиться в то, что волнует другого. Всё это предоставляет возможность для более правильного подхода, более соответствующего поведения по отношению к больному, его проблемам. Всё это составляет основу психологической культуры лечащего персонала.

Обобщая: знание и практическое использование взаимосвязей психологических явлений, отклик на них, умение вжиться в эти психологические проявления составляют основы психологической культуры, которая способствует лучшему пониманию больного и тем самым лучшему подходу к его проблемам, лучшему обращению с ним.

Психология и этика общения с умирающим больным

Страх смерти сопровождает не каждого умирающего больного. Его отношение к смерти зависит от многих обстоятельств. У большинства инстинкт жизни не приемлет смерть и заставляет ожидать ее со страхом, явным или подавленным, когда больной желает сохранить человеческое достоинство даже перед лицом смерти.

Как правило, умирающий больной испытывает физические страдания. Гиппократ утверждал, что если человек, у которого больно тело, не страдает, значит, у него больна еще и психика. Обеспечение должного ухода умирающему - задача медицины, ни у кого не вызывающая сомнений. Профессор Милтон, сиднейский хирург, опубликовал свои наблюдения по уходу за умирающими в двух работах. Из них, а также из работ многих других авторов, следует, что умирающему должен быть обеспечен соматический уход (устранение болей и вегетативных расстройств), а также психологический покой (священник, друзья, родственники). Любая просьба умирающего должна быть уважена, даже если выполнение ее сократит оставшиеся ему часы, потому что спокойствие и достоинство перед лицом смерти важнее нескольких часов жизни.

Рассуждая об уходе за умирающим больным, необходимо коснуться роли медицинской сестры в обеспечении такого ухода. Современная медицина потеряла медсестру как личность. Это давно уже не пироговские сёстры милосердия, не найнтингеиловские ученицы и не монахини-диконтессы, чья психология и философия, были главным средством для умирающего человека, помогающим умереть в покое. Сегодня лицом, находящимся при умирающем больном, является в первую очередь медсестра, следовательно, и качество физического и психологического ухода за умирающим зависит от неё.

В этом отношении, помимо, разумеется, повышения профессиональных знаний и навыков, перед медсестрой, как и перед всей медициной, сегодня лежат два пути:

1) психологическая и физиологическая индивидуализация больного, превращение его в личность, которой необходимо чуткое понимание и сопереживание, и

2) деперсонализация больного в организм, который надо обслужить на высшем техническом уровне, снижающем до минимума риск осложнений или неудач.

Какой путь выбрала бы медсестра, трудно сказать, но едва ли ей позволят выбирать. Поэтому вероятнее всего, она пойдет по второму пути, каким сегодня идет вся медицина. И тем выше будет человеческая цена медсестрам, которые выберут первый путь по призванию, по разуму или по велению сердца.

В последнее время возникла новая отрасль медицинской науки - танатология, она занимается всем комплексом проблем, связанных со смертью. Практикой был выработан подход к человеческой смерти, поведение в связи со смертью людей. Врач делает все ради спасения жизни больного, и если уже невозможно каузальное лечение, то прибегает к симптоматическому лечению, видоизменяя его по ходу трагических событий, развертыванию которых он уже помешать не в силах. Врачу остается напряженно следить за угасанием жизнедеятельности организма, за постепенно ослабевающими жизненными процессами: пульсом, дыханием, сердечной деятельностью, кровяным давлением, более того, он постоянно контролирует и состояние сознания больного. По прекращении всех этих жизненных функций врач устанавливает факт наступления смерти.

Подход врача носит своеобразный характер: в соответствии с традициями медицинской науки, врачи до последнего мгновения жизни больного следят за происходящими в его организме патологическими процессами, за угасанием жизненных функций. Затем уже следует деятельность патологоанатомов, которые ищут следы патологических процессов уже в умершем организме, контролируют правильно ли была распознана врачом картина болезни, от которой скончался больной. Из истории медицины известно, какой нелегкой ценой достигла она этой ступени развития. Страхи, связанные со смертью и с умершими, с "мертвецами", различные суеверия и предрассудки в течение долгого времени препятствовали непосредственному изучению человеческого тела и его заболеваний путем вскрытия.

Человек - единственное из всех живых существ, знающее о неизбежности смерти. Однако согласно множеству психологических наблюдений и сам человек по-настоящему не может осознать этого. "По сути, никто не верит в собственную смерть. Или что - то же самое каждый из нас, не осознавая того, убежден, в своей бессмертии" - пишет З. Фрейд. Обычно, говоря о смерти, используются такие выражения, как "ушел", "удалился в иной мир", "покинул нас", само слово *exitus*, означающее смерть, происходит от слова "уходить, выходить".

Труднее всего воспринимается смерть детьми, которые не понимают происшедшего, часто говорят об умершем: "Дядя ушел". В этом отношении детей напоминают и взрослые: большинство их, сталкиваясь с трагическим фактом смерти, испытывают страх перед чем-то неизвестным, непостижимым. Страх смерти - чувство естественное. Однако здорового человека не занимает мысль о смерти, его внимание занято проблемами повседневной жизни.

Если же мысль о смерти становится навязчивой, постоянной, занимает все внимание человека, это свидетельствует о том, что мы имеем дело с патологическим явлением. Необоснованный страх смерти - одна из форм навязчивых страхов, он может быть проявлением невроза, психоза, разнообразных панических состояний. Страх смерти, подобно страху перед сумасшествием, может выражать оторванность от людей, от среды. Он может быть связан и со стремлением освободиться от напряжения, от непомерной нагрузки. Есть и такие психологические теории, сторонники которых исходной причиной всех необоснованных страхов, не имеющих реальной почвы, причиной мучительного беспокойства в конечном итоге считают страх смерти.

Проходят годы, люди стареют, теряют все больше и больше родных и близких. Мысль о близости смерти все чаще посещает стареющего человека. В старости люди чувствуют смерть более близкой. Одиночество, постепенное ослабление привычных связей с жизнью усугубляют это чувство.

Человечество создало множество мифов о смерти. Центральной проблемой большинства вероисповеданий является вопрос о жизни в потустороннем мире, о жизни после смерти. Люди, испытывающие страх перед смертью, искали успокоения в мысли о том, что со смертью жизнь

не прекращается, что возможно ее продолжение в иной форме и после смерти. Таким путем религия дает верующим успокоение, рассеивает их страх перед смертью. Верующие утверждают, что тот, кто в земной жизни верил в бога или был обращен в веру хотя бы на смертном одре, умирает легко, успокоенным. Однако, Симона де Бовуар в одной из своих новелл описывает смерть своей матери. Всю жизнь бывшая набожной, на смертном одре она отказывается принять от церкви облегчение души и не допускает к себе священника.

Этапы умирания

В результате новых психологических исследований были получены интересные наблюдения над большим числом умирающих: человек обычно умирает так, как жил. Все те силы, чувства, мысли, образы поведения, которые были характерны для его жизни, свойственны и его смерти. У людей со здоровой нервной системой обычно не происходит перед смертью изменений личности.

Ошибочно утверждение, что человек всегда и безусловно хочет жить. Измученный невыносимыми болями, изнуренный хроническим недугом больной, которому уже не помогают никакие болеутоляющие средства, часто ждет смерти как избавления, как выхода из тисков невыносимого страдания. Э. Кюблер-Росс считает, что процесс смерти - это характерный психический процесс, в ходе которого можно выделить пять этапов.

Вначале чаще всего отмечается реакция отрицания возможности близкой смерти: “этого не может быть”... По мере ухудшения состояния, усиления опасности, возможно, из-за усугубления жалоб больного охватывает беспокойство, он может начать искать нового врача, требовать повторения обследования и т.п. такое состояние может быть более или менее продолжительным. Отрицание может сочетаться с предчувствием истинного положения или даже с полным сознанием неизбежности конца. То больной не верит, то вдруг задается вопросом: “А может все-таки так?”. Реакция отрицания отдельных людей может отмечаться до последней минуты жизни, в связи с концом может отмечаться и эйфория.

Примером может служить смерть А. П. Чехова, который сам был врачом. Писатель, находясь в предсмертном состоянии (он болел туберкулёзом легких), был оптимистически возбужден: неправильно оценив происходящее с ним, он заявил, что с кашлем к нему возвращается здоровье.

Позднее начальную стадию сменяет гнев, напряженность, возмущение: “Именно мне это выпало на долю...”. Больной продолжает бороться со все более мучительными страданиями. Чего бы он ни дал ради того, чтобы только освободиться от мучений. Чего только он не обещает судьбе, только бы стало полегче.

На этапе, который условно получил название “сделки с жизнью”, больной нередко обращается и к богу с различными своими желаниями и просьбами. Следующий этап развития болезни может привести и к депрессии, могут проявиться сознание своей вины и самобичевание (Чем я этого заслужил?). На последнем этапе, этапе полного смирения, принятия безвыходности положения, измученный вконец, больной желает лишь отдохнуть, уснуть. Это уже прощание. Конец жизненному пути, человека сдается неотвратимой судьбе.

Бывает, что больной приняв однажды факт катастрофы, смирившись с судьбой, вдруг вновь отрицает. В одну минуту он знает, что его ждет, сознает это, а в следующую - вновь ведет себя так, словно ни о чем таком и не думал, не слышал, строит новые планы. Агония во многих случаях является порождением борьбы враждебных сил, такого амбивалентного поведения в отношении смерти.

Многие сильные, “нормальные” люди в момент смерти оказываются провозвестниками жизнеутверждения. Они упрямо сопротивляются смерти. Известны примеры, когда смерть наступала в момент проявления отчаянной ненависти к ней. Эти этапы отмечаются и в процессе смерти хронических заболеваний, не имеющих смертельного исхода. Поэтому Свенсон мог к этому добавить еще и шестой этап: возвращение человеческого достоинства, возвращение к жизни.

Сознание умирающего человека - особенно в случае хронических заболеваний - постепенно сужается, часто даже отключается от внешнего мира. Оно исчезает раньше, чем прекращается деятельность организма. Поэтому-то так нелегко получить более глубокое

представление о психологии смерти. Здорового человека мысль о смерти не занимает, для людей, поглощенных повседневными заботами, радостями и горестями, это естественно.

Большинство врачей и сестер, которые изо дня в день сталкиваются со смертью, часто подходят к этому явлению не просто профессионально, они всеми силами стремятся защитить себя от его воздействия, жестки, замкнуты. “Привыкли видеть смерть, закалились”, - говоря об этом в повседневной жизни. Но за этим скрывается отчужденность, страх и отсутствие основ того подхода, который необходим в связи с этой ситуацией.

Это подтверждается теми чрезвычайно интересными наблюдениями, которые были проведены над медсестрами одного из отделений интенсивной терапии, где лечили стариков. Выяснилось, что эти сестры не могли дать удовлетворительного ответа на вопросы больных. В большинстве случаев они отвлекали внимание больных или отрицали факты (“Сто лет жить будете”...), а в некоторых случаях прибегали к фаталистическим ответам вроде того, что “Все там будем”... “Всех нас ждет одно и то же”... Более образованные сестры чаще обсуждали с больными их проблемы, делая упор на мысли и реакции самих больных. Они уже умели до некоторой степени успокоить больных.

Описанные наблюдения могут быть использованы в повседневной лечебной деятельности. Глубокое понимание всех процессов, протекающих в человеческом организме, стремление понять самого человека во всех его проявлениях до последней искры жизни в нем ведет к истинно гуманному поведению. Такое всестороннее понимание человека, забота о нем - неотъемлемое требование деятельности врача, наряду с оказанием физической помощи больному и выявлением причин физиологических и патологических явлений. Физические и душевные страдания неотделимы друг от друга. Беспомощность, зависимость умирающего человека от окружающих, его изолированность объясняют, почему он нуждается в такой помощи. Свет, темнота, шум и пр. – все это может мешать больному, а потому учет воздействия этих раздражителей имеет важное значение в уходе за ним. К желаниям больного нужно относиться с глубоким вниманием, о непреложности этого требования свидетельствует и сложившийся у людей обычай исполнять последнее желание умирающего, каким бы оно ни было.

Забота родных, внимание друзей, посещение ими больного также необходимы. Врач, даже если он уже ничего не может сделать для больного, должен навещать его; поводом для таких посещений может быть хотя бы симптоматическое лечение. Прощаясь с больным словами “До завтра”, врач оказывает большое воздействие на психику больного. У многих больных в такие критические часы особенно проявляется потребность близости к родным, к людям вообще. При прощании с близкими, ярко проявляется желание хотя бы еще раз увидеть их.

Один из больных, страдавший рассеянным склерозом, даже в тяжелом состоянии испытывал полное наслаждение от концертов, организуемых для больных. Особенно любил он музыку, в том числе и игру своего палатного врача на губной гармошке. Перед смертью сестра позвала к его постели дежурного врача, однако умирающий, еле шевеля губами, подозвал сестру и прошептал: “Не этого, а того, кто играл”. Некоторые исследователи считают, что мелкие знаки внимания, небольшие подарки могут выражать отношение врача к больному, уважение к его личности.

Что можно сказать умирающему?

Целесообразно ли любой ценой поддерживать в нем жизнь? Мероприятия у постели умирающего диктуются актуальной обстановкой, потребностями и возможностями их исполнения. Однако высокий такт необходим в любом случае. Характер работы с умирающим зависит от его физического состояния и особенностей его личности, от его эмоциональной настроенности, мировоззрения и пр.

Если у больного отмечается выраженная реакция отрицания, если он и знать не желает о смерти, то говорить с ним о смерти нельзя, это было бы грубой ошибкой. Верить утверждениям больных, что они могут перенести любое известие, что им “спокойно можно сказать все”, следует лишь в обоснованных случаях, в этом отношении надо быть очень осторожным. Изменения личности, ее перестройка, возникающая в результате хронического заболевания, измененное состояние самого сознания больных часто не позволяют сообщить ему правду. В

таких случаях умирающий не способен по-настоящему понять, о чем, собственно говоря, идет речь.

Многие зарубежные авторы предлагают: если позволяют особенности личности больного, можно сказать ему правду. Если больной действительно готов принять любую весть, если объективное положение более-менее ясно для него, врач может быть искренним. Во многих исследовательских работах можно прочесть и о том, что по всему миру идут споры о правильности этого метода, и многие врачи не склонны сообщать больному о приближении смерти. Чем объясняется такое противоречие? Исследования продолжаются, ответа на поставленный вопрос еще нет.

Очевидно, возможность сообщения правды больному зависит от множества условий. Кроме всего указанного, и от методов работы с конкретным больным: если в нашем распоряжении достаточно времени, если с умирающим работает психотерапевт, возможна и искренняя беседа на эту тему (но не всегда, даже если речь идет об одном и том же больном!). Однако при нынешних условиях работы, при перегруженности врачей, недостатке времени провести это в жизнь так, чтобы не причинить ущерба умирающему, кажется пока невозможным. С другой стороны, многое зависит и от формы, стиля сообщения, от количества информации и ее характера и т.п.

Из воспоминаний митрополита Антония Сурожского

«Моя мать три года умирала от рака. Ее оперировали - и unsuccessfully. Доктор сообщил мне это и добавил: «Но, конечно, вы ничего не скажете своей матери». Я ответил: «Конечно, скажу». И сказал. Помню, я пришел к ней и сказал, что доктор звонил и сообщил, что операция не удалась. Мы помолчали, а потом моя мать сказала: «Значит, я умру». И я ответил: «Да». И затем мы остались вместе в полном молчании, общаясь без слов. Мне кажется, мы ничего не «обдумывали». Мы стояли перед лицом чего-то, что вошло в жизнь и все в ней перевернуло. Это не был призрак, это не было зло, ужас. Это было нечто окончательное, что нам предстояло встретить, еще не зная, чем оно скажется.

Мы оставались вместе и молча так долго, как того требовали наши чувства. А затем жизнь пошла дальше. Но в результате случились две вещи. Одна - то, что ни в какой момент моя мать или я сам не были замурованы в ложь, не должны были играть, не остались без помощи. Никогда мне не требовалось входить в комнату матери с улыбкой, в которой была бы ложь, или с неправдивыми словами. Ни в какой момент нам не пришлось притворяться, будто жизнь побеждает, будто смерть, болезнь отступает, будто положение лучше, чем оно есть на самом деле, когда оба мы знаем, что это неправда. Ни в какой момент мы не были лишены взаимной поддержки.

Были моменты, когда моя мать чувствовала, что нуждается в помощи; тогда она звала, я приходил, и мы разговаривали о её смерти, о моем одиночестве. Она глубоко любила жизнь. За несколько дней до смерти она сказала, что готова была бы страдать еще 150 лет, лишь бы жить. Она дорожила нашими отношениями. Она тосковала о нашей разлуке. Порой, в другие моменты мне была невыносима боль разлуки, тогда я приходил, и мы разговаривали об этом, и мать поддерживала меня и утешала о своей смерти. Наши отношения были глубоки и истинны, в них не было лжи, и поэтому они могли вместить всю правду до глубины.

Потому что смерть стояла рядом, потому что смерть могла прийти в любой миг, и тогда поздно будет что-либо исправить, - все должно было в любой миг выражать как можно совершеннее и полнее благоговение и любовь, которыми были полны наши отношения. Только смерть может наполнить величием и смыслом все, что кажется как будто мелким и незначительным. Как ты подашь чашку чая на подносе, каким движением поправишь подушки за спиной больного, как звучит твой голос, - все это может стать выражением глубины отношений. Если прозвучала ложная нота, если трещина появилась, если что-то не ладно, это должно быть исправлено немедленно, потому что есть несомненная уверенность, что позднее может оказаться слишком поздно. И это опять-таки ставит нас перед лицом правды жизни с такой остротой и ясностью, каких не может дать ничто другое».

Рецепта, действительного при всех обстоятельствах, в любом случае, дать нельзя. Необходимые мероприятия определяются в индивидуальном порядке для каждого отдельного

больного, важнейшим является большой такт. Нужно следить за тем, чтобы у постели умирающего, даже если он находится в бессознательном состоянии, не прозвучали тяжело ранящие слова, не говорилось ничего обидного. Глубина потери сознания может быть переменчивой, больной может воспринять те или иные замечания. Самое важное – это выслушать больного. Все исследователи подчеркивают, что одним из важнейших средств работы с умирающими является стремление помочь всеми силами тому, чтобы они высказались: рассказ больного о своих самых сокровенных переживаниях помогает рассеять его страхи и сомнения, устранить его изолированность, замкнутость. Если больной будет ощущать заботу о себе, ему будет легче переносить удары судьбы. В этот чрезвычайный период жизни многому можем научиться у него и мы. Мертвые учат живых – гласит латинская пословица. То же можно сказать и об умирающих.

Смерть в литературе

Процесс тяжелого, смертельного заболевания, мир переживаний страдающего умирающего человека гениально описан Л. Н. Толстым в рассказе «Смерть Ивана Ильича». Иван Ильич Головин, 45-летний член Судебной палаты, упал и стукнулся боком о ручку рамы. После этого появились боли в левом боку. Самыми разными путями он противился сознанию того, что с ним действительно что-то неладно, но боли не исчезали, и он в конце концов вынужден был обратиться к врачу.

Болезнь захватывает его целиком, он копается в книгах, сравнивает свое заболевание с болезнями других, строит самые разные фантазии на основе поставленных у него диагнозов. Он пытается «усилием воображения поймать эту» блуждающую почку, о которой говорил врач, и «остановить, укрепить её». Он ждет чуда и от приема лекарств: лежа на боку, он прислушивается к тому, «как благотворно действует лекарство и как оно уничтожает боль», но, конечно, разочаровывается и в этом. «Раз знакомая дама рассказала про исцеление иконами». «Иван Ильич застал себя на том, что он внимательно прислушивался и проверял действительность факта». Этот случай испугал его.

«Неужели я так умственно ослабел?» – сказал он себе. Он пробует искать спасения в работе, но не помогает даже его большой опыт, «и товарищи и подчиненные с удивлением и огорчением видели, что он, такой блестящий, тонкий судья, путался, делал ошибки». Избавиться от боли было невозможно, «она проникала через все, и ничто не могло заслонить её».

Жена, отношения с которой полны напряженности и трений, его самого обвиняет во всем: «Отношение Прасковьи Федоровны было такое к болезни мужа, что в болезни этой виноват Иван Ильич». Вначале, отрицая наличие заболевания, отказываясь признать его, но не имея возможности избавиться от боли, Иван Ильич становится раздражительным, причиняет много неприятностей окружающим. Позднее сами окружающие не принимают во внимание его болезни, ведут себя так, словно все в наибольшем порядке.

Однако постепенно Иван Ильич признает, что «не в слепой кишке, не в почке дело, а в жизни и... смерти». С прогрессированием процесса (из описания можно сделать вывод, что речь идет, очевидно, о злокачественной опухоли), он все чаще ищет убежища в прошлом, всё чаще возвращается к впечатлениям детских лет, перед ним постоянно всплывают воспоминания, впечатления прошлого. Иван Ильич ест сливы и вспоминает тотчас о тех сливах, что ел в детстве, и вкус тех слив наполняет его рот. Глядя на сафьян дивана, он вспоминает о сафьяновом портфеле отца, разорванном в детстве, о наказании, и о пирожках, которые принесла мать. Л. Н. Толстой мастерски изображает многочисленные проявления регрессии личности во время заболевания, в том числе и воспоминания детских лет, и желание больного, чтобы с ним нянчились, чтобы его пожалели, как ребенка. Буфетный мужик Герасим – единственный человек, кто испытывает к нему чувство, подобное жалости к ребенку, он самоотверженно ухаживает за баринном. И это единственное утешение больного. «Ему хотелось, чтобы его приласкали, поцеловали, поплакали бы над ним, как ласкают и утешают детей.

Он знал, что он важный член, что у него седеющая борода, и что потому это невозможно: но ему все-таки хотелось этого. И в отношении с Герасимом было что-то близкое этому, и потому отношения с Герасимом утешали его. Ивану Ильичу хочется плакать, хочется, чтоб его

ласкали и плакали над ним, и вот приходит товарищ, член Шебек, и вместо того, чтобы плакать и ласкаться, Иван Ильич делает серьезное, строгое, глубокомысленное лицо и по инерции говорит свое мнение о значении кассационного решения и упорно настаивает на нем».

Боль и страдания нарастают: «Все то же. То капля надежды блеснет, то взбурится море отчаяния, и все боль, все боль, все тоска и все одно и то же». Больного мучают ужасные сны: «Ему казалось, что его с болью суют куда-то в узкий черный мешок и глубокий, и все дальше просовывают и не могут просунуть. И это ужасное для него дело совершается со страданием. И он и боится, и хочет провалиться туда, и борется, и помогает. И вот вдруг он оборвался, и упал, и очнулся». Агония длится три дня. Три дня он, не переставая, кричит от мук. Он чувствует, насколько в тягость окружающим, жалеет их, и своими последними словами выражает эту жалость. В конце концов побеждает смерть, страдалец сдается. Гениальный писатель выражает это удивительной оговоркой умирающего: «Он хотел сказать еще «прости», но сказал «пропусти». Сегодня Ивана Ильича положили бы в больницу и начали бы о нем заботиться. Быть может, его вылечили бы - и Л. Н. Толстой не написал бы своей новеллы...

Конечно, желательно умирать, не чувствуя этого, но надлежит также, чтобы и другие этого не чувствовали и не замечали. Смерть слишком явная, слишком шумная или театральная, особенно если она сохраняет при этом достоинство, вызывает у окружающих эмоции, плохо совместимые с профессиональной жизнью каждого, и прежде всего медицинского персонала. Сознавая это или нет, врачи и медсестры выработали свое понимание того, что исследователи Глейзер и Стросс называют *acceptable style of facing death*, «приемлемый стиль встречи смерти». Для больничного персонала, да и для всего общества лучше всех умирает тот, кто не кажется умирающим.

Человеку тем легче скрыть, что он умирает, чем меньше он сам подозревает об этом. Его неведение в наши дни еще необходимее, чем во времена Ивана Ильича. Неведение может даже стать важным фактором выздоровления, а для лечащего персонала условием эффективности его действий. То, что мы сегодня называем прекрасной смертью, - смерть в неведении – точно соответствует тому, что в далеком прошлом считалось несчастьем и проклятьем: смерть внезапная, непредвиденная, к которой человек не успел подготовиться. Однако умирание в больнице зачастую длится долго, и умный пациент способен по действиям и поведению врачей и медсестер понять, что его ждет. Поэтому лечащий персонал инстинктивно, неосознанно вынуждает больного, который от них зависит и хочет им угодить, разыгрывать неведение.

В некоторых случаях молчание превращается в безмолвное соучастие, в других случаях страх делает невозможной никакую коммуникацию между умирающим и теми, кто за ним ухаживает. Пассивность больного поддерживается успокаивающими препаратами, особенно в конце, когда страдания становятся невыносимыми. Морфий снимает боль, но он же притупляет сознание, повергая умирающего в желанное для всех неведение своей участи.

Противоположностью «приемлемого стиля умирания» является смерть плохая, безобразная, лишенная какой бы то ни было элегантности и деликатности. В одном случае больной, который знает, что умирает, восстает против неизбежности, кричит, становится агрессивен. Другой случай - его лечащий персонал боится не меньше - это когда умирающий принимает свою смерть, сосредотачивается на ней, отворачивается к стене, становится безучастен к окружающему миру, перестает общаться с людьми. Медперсонал отталкивает это отталкивание, как бы устраняющее его и делающее ненужными его усилия.

Психология медсестры

Деятельность, поведение сестры, постоянно находящейся среди больных, в связи с этим чрезвычайно важно. Проведенные исследования показали, что у сестер очень сильны впечатления, чувства, связанные с умирающими больными и самим фактом их смерти. Автор собрал письменные работы ста сестер, посвященные умирающим больным. Эти работы подтвердили, что все, что связано со смертью больных, представляет серьезную психическую нагрузку для сестер. Причем они по-разному реагируют на смерть больных, вызывающую такое сильное психическое напряжение. На основе работ сестер можно было видеть, что часть их (38%) вместе со своими больными надеется, верит, ждет: а вдруг... Вдруг все-таки можно помочь.

Состояние эмоционального и физического истощения медицинского персонала, занятого помощью умирающим, получило в литературе название «синдрома выгорания». В докладе Комитета экспертов ВОЗ, посвященном паллиативному лечению, после рекомендаций, касающихся проблемы отбора персонала для оказания такой помощи, говорится: «Медицинский персонал, вероятнее всего, сможет найти эмоциональную поддержку внутри тех коллективов, члены которых проявляют высокую степень взаимного уважения, имеют четко определенные и всеми поддерживаемые цели и где власть соответствует ответственности».

«Привыкнуть к смерти никогда нельзя. Я знала, что состояние больного критическое и что вскоре он умрет. Ведь его болезнь неизлечима. Состояние изо дня в день ухудшалось, и все-таки, когда я входила в палату, все эти факты переставали для меня существовать. У постели больного я думала только о том, что, быть может, еще не все потеряно, быть может он еще выздоровеет, снова будет веселым и бодрым. Я была просто неспособна смириться с действительностью. Меня постоянно занимала мысль, от которой я не могу освободиться и сейчас: «Ну, почему же люди должны умирать!?» - вот отрывок из написанного одной из сестер.

Другая часть сестер (23%) пытается отстранить от себя страхи, как только больного коснется дыхание смерти. Рационально мыслящие перекалывают ответственность на самих больных (12%): «Только они сами виноваты с своей смерти («зачем столько пил?», «почему не соблюдал предписаний врача?»). И наконец (27%) сестер вообще не занимает этот вопрос, страха смерти они «никогда не чувствовали», не отмечали. Одним словом – реакция отрицания.

Многие становятся медицинскими работниками в результате впечатлений, полученных еще в детстве. Они восхищаются борьбой и победами врачей и сестер над смертью, видят в них всемогущих магов, и сами хотят стать такими же. Но часто эти ожидания не оправдываются, появляются сломленность, подавленность, сопровождающие «поражение». Особенно явны уныние и подавленность у работающих с тяжелобольными (отделения интенсивной терапии, онкологические отделения и пр.). Из письменных работ сестер выясняется, что почти половина их особенно заботлива по отношению к умирающим, неизлечимым больным, а другая половина их ухаживает за такими больными по обязанности, механически выполняя свои задачи. Отсюда следует, что с самими сестрами надо заниматься, нужно обсуждать их впечатления, помочь им сформулировать в словах свои переживания, ослабить их психическое напряжение. Особенно важно это для тех, кто относится ко второй группе, чтобы механически работающие сестры, не желающие принимать к сведению состояния своих больных, могли стать умирающим лучшей опорой.

Умирание в больнице

В больницах следует уделять большое внимание и вопросу о размещении умирающего в палате. Часто смерть является огромным потрясением для остальных больных. Смерть одного из больных в палате таит в себе опасность «психической инфекции». Неожиданная смерть еще более глубоко потрясает соседей по палате. Трехдневная агония умирающего не оставляет без воздействия даже самых сильных духом больных. Смерть больного сопряжена и с различными административными мероприятиями, которые лишь усугубляют напряженность в палате, «мертвую тишину» в ней. Невозможно определить словами то настроение, которое в таких случаях охватывает больных в палате умершего, глубоко ранив их. Бояться те, у кого подобное заболевание, озабочены и те, «кто еще не дошел до этого» и безусловно тяжелую травму получают невротики. Можно привести не один пример того, когда у невротиков после пережитой ими смерти соседа по палате отмечалось ухудшение психического состояния. Поэтому очень важно вовремя изолировать умирающего.

Уход за такими больными в небольших палатах более интенсивен, что благоприятно и для самих тяжелобольных и для окружающих: не наносится вред остальным больным. Наряду с обычными болеутоляющими средствами и симптоматическим лечением для утешения мучительного беспокойства, страхов или агонии применяют и современные психотропные препараты. Смерть в больнице не должна нарушать обычного хода вещей и потому должна быть скромной, незаметной, «на цыпочках».

Сообщение близким о смерти больных телеграммой – дело естественное. Все, что принадлежало умершему, не просто предметы, подлежащие инвентаризации, но и дорогая

память для близких, поэтому такт по отношению к ним требует бережного сохранения этих вещей. Близкие, родственники умершего требуют заботы, сочувствия, особого внимания. Прежде всего следует быть готовым к проявлениям сильных аффектов, уметь не только стерпеть их, но и помочь тем, кого постигло несчастье. Не раз приходится наблюдать проявления гнева, агрессивности, несправедливыми обвинениями. Все они могут быть проявлениями реакции на смерть близких людей.

Трудным является вопрос о роли священника. Мы считаем правильной ту сложившуюся в некоторых больницах практику, когда посещение умирающего священником, отпущение грехов перед смертью (если речь идет о верующем) необязательно: больной имеет право выбора. Появление священника может вызвать страх, панику. Естественно, приходится встречаться и с такими больными, которые несмотря ни на что желают исповедаться перед смертью и получить отпущение грехов, это их успокаивает.

Рассказывает митрополит Антоний Сурожский: «Я помню умирание молодого солдата, который оставлял после себя жену, ребенка, ферму. Он мне сказал: «Я сегодня умру. Мне жаль покинуть жену, но тут ничего не поделаешь. Но мне так страшно умирать в одиночестве». Я сказал ему, что этого не произойдет: я буду сидеть с ним, и пока он будет в состоянии, он сможет открывать глаза и видеть, что я здесь, или разговаривать со мной. А потом он сможет взять меня за руку и время от времени пожимать ее, чтобы убедиться, что я здесь. Так мы сидели, и он ушел с миром. Он был избавлен от одиночества при смерти».

Паллиативная помощь. Хосписы

В последнее время все большую силу в общественном мнении приобретает тенденция, в соответствии с которой умирание рассматривается как естественная и закономерная фаза человеческой жизни, имеющая самостоятельную ценность и значимость. Речь идет о том, чтобы пациенту была дана возможность и в эти месяцы и годы вести содержательную, наполненную жизнь, то есть не об одном лишь медикаментозном воздействии, но и о целом комплексе мер социальной и психологической поддержки.

Умирающие испытывают страх перед смертью, болью, зависимостью от других при удовлетворении самых элементарных нужд (еда, питье, поддержание чистоты и т.п.), испытывают глубокую печаль и тоску. Основатель современных хосписов англичанка С. Сандерс еще в 1948 г. пришла к простой мысли: умирающему пациенту можно и нужно помочь. Сложившаяся с тех пор система так называемой «паллиативной помощи» умирающим стала реализацией этой простой и гуманной цели. Латинское слово «pallium» означает «оболочка», «покрытие». Когда уже невозможно прервать или даже замедлить развитие болезни, когда достаточно скорая смерть пациента становится неизбежной, медик-профессионал обязан перейти к тактике паллиативного лечения, то есть, купирования, смягчения ее отдельных симптомов.

Понятие «паллиативное лечение» не исчерпывается только клиническим содержанием, оно включает в себя новые социально-организационные формы лечения, оказания поддержки умирающим пациентам, новые решения моральных проблем и, если угодно, новую «философию медицинского дела». Различные формы организации паллиативной медицины - это патронажная служба помощи на дому, дневные и ночные стационары, выездная служба («скорая помощь») и стационар хосписов, специализированные отделения больниц общего профиля и т.д. Действенность помощи умирающим определяется комплексным подходом к решению их проблем, бригадным характером деятельности участвующих в этом деле врачей-специалистов, медицинских сестер, психологов, а также представителей духовенства, добровольцев, получивших специальную подготовку. Незаменима при этом роль близких родственников и друзей пациента, которые, однако, и сами нуждаются в квалифицированных советах и руководстве.

Когда врач и его коллеги владеют всем арсеналом средств и методов паллиативной помощи, они имеют моральное право сказать умирающему: «Мы поможем тебе пройти через ЭТО». Умирающий пациент, избавленный с помощью грамотного паллиативного лечения от боли, имеющий возможность общаться с семьей и друзьями, способный даже в последние дни своей жизни на высшие духовные проявления, наверное, вполне искренне может сказать, что он

счастливы.

Хоспис - это учреждение, в котором умирающие больные получают психологический и медицинский уход, облегчающий им дни и недели, предшествующие смерти. Хоспис предназначен не просто для облегчения неизбежной смерти: он помогает жить (не существовать, а жить!) до конца.

Основными принципами воздействия на больных в хосписе являются:

- различные современные варианты эффективной анальгезии;
- воздействие на психику умирающих больных, устраняющее страх смерти, для чего используются медикаменты, психотерапевт, священник и т.п.,
- доброжелательные контакты больных между собой, с родственниками и друзьями, с миром искусства и литературы.

Вот примечательные слова медицинской сестры хосписа, которые приводит в своей книге «Путь к смерти. Жить до конца» Р. и В. Зорза: «Я получаю много радости от того, что я помогаю больным; я стараюсь, чтобы им было удобно, спокойно. Вот смотришь иногда на больного, страдающего, несчастного, а потом он засыпает спокойный, умиротворенный - так приятно это видеть, знать, что это я помогла ему заснуть. На это не жаль своих трудов». Врачи и медсестры в хосписах устанавливают значительно больше целей, чем их коллеги в больницах. Для пациентов, близких к смерти, надежда концентрируется больше на «бытии», чем на «деятельности», и на отношениях с окружающими и с Богом. Когда остается совсем мало надежды, вполне реально надеяться на неодинокую и спокойную смерть.

Этические ориентиры общения с умирающими больными:

- задавайте «открытые» вопросы, которые стимулируют самораскрытие больного;
- используйте молчание и «язык тела» как общение: смотрите больному в глаза, слегка наклонившись вперед, время от времени нежно, но уверенно касайтесь его или ее руки;
- особенно прислушивайтесь к таким мотивам, как страх, одиночество, гнев, самообвинение, беспомощность. Стимулируйте их раскрытие, настаивайте на четком выяснении этих мотивов и сами старайтесь добиться их понимания;
- предпринимайте практические действия в ответ на услышанное;
- чаще прикасайтесь к руке умирающего. Психологи установили, что человеческое прикосновение – это мощный фактор, изменяющий практически все физиологические константы, начиная от пульса и кровяного давления, до ощущения самоуважения и изменения внутреннего ощущения формы тела. «Прикосновение – это первый язык, которому мы учимся, входя в мир» (Д. Миллер);
- служение больному «присутствием» имеет мощный психологический эффект даже когда у вас нечего ему сказать. Родственники или друзья могут просто тихо сидеть в комнате, не обязательно близко к кровати больного. Очень часто больные говорят, как это успокаивает и умиротворяет, когда просыпаешься и видишь невдалеке знакомое лицо: «Даже когда я иду Долиной Смерти, я не боюсь, потому что ты со мной».

Литература

1. Зильбер А. П. Трактат об эвтаназии. - Петрозаводск, 1998.
2. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. - Будапешт, 1988.
3. Арьес Ф. Человек перед лицом смерти. – М.: Прогресс, 1992.
4. Антоний, митрополит Сурожский. Жизнь. Болезнь. Смерть. – М.: Издательство Зачатьевского монастыря, 1997.
5. Введение в биоэтику. Учебное пособие. – М.: Прогресс-Традиция, 1998.