

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра психотерапии и медицинской психологии

**ОСОБЕННОСТИ КОММУНИКАЦИЙ ВРАЧ-
ПАЦИЕНТ / РОДСТВЕННИК ПАЦИЕНТА В
ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СИТУАЦИЯХ С
НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПРОГНОЗОМ**

Минск, БелМАПО
2022

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра психотерапии и медицинской психологии

**ОСОБЕННОСТИ КОММУНИКАЦИЙ ВРАЧ-
ПАЦИЕНТ/РОДСТВЕННИК ПАЦИЕНТА В ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ
СИТУАЦИЯХ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПРОГНОЗОМ**

Учебно-методическое пособие

Минск, БелМАПО
2022

УДК 614.253:616-052-036.81(075.9)

ББК 51.1(2)я73

О 75

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
НМС Государственного учреждения образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»
протокол № 9 от 29.12.2021

Авторы:

Байкова И.А., заведующий кафедрой психотерапии и медицинской психологии БелМАПО, кандидат медицинских наук, врач высшей квалификационной категории, доцент

Терещук Е.И., доцент кафедры психотерапии и медицинской психологии БелМАПО, кандидат медицинских наук, врач высшей квалификационной категории, доцент

Давидовский С.В., доцент кафедры психотерапии и медицинской психологии БелМАПО, кандидат медицинских наук, врач высшей квалификационной категории, доцент

Тарасевич Е.В., доцент кафедры психотерапии и медицинской психологии БелМАПО, кандидат медицинских наук, врач высшей квалификационной категории, доцент

Родцевич О.Г., декан педиатрического факультета БелМАПО, доцент кафедры психотерапии и медицинской психологии, кандидат медицинских наук, врач высшей квалификационной категории, доцент

Рецензенты:

Кирилюк В.С., главный врач УЗ «МГДПД», главный внештатный специалист по детской психиатрии комитета по здравоохранению Мингорисполкома

Кафедра психологии факультета философии и социальных наук БГУ.

О 75 **Особенности** коммуникаций врач-пациент/родственник пациента в терапевтических ситуациях с неблагоприятным прогнозом : учеб.-метод. пособие / Байкова И.А. [и др.]. – Минск : БелМАПО, 2022. – 40 с.

ISBN 978-985-584-723-7

В учебно-методическом пособии описаны особенности коммуникаций врач-пациент/родственник пациента в терапевтических ситуациях с неблагоприятным прогнозом; подходы в психотерапии, как в кризисной психолого-психотерапевтической интервенции, так и особенности психотерапевтического ведения таких пациентов в психотерапии и психологическом консультировании; отдельно описана программа работы с пациентами с неблагоприятным прогнозом и их родственниками, включая психолого-психотерапевтическую коррекцию.

Учебно-методическое пособие предназначено для слушателей, осваивающих образовательные программы: переподготовки по специальностям «Психотерапия» (дисциплина «Психотерапия и психологическая коррекция невротических и поведенческих расстройств»), «Медицинская психология» (дисциплина «Основы психологического консультирования»), «Психиатрия-наркология» (дисциплина «Психические и поведенческие расстройства»), «Общая врачебная практика» (дисциплина «Оказание медицинской помощи в области неврологии и психиатрии»); повышения квалификации (врачи-психотерапевты, врачи-психиатры-наркологи, врачи общей практики, врачи других специальностей терапевтического, хирургического и педиатрического профилей, медицинские психологи)

УДК 614.253:616-052-036.81(075.9)

ББК 51.1(2)я73

ISBN 978-985-584-723-7

© Байкова И.А [и др.], 2022

© Оформление Бел МАПО, 2022

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
1. Эмпатической интервьюирование - как основа контакта и ведения пациентов в терапевтических ситуациях с неблагоприятным прогнозом	5
1.1. Условия эмпатического общения	6
1.2 Основные принципы эмпатического интервью	7
1.3. Первоначальные психотерапевтические реакции	8
2. Смерть и горе	12
2.1. Стадии встречи со смертью	12
2.2 Стадии переживания горя, ритуалы	13
2.3 Кризис горя	15
2.4 Психологическое переживание утраты (механизмы защиты от страха смерти и утраты)	17
2.5 "Стадии встречи со смертью" по Э. Кюблер-Росс	19
3. Общение с семьей пациента в терапевтических ситуациях с неблагоприятным прогнозом и умершего пациента	26
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	39

Введение

В докладах Всемирной организации здравоохранения термин «паллиативная помощь» обозначен как *«подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов и их семей, столкнувшихся с проблемами, связанными с опасными для жизни заболеваниями, путем предотвращения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению, правильной оценке, лечению боли и других проблем — физических, психосоциальных и духовных».*

Термин паллиативная помощь все чаще используется в отношении болезней, помимо рака, таких как хроническое прогрессирующее легочное заболевание, заболевания почек, хроническая сердечная недостаточность, ВИЧ/СПИД и прогрессирующие неврологические заболевания и др. Термин паллиативная помощь может иметь отношение к любой помощи, которая смягчает симптомы, независимо от того, есть ли надежда на излечение с помощью других средств. Паллиативные методы лечения могут быть также использованы для облегчения побочных эффектов лечебных процедур.

Паллиативная медицина:

- предусматривает освобождение от боли, одышки, тошноты и других мучительных симптомов;
- поддерживает жизнь и рассматривает смерть как нормальный процесс;
- не намерена ни ускорить, ни отсрочить смерть;
- объединяет психологические и духовные аспекты ухода за пациентами;
- предлагает систему поддержки, чтобы помочь пациентам жить так активно, как это возможно;
- предлагает систему поддержки, чтобы помочь семье справиться;
- позволяет повысить качество жизни;
- применяется на ранних стадиях болезни, в сочетании с другими методами лечения, которые направлены на продление жизни, такие как химиотерапия или лучевая терапия.

Паллиативная медицина использует междисциплинарный подход к лечению пациентов, опираясь на поддержку со стороны врачей, фармацевтов, медсестер, священников, социальных работников, психологов и других смежных специалистов здравоохранения в разработке плана лечения для облегчения страданий во всех сферах жизни пациента. Этот комплексный подход позволяет команде паллиативной помощи решать физические, эмоциональные, духовные и социальные проблемы, которые возникают вместе с болезнями. Паллиативная помощь направлена на улучшение

качества жизни, снижение или устранение боли и других физических симптомов, что позволяет пациенту облегчить или решить психологические и духовные проблемы.

Поэтому, очевидно, как велика значимость организации эффективной помощи этой категории пациентов и их родственникам. В данном учебно-методическом пособии мы рассмотрим основные принципы оказания психотерапевтической помощи пациентам с неблагоприятным прогнозом и их родственникам: установление контакта с такими пациентами и их родственниками; психотерапевтическое и психологическое ведение пациентов; психотерапевтические стратегии в работе с горем; особенности психотерапии в детской паллиативной медицине.

1. Эмпатическое интервьюирование - как основа контакта и ведения пациентов в терапевтических ситуациях с неблагоприятным прогнозом

В консультировании пациентов в терапевтических ситуациях с неблагоприятным прогнозом и их родственников наиболее целесообразно эмпатическое сопровождение.

Мы (психотерапевты) такой подход называем кризисным реагированием или же эмпатическим сопровождением, техникой рефлексивного общения или понимающим общением. Данное психотерапевтическое взаимодействие направлено на:

- установление и развитие контакта с пациентом,
- положительных взаимоотношений,
- установление связи с внутренним миром Другого,
- снятие психоэмоционального напряжения, уменьшение чувства одиночества, страха и тревоги и тп.

Это опыт переживания “помогающих” и поддерживающих отношений, основным содержанием которых будет *внимание, уважение и поддержка*. При эмпатическом сопровождении необходимы: способность консультанта *понимать* пациента и *реагировать* (эмоционально откликаться); *ненавязчивая теплота* и *надежность* психотерапевта (подлинность).

Мы позволяем пациенту рассказывать свою историю и поощряем его к этому (*приблизительно 80%* времени говорит пациент) – иными словами *делается реальный шаг навстречу к к пациенту*. Пациент является активным участником в определении *формы* разговора (в отличие от других интервью,

эта встреча не связана с интересами опрашиваемого, который хочет тщательно собрать какую-то специфическую информацию).

Понимающее (или эмпатическое) общение – это целенаправленное взаимодействие, ориентированное на понимание собеседника и проявление уважения к его личности в форме неоценочных реакций на его высказывания и эмоциональные состояния. В психологическом плане это означает следующее: *"При взаимодействии с собеседником я, как зеркало, "отражаю" его мысли и чувства, стремясь обдумать и понять их его глазами безо всякого оценивания"*.

Консультант проникает в мир пациента посредством присутствия, наблюдения, слушания и "бытия с" ним. Эти навыки позволяют консультанту установить связь с миром Другого.

Эмпатия позволяет консультанту **передать** пациенту свое понимание его мира. Это понимание в большинстве случаев сообщается с помощью множества разнообразных, иногда едва уловимых, невербальных способов. Это еще и *«способность предчувствовать реакции пациента»* на наши интервенции.

Эмпатия – это способность понимать и проникать в мир другого человека, а также способность передать ему это понимание. Эмпатия – это наш основной инструмент в психотерапевтической работе.

Термин "эмпатия" в последнее время истерся и практически потерял свою содержательность. Эмпатия это слово, которое означает "чувствовать вместе с" Другим или сопереживать. Эмпатия отличается от симпатии, сострадания, жалости, интереса и подобных понятий, тем, что эти понятия внутренне подразумевают определенную степень защитного дистанцирования от страдающего человека.

Эмпатия требует от консультанта определённой зрелости: терпения, контроля импульсивности, "способности переносить состояние замешательства" (по Бергеру).

1.1. Условиями эмпатического общения являются:

1. **качество присутствия**, то есть способность невербального выражения консультантом вовлечённости в беседу (конгруэнтность и естественность),

2. **безусловное положительное отношение** - безоценочное принятие жизненного опыта пациента, а также проявление теплоты и заботы.

3. **эмпатия** консультанта.

Присутствие (или *вовлеченность консультанта в контакт с пациентом*) – это основа для установления контакта. Психотерапевты используют этот навык в ходе терапевтического процесса для того, чтобы:

- ✓ пациенты чувствовали себя в безопасности
- ✓ и были способны исследовать свои переживания.

Качество присутствия можно определить как степень невербального выражения вовлеченности терапевта в контакт с пациентом.

1.2. Основные принципы эмпатического интервью:

1. ведущую роль во взаимодействии играет пациент, а психотерапевт следует за ним.

Каждая фраза психотерапевта подытоживает то, что рассказал пациент, а не то, о чем спрашивал психотерапевт.

По сути дела, психотерапевт говорит: *"Ведите меня, я последую за вами туда, куда вы захотите пойти. Я буду следовать за вами медленно или быстро - так, как вы меня поведете. Я готов идти с вами вперед или назад, - и даже выжидать какое-то время. Я не буду ни подталкивать вас, ни задерживать. Я не буду судить, хорошо или плохо, правильно или неправильно, нормально или патологично то, о чем вы мне рассказываете. Я с вами, и я стараюсь понять, как вы воспринимаете мир, каков он с вашей точки зрения. Цель моих комментариев - удостовериться, что мы оба услышали и поняли сказанное вами, а не указывать вам, куда идти дальше"*.

(2) В большинстве фраз психотерапевта речь идет о чувствах пациента, а не о его поведении. Необходимо:

- *погрузиться* в них вместе с пациентом,
- помочь пациенту понять, назвать и пережить свои чувства.

Все чувства полезны, даже негативные или причиняющие боль. Отрицательные чувства – это те чувства, которым мы приписываем знак минус, от которых нам бы хотелось "избавиться" или "поместить их куда-нибудь подальше" и которые обычно неожиданно появляются в те моменты, когда наше Эго утрачивает способность к их подавлению.

Чувства принадлежат реальному человеку, он их переживает, и потому они не бывают ни правильными, ни неправильными.

Как известно, есть что-то магическое в том, что мы даем название тому, что нам неподконтрольно. Люди всегда давали имена явлениям, таящим угрозу (например, вулканам, бурям, ветрам и другим силам природы), чтобы уменьшить опасность и контролировать свой страх. Дать чему-то имя – значит, уменьшить до человеческих размеров, и тогда с этим можно вступать в единоборство.

✓ Дать чувствам верное имя, описать их воздействие, интенсивность и силу - первый шаг пациента на пути к контролю над ними.

В дальнейшей психотерапевтической работе наша задача заключается в том, чтобы:

– научить пациента прислушиваться (доверять) к своим чувствам. Если дать отрицательным чувствам шанс проявить себя, они или превращаются в ненависть и отвращение к вещам, действительно этого заслуживающим, или увядают и исчезают.

– использовать их энергетическую составляющую или направлять их на то, чтобы изменить жизнь пациента.

(3) Укрепление доверия. Доверие растет если мы открыты тому, что мы слышим, честны в своих ответах, никогда не лжем, даже ради того, чтобы утешить или безосновательно обнадежить пациента.

(4) Принятие. В ходе беседы желательно не спорить с пациентом, не опровергать (не использовать слово "но"), не осуждать, даже если ваши ценности несовместимы с ценностями пациента. Принятие пациента не означает одобрения его ценностей или поведения. Принимать – не значит соглашаться.

Можно привести метафору, которая отражает принятие: *«забеременеть пациентом и выносить эту беременность»*.

1.3. Первоначальные психотерапевтические реакции в процессе эмпатического сопровождения могут быть следующие:

- (а) минимальное поощрение;
- (б) обобщение сказанного пациентом и/или его пересказ;
- (в) отражение чувств пациента.

Эти реакции ненавязчивы, не отвлекают пациента, не прерывают ход его мыслей и не содержат оценок (Knippen, Green, 1994).

(а) Минимальное поощрение (используется чаще всего) – кивки, "ага", "Пожалуйста, продолжайте..." и.т.д. Таким образом мы еще и контролируем процесс интервью.

(б) Обобщение сказанного - когда мы пытаемся понять то, что рассказывает нам пациент, и хотим удостовериться в том, что мы верно восприняли информацию.

Обобщение сказанного включает:

- внутреннюю систематизацию полученной информации,
- суммирование всего материала
- и пересказ его пациенту **своими словами**, чтобы он мог подтвердить или изменить наше впечатление.

(в) Отражение чувств пациента должно быть как можно более точным и должно отражать не только саму эмоцию, но и ее интенсивность. Важно отражать чувства, даже если пациент не выражает их открыто.

Эмпатия консультанта может помочь их обнаружить как в контексте рассказанной пациентом истории, так и в невербальном поведении пациента.

Все эти коммуникативные приемы можно отнести к навыку активного слушания эмпатического общения.

Неэффективные реакции консультанта:

❖ НЕИСКРЕННЕЕ ПОДБАДРИВАНИЕ – например, "*Уверен, что вы скоро справитесь с этой ситуацией!*"

❖ ОТРИЦАНИЕ – когда мы, вероятно, в силу собственных защит отрицаем сказанное пациентом: "*Конечно же, это не так...*", "*Чепуха....Это все не так опасно, как вы представляете....*" и т.п. Пациент на такую реакцию:

– либо притворится, что он согласен с вами, чтобы не разонравиться вам,

– либо начнёт спорить, надеясь, что вы, наконец, его поймете.

❖ ОБВИНЕНИЯ в адрес пациента (прямые или завуалированные): «*Успокойтесь! Не надо драматизировать! Не истерите...*» и тп

❖ СВЕТСКИЕ РЕПЛИКИ - например, "*Я вас понимаю. Со мной было то же самое...*" (пациент в полной растерянности: кому нужна помощь – ему или вам?) или «*Все будет хорошо..., вот увидите., скоро это закончится...*»

❖ СОВЕТЫ порождают чувство фрустрации; обычно люди не следуют советам. Давая совет, вы попадаете в ловушку – "*да*", "*но...*".

Необходимо помнить: *то, что человек говорит себе сам, гораздо ценнее того, что можете сказать ему вы, даже если ваши слова правильнее.* Иногда мы говорим что-то *похожее* на совет – это необходимая пациенту информация. Отличия в том, что совет принадлежит тому, кто его дает, а информация - тому, кто ее получает.

Более глубокие вмешательства – это конфронтация и интерпретация.

*Однако в кризисном консультировании данный тип вмешательства необходимо использовать **очень осторожно!***

Вы не ошибетесь, если ограничитесь только вышперечисленными вмешательствами (**минимальное поощрение; обобщение сказанного пациентом и/или его пересказ и отражение чувств пациента**).

Очень легко во время интервью можно дать вовлечь себя в такую схему общения, когда консультант задает вопросы, а пациент на них отвечает. Потом эту схему очень трудно изменить, особенно если вопросы позволяют

давать односложные ответы или на них можно отвечать простыми "да" и "нет". Это – ловушка, которую следует избегать по многим причинам.

Мы склонны задавать вопросы в силу ряда причин:

- a. мы любопытны (наш бессознательный вуайеризм);
- b. мы думаем, что пациент этого от нас ждет, и так ему легче будет рассказывать о себе.
- c. в силу нашей собственной тревожности (мы не всегда знаем, что нам делать, а задавать вопросы проще, чем отражать чувства).

Рекомендации по поводу использования вопросов.

1. По возможности избегайте вопросов.
 2. Если вы задаете вопрос, то он должен иметь отношение к тому, о чем говорит вам пациент. Будет правильно, если вопросы помогут пациенту понять себя и выявить что-то новое.
 3. Избегайте вопроса "*Почему?*"
 - a. на него нельзя ответить,
 - b. он никуда не ведет и, возможно, заставит пациента защищаться.
 - c. подразумевает критику ("*Ты почему пролил молоко?*").
 2. Открытые (не предлагающие определенного ответа) вопросы всегда предпочтительнее, чем закрытые.
 3. Не задавайте подряд много вопросов. А если все-таки это происходит, старайтесь как можно быстрее вернуть инициативу пациенту.
 4. Лучше всего задавать вопросы в конце консультации.
То есть вы не ошибетесь, если вообще не будете задавать вопросы.
- ! *Для консультанта важно не дать втянуть себя в игру, в порочный круг вопросов и ответов.*

Таким образом, к видам эмпатического/ понимающего реагирования относятся:

✓ **Простые фразы, подтверждающие наличие контакта** – "*да-да*", "*конечно*". Эти фразы "говорят" собеседнику, что мы его слушаем и понимаем то, что он говорит, так мы выражаем внимание и интерес к собеседнику.

✓ **Минимальное поощрение** к продолжению разговора – *кивки*, "*ага*", "*Пожалуйста, продолжайте...*" и т.д. Таким образом мы контролируем процесс интервью.

✓ **Перефразирование мыслей собеседника, выраженных открыто** - мы как бы ему "сообщаем" наше понимание того, что он говорит или чувствует. Перефразирование наиболее полезно тогда, когда:

— мы хотим проверить, правильно ли поняли собеседника, и

— чувствовалось, что он сам испытывал затруднение при формулировании мысли, или

— когда он выразил ее недостаточно полно.

Перефразирование также выполняет функцию подтверждения контакта: мы "сообщаем" собеседнику, что пытаемся понять его.

✓ **Отражение чувств пациента, выраженных открыто.**

✓ **Выяснение и отражение скрытых мыслей и чувств собеседника.**

Этим приемом мы как бы пытаемся проникнуть глубже, обнаружить чувства и мысли собеседника, которые он не выражает открыто. Этот вид реагирования помогает собеседнику:

— более отчетливо понять собственные мысли и чувства, не выражаемые им открыто;

— дают ему ощущение того, что он правильно услышан и понят.

✓ **Молчание как вид реакции** - когда партнер по общению испытывает потребность остаться как бы наедине с собой, или когда он обсуждает, рассматривает, анализирует свои мысли и чувства в ходе разговора.

✓ **Невербальные реакции** - выражение лица, поза, тон голоса, жесты и т.д. - намного точнее "сообщает" партнеру о нашем отношении к нему, о степени нашего уважения и понимания. К тому же в невербальных реакциях человеку труднее притворяться и фальшивить, поскольку "язык тела" нами, как правило, не осознается.

✓ **Вопросы, проясняющие позицию собеседника** – это обращение к говорящему за уточнениями.

✓ **Резюмирование (или обобщение сказанного)** – помогает соединить фрагменты разговора в некое смысловое единство. Они дают нам уверенность в том, что мы точно восприняли сообщение собеседника, а нашему партнеру помогает понять, насколько ему удалось передать свою мысль.

Активное слушание требует огромных затрат энергии консультанта.

Мы все, конечно же, знаем, что эмоциональные переживания «заразительны» и что, например, трудно долгое время находиться рядом с человеком, страдающим тяжелой депрессией. Зачастую наши пациенты «загружают» в нас разочарование и депрессию, страх и ненависть, ярость, беспомощность и отчаяние и мн. др., которые сами не могут вынести.

Теория проективной идентификации объясняет, отчего наша работа бывает порой такой невыносимой. Проективная идентификация выталкивает нежелательные чувства от одного человека в кого-то другого.

Всем нам знакомы выражения:

- ✓ «Горе разделенное - уже половина горя»
- ✓ «снять груз с плеч...»
- ✓ «такое облегчение - иметь возможность поговорить с вами»

эти и другие подобные фразы выражают психическое ощущение, что боль можно отделить от себя, и потребность в человеке, который бы нес ее вместе с нами или за нас. Таким образом, с помощью различных способов (например, с помощью проективной идентификации) пациенты используют консультантов как контейнер для душевной боли, иными словами, для облегчения душевной боли. Как пишет Д.Винникотт: *«В таком поведении клиента выражается его потребность поместить эти чувства в кого-то другого в надежде, что этот человек будет достаточно терпимым, чтобы удержать их. Консультант действует подобно матери, которая убирает выделения ребенка, содержит его в чистоте и постепенно приучает выполнять эти действия без ее помощи»*.

При кризисном вмешательстве наша задача и заключается в том, чтобы быть этим надежным контейнером для облегчения страданий пациента.

Становится понятнее, почему любая психотерапевтическая работа так изматывает. Быть носителем чувств, которые другие люди находят слишком тяжелыми и невыносимыми, – действительно трудная, но необходимая задача консультанта!

2. Смерть и горе

Страх смерти естественен для человека. Он знаком практически каждому. Страх смерти имеет огромное значение в нашем внутреннем опыте: он преследует нас как ничто другое, постоянно напоминает о себе. Это — темное, беспокоящее присутствие, притаившееся на краю сознания" (Ялом, 1998). Но все же обычно этот страх не разрушает жизнь. В определенном смысле он заставляет острее чувствовать и ценить ее счастливые мгновения, стимулирует к активности, не позволяет откладывать жизнь «на потом».

В течение всей жизни каждый человек проделывает немалую внутреннюю работу, чтобы научиться жить с этим страхом и защищаться от него.

2.1. Стадии встречи со смертью:

Встреча со смертью происходит, как правило, совершенно неожиданно, становясь для оставшихся в живых, родных и друзей умершего, ошеломляющим открытием, сопровождающимся чувством ужаса и мыслью: «Оказывается, это может произойти и со мной».

(1) Пациент в **состоянии шока**, узнав о своем диагнозе, отказывается понимать страшную правду: он/она очень нуждается в помощи и сочувствии. В это время говорить о смерти нельзя. Лучше согласиться: «Да, это на рак не похоже»;

(2) **Стадия протеста и гнева** — пациент раздражителен, требователен, может стать неприятным. Очень важно наличие терпения у окружающих;

(3) **Частичное принятие неизбежного** — можно и нужно обо всем говорить открыто, пациент ведь все время думает о себе и болезни, многое его тревожит. Полезно, чтобы пациент говорил о своих переживаниях. Иногда его можно спросить и прямо: «Ты боишься?». На этом этапе организуются группы поддержки: пациенты и члены их семей собираются и рассказывают о своих мыслях, переживаниях. Цель — помочь неизлечимым пациентам преодолеть стремление уйти от людей и продолжать жить полноценной жизнью как можно дольше.

(4) **Пациент слабеет** — его тяготит одиночество. Надо быть с ним. Здесь уже не надо много слов, не нужно стараться быть сильным, лучше признаться в своих опасениях, страхах. Это рождает доверие. Хорошо, если пациент поплачет. Иногда ему полезно рассердиться. Не надо на него обижаться. Полезен телесный контакт: коснуться руки пациента, плеча, волос. Если он забылся или без сознания, он все равно чувствует, говорите о нем, даже если он, как вам кажется, не понимает. Не надо оставлять умирающего одного. Это важно и для родственников, иначе они будут укорять себя.

(5) **Пациент чувствует, что смерть рядом** — его мысли становятся глубже и серьезнее. Теперь ему нужно понять то, о чем он раньше не думал. Много нужного и утешительного можно найти в религиозной и в хорошей светской литературе. Полезно вместе помолиться пациенту и родственникам. Можно молиться своими словами. Если пациент верующий, важно обеспечить ему исповедь и причастие. Он достиг мира душевного, пусть близкие попросят его молиться за них в загробном мире.

Христианские отношения к смерти дают образец человеческой кончины — как перехода из одной формы бытия в другую, как священное таинство, требующее понимания и уважения.

2.2. Стадии переживания горя, ритуалы.

Горе — это реакция на любую потерю. Главной причиной горя является утрата. Факторы, определяющие горе, условно могут быть разделены на биологические, культурные и психологические.

Горе — биологическая реакция, эволюционное значение которой в обеспечении групповой сплоченности у тех видов, для которых общественная форма существования необходима для выживания. Социокультурные факторы влияют на переживания и мотивационные явления, связанные с горем. Одной из наиболее значимых культурных детерминант горя является утрата роли из-за разрушения функциональных связей в результате потери значимого человека.

Психологические причины горя связаны с аффективными привязанностями к людям, предметам или идеям. Разлука или утрата объекта привязанности означает утрату источника радости и возбуждения, и в зависимости от возраста человека и природы объекта, утрату любви, уверенности и чувства благополучия.

Реакция горевания начинается с момента постановки смертельного диагноза не только у самого пациента, но и у его ближайшего окружения. Пациент должен отгоревать потерю своего здоровья (процесс горевания начинается с момента получения страшного сообщения о диагнозе своего заболевания), и зачастую приближающуюся потерю жизни. Принципы работы с горем как умирающего, так и его семьи, одинаковы. Если смерть не внезапна, то горевание начинают до смерти.

Здесь можно выделить следующие шаги:

- ✓ принятие факта предстоящей смерти,
- ✓ прохождение через чувство вины и другие переживания,
- ✓ проговаривают конфликтные аспекты отношений родственников с умирающим,
- ✓ некоторые окончательно прощаются до смерти. Самое важное: как можно больше говорить и проговорить волнующие вопросы до смерти.

Наша реакция на утрату является произвольной и до некоторой степени психобиологической. Наша скорбь всегда индивидуальна и отмечена историей наших прошлых утрат (обычно при утрате вспоминаются все наши предыдущие потери) и специфическими особенностями наших взаимоотношений. Даже внутри одной семьи горе может переживаться по-разному.

Поэты и писатели называли утрату духовной раной, и, может быть, полезно думать о способности горевать как о физическом исцелении. Быстрота нашего физического исцеления зависит от глубины и характера раны; это справедливо и для горя.

Глубина и длительность переживания горя зависит:

- ✓ от степени готовности к утрате,
- ✓ характера утраченных взаимоотношений,

- ✓ психологической силы скорбящего
- ✓ способности скорбящего переживать печаль.

Зараженной ране требуется больше времени для заживления, чем чистой; также и переживание утраты близкого человека, с которым у нас были зависимые или конфликтные и напряженные отношения, также требует больше времени, и наоборот: чем теплее и наполненными любовью были отношения с ушедшим, тем более эффективно и менее продолжительно по времени длится горевание. Как бы парадоксально это не звучало, но эти процессы похожи на прохождение всех сепарационных этапов развития.

Горевание состоит из двух стадий:

1. **Первая** – кризис горя, начинающийся с момента утраты или обнаружения факта близкой утраты (например, постановки диагноза смертельной болезни). Чтобы избежать столкновения со смертью, мы мечемся между отрицанием, расщеплением, уговорами, тревогой и гневом. Кризисный период заканчивается тогда, когда мы принимаем ужасную реальность.

Многие полагают, что с принятием необратимого характера смерти близкого человека горевание заканчивается. На самом деле, с этого момента начинается следующая стадия.

2. **вторая** стадия горевания (только после принятия факта смерти) – мы начинаем сложный внутренний процесс преодоления утраты, в результате которого потерянные отношения постепенно становятся воспоминаниями об ушедшем, которые не поглощают человека полностью.

Само выражение «нормальное горе» содержит в себе противоречие (в горе мало нормального): наши реакции, сны или грезы, которым сопутствуют гнев, отрицание и расщепление, могут казаться совершенно странными, причудливыми и пугающими.

Нет каких-либо установленных временных рамок для работы горя, так как каждый переживает горе в своем темпе и с разной интенсивностью. Период неосложненного («нормального») горевания обычно занимает от одного до двух лет.

2.3. Кризис горя

Не рекомендуется первое время после потери оставаться в полном одиночестве – для облегчения состояния необходимо «сочувствующее ухо», чтобы человек просто говорил с кем-то, рассказывал об утрате. Когда потеря слишком велика, у нас бессознательно реактивируются примитивные страхи заброшенности и беспомощности. Поэтому сразу после утраты нас охватывает паника – в период кризиса горя мы проходим путь от отрицания

до принятия потери. Наши реакции являются первичной смесью физического и психологического переживаний утраты.

Физические признаки.

В 1944 году психиатр Эрих Линдемманн опубликовал ставшую классической статью, описывающую кризисные реакции горевания.

В первые часы после утраты у людей возникали следующие симптомы:

- ✓ прерывистое дыхание
- ✓ ком в горле
- ✓ потребность вздохнуть
- ✓ мышечная слабость
- ✓ потеря аппетита.

Затем эти реакции сменялись шоком и оцепенением:

✓ другие люди, казалось, находились не здесь, а где-то далеко, или были окутаны каким-то туманом. Жизнь наполнялась сюрреалистической реальностью;

✓ крайняя напористость их речи, особенно когда они говорили об умершем;

✓ некоторые из скорбящих воспроизводили «характерные особенности умершего (прежде всего, симптомы, которые проявлялись во время последнего заболевания, или поведение, которое могло иметь место во время трагедии). Случалось увидеть, что человек, понесший утрату, бессознательно копирует, например, походку умершего или воспроизводит один из его жестов. Это явление, известное как идентификация, является бессознательным выражением эмоциональной связи с другим человеком.

«Нормально» или же «патологично» проходит кризис горя, зависит от силы Эго индивида. Процесс горевания, включающий в себя интернализацию потерянного объекта, требует абсолютного понимания и дифференциации между внутренним и внешним. Если же развитие внутреннего и внешнего не завершено (в результате психодинамического развития), тогда вместо «тени объекта, падающей на Эго» по З. Фрейду (для достаточно зрелого Эго и простроенных внутренних и внешних границ), мы видим «тень объекта, окружающую Эго». Этот способ окружения себя утраченным объектом, может быть связан с образом тела, который сформировался, лишь на поверхности, не проникая вглубь или проникая лишь на глубину, в пределах которой внутреннее не завершило свое формирование.

Некоторые погребальные обряды североамериканских племен показывают, каким образом люди как бы «несут на себе» тень объекта, окружающую их и не проникающую внутрь их. Человек, переживающий траур, окружен своего рода ореолом, некой «наэлектризованностью»,

придающей ему статус табу и передающейся при контакте, что делает человека смертельно опасным: это похоже или представляется как

- ✓ человек, переживающий траур, окружен тенью;
- ✓ он спит в окружении колючих кустов, которыми выложена его кровать;
- ✓ он носит закрытую одежду, изготовленную из сухой охапки травы;
- ✓ его собственная кожа – при телесном контакте – передает контакт с умершим человеком.

Наэлектризованность, тень, колючие кусты, покровы (они становятся все более материальными по мере приближения к телу самого индивидуума) представляют не только душу, но также и тело умершего, и чем примитивнее и слабее способность символизировать отсутствие тела, тем больше это относится к реальной плоти. Посредством контакта состояние табу, в свою очередь, передает ощущение присутствия умершего, который наказывает живых, желающих забрать то, что когда-то принадлежало ему.

Таким образом, каждый человек проходит кризис горевания сугубо индивидуально, и наши порой самые странные реакции и переживания при горевании зависят от различных факторов и наших личностных особенностей: силы Эго, отношений с ушедшим, наших ресурсов поддержки и др.

Когда шок проходит, и мы начинаем осознавать реальность, физические реакции теряют свою интенсивность.

2.4. Психологическое переживание утраты (механизмы защиты от страха смерти и утраты):

1. **Отрицание**, смягчая шок, помогает нам понемногу принять ужасную реальность. Полное отрицание, как правило, вскоре уступает место реальности. Мы идем на похороны или стоим у края могилы на похоронах, и такие факты заставляют нас признать смерть близкого человека. Без подобного соприкосновения с реальностью отрицание может сохраняться.

2. **Расщепление (разновидность отрицания)** – это психологический механизм, который позволяет одной части нашего разума знать об утрате, тогда как другая может отрицать ее (хочется позвонить по телефону умершему, чтобы посоветоваться; мы можем «видеть» умершего в толпе, ночью ощущать в комнате и т.п.)

Расщепление – настолько распространенный феномен, что в некоторых обществах такие «явления» встроены в культуру и воспринимаются как часть нормального процесса переживания горя (ритуалы поминок, когда для умершего ставится тарелка с едой и т.п.).

3. Уговоры предполагают большую степень признания произошедшей утраты, но сопротивление еще сохраняется на таком уровне, что мы заключаем внутреннюю сделку, пытаемся обмануть судьбу. Мы снова и снова прокручиваем в уме последние дни, недели, часы перед утратой, желая изменить ход событий; мы вновь и вновь перечисляем то, что должны были сделать и/или не сделали. Эти моменты обвинения себя и других обычно указывают на определенную стадию кризиса горя.

В некоторых культурах имеются даже общепринятые формы выражения вины и ритуалы наказания горюющих родственников. В ряде примитивных обществ, таких как племя Маори в Новой Зеландии, родственники умершего делали себе надрез на груди, выражая, таким образом, горе по поводу утраты. Если смерть была вызвана несчастным случаем, родственников умершего ритуально избивали представители другого племени. Предполагалось, что они также могут забирать какие-то вещи из семьи, чтобы компенсировать утрату высоко чтимого друга. Отметим мудрость ритуала этих «примитивных» людей: он позволяет уничтожить преходящее чувство вины.

4. Тревога.

Поскольку утрата кого-либо или чего-либо важного вызывает чувства отвержения и беспомощности, мы ощущаем тревогу, когда до нас доходит реальность потери. Мы можем не находить или же отрицать причину тревоги, иногда доходящей до паники (человек может во всем видеть опасность, мир в целом начинает казаться опасным местом); непереносимая диффузная тревога может «цепляться» или переноситься на какие-то другие объекты или ситуации, и это нормально - такая объективизация тревоги переносится значительно легче, так наше Эго пытается справиться с диффузной «свободно плавающей» тревогой (например, человек начинает бояться ночи или же громких звуков в ночи; путешествий и т.п.).

5. Гнев.

Любая потеря приводит нас в ярость, даже если она произошла по стечению обстоятельств. Наш внутренний Взрослый может рационально понять уход близкого, внутренний же Ребенок может ощущать себя брошенным и пребывать в ярости от произошедшего.

Мы редко понимаем, что злимся на того, кто умер или оставил нас. Вместо этого мы смещаем гнев на других: ругаем врачей, себя, организаторов похорон. Некоторое количество гнева является здоровым показателем того, что мы начинаем воспринимать факты такими, какие они есть.

Все эти эпизоды подобны серии прививок, необходимых для создания необходимого уровня антител.

Когда кризис горя заканчивается, приходит состояние, известное как работа горя, а именно, период осмысления отношений с умершим и начало смягчения тяжести перенесенной утраты.

2.5. "Стадии встречи со смертью" по Э. Кюблер-Росс

Древнее "искусство умирать" получило современное (светское) осмысление, когда в 60-х годах XX века психологом Э. Кюблер-Росс были представлены "стадии встречи со смертью", наблюдавшиеся ею у терминальных пациентов. Время, которое необходимо каждому человеку для того, чтобы пройти эти 5 стадий, сугубо индивидуально. Причем, часто человек может переходить из одной стадии к другой, как вперед, так и возвращаться к уже пройденной стадии.

Первая стадия - Шок (замирание и непонимание). Метафора: "Ничего не произошло"

В первые минуты-часы человек может плохо реагировать на внешний мир, на обращения к нему, он может вести себя слишком спокойно, даже отстранено. Также он может говорить об ощущении нереальности происходящего, или как будто от события его отделяет какая-то дистанция. Затем человек может вести себя, как будто бы обычно, говорить, словно ничего не случилось. Он может упоминать или строить планы на будущее, включающие то/того, чего/кого уже нет. Пострадавший может бесконечно переспрашивать о произошедшем. Также он может настаивать и убеждать окружающих, что всё ещё обернется хорошо, что ещё не конец, ситуация продолжается, или что просто кто-то ошибся или специально обманул, а на самом деле всё в порядке (болезнь пройдет, человек останется жив, опасность минует). У пострадавшего возможны приступы паники и телесные симптомы, чаще связанные с деятельностью сердца.

Это естественная и самая ранняя психическая защита – "я просто сделаю вид, что того, что делает мне плохо – нет, и тогда этого не станет". Человек не верит в случившееся, активно отрицает его. То, что он потерял, имело большую ценность для него, и осознание этого факта способно вызвать много очень сильных чувств, которые могут надломить психику и кардинально изменить жизнь, и это больше, чем человек сейчас может вынести. Поэтому психика защищается от этого.

Опасность данной стадии в том, что можно застрять в отрицании, жить, как будто ничего не произошло; начать постоянно физически

и психологически убежать от этой и похожих ситуаций. Это может привести к тому, что жизнь человека становится как будто частичной.

Действия специалиста и близких: в этот период полезно быть рядом с человеком, разговаривать с ним о потере и поощрять его разговаривать об этом. Если физически возможно, очень важно, чтобы человек видел и смог прикоснуться к телу или могиле (если это смерть близкого), обломкам (если это разрушение здания или местности), фотографиям или вещам, напоминающим о том, что утрачено. Если человек переспрашивает, полезно аккуратно и мягко, снова и снова, рассказывать о случившемся, а также объяснять, что всё кончено, и ничего не изменить. На этой стадии нужно запастись терпением и мягкостью, полезно дать пострадавшему время и место на признание ситуации.

Важно избегать затыкать и осуждать человека, когда он снова и снова говорит или спрашивает о случившемся. Нельзя соглашаться с пострадавшим в том, что всё ещё обернётся хорошо, или ещё не всё потеряно, и можно что-то изменить; избегать ругать или требовать от человека взять себя в руки. Нельзя давать советы или предлагать какие-то действия, чтобы справиться с горем (на этой стадии другая задача).

Вторая стадия - Гнев (обвинение). Метафора: "Наказать виновного".

Человек начинает чувствовать и проявлять возмущение, негодование и злость. Начинает искать виновных в трагедии везде вокруг (даже если виноватых нет, как, например, при смертельном заболевании), может стать подозрительным. Может начать обвинять кого-то в случившемся. Может также начать ненавидеть всех, кто не пережил такую же ситуацию. Пострадавший может пробовать мстить, "добиваться справедливости" разными способами. Если трагедия связана со смертью близкого, человек может злиться и обвинять врачей и даже самого умершего. У пострадавшего могут появиться разные телесные симптомы или панические атаки.

Понимание факта трагедии пришло, но ценность потери остаётся такой же и нежелание терять таким же сильным. Пострадавший активно не согласен с такой реальностью. На первый план выходит уже более поздняя, а потому направленная вовне, на действия, психическая защита – злость.

Опасность стадии: застрять в злости и недоверии к миру и людям; разрушить отношения с близкими и важными людьми из-за агрессии и обвинений в их адрес; нанести вред себе или окружающим (например, пытаясь отомстить, нарушить закон).

Важно оградить человека от слов и действий, которые причинят вред ему и другим людям, и о которых он потом может пожалеть, при этом дать

пострадавшему возможность выразить чувства, иначе они обернутся на него самого. Если в ситуации на самом деле есть виновник, то помочь сфокусироваться и добиться справедливости законным путём, потому как пострадавшему сфокусироваться в этой стадии сложно.

Действия специалиста и близких: полезно разговаривать и выслушивать пострадавшего, спокойно реагировать на его чувства. Можно предложить безопасно выразить злость через активные виды спорта, боевые искусства. Также ему полезно писать "письма", выражая в них свои чувства (письма можно просто складывать в стол), говорить о них с фотографией или на могиле. Можно помогать человеку разбираться в происшествии, если ему это важно. Если в трагедии имеет место нарушение закона, то стоит помочь пострадавшему добиться справедливости и наказания виновников в рамках закона. Если виновников нет, или наказание невозможно, то поддерживать его в выражении злости и помогать ему переживать свою беспомощность. Будет полезно направить злость пострадавшего на какое-то полезное дело (например, помогать пережившим то же самое). На этой стадии хорошо быть посредником-миротворцем между человеком и людьми.

Третья стадия – Торг (вина). Метафора: "Я все сделаю, повремени пока?"

У пострадавшего могут вдруг появиться навязчивые идеи вроде суеверий или соблюдения каких-то правил. Может появиться религиозность, он может начать ходить в церковь. Может легко верить и вестись на обещания и способы исправить ситуацию (обращение к Богу, врачам, обращение к колдунам, науке). Человек может говорить или упоминать о некоем чуде, которое должно случиться, потому что он сделал нечто специальное (например, пожертвовал деньги детскому дому, поэтому его болезнь сейчас отступит).

Также человек может начать обвинять себя. В речи могут часто появляться фразы типа "если бы я...", "я должен был сделать/сказать то-то", "я не должен был делать/говорить то-то". Пострадавший может как будто пытаться исправить что-то, что было сделано "не так" в отношении к утраченному, словно это может что-то изменить. У него могут появиться разные телесные симптомы или панические атаки.

Значение стадии: осознание потери пришло, виновные найдены, но ценность утраченного настолько велика, что отказаться от этого — невозможно. Характерна попытка изменить произошедшее, заменить случившееся на что-то иное, чудесным образом откатить всё назад. Человек готов согласиться на любую цену, чтобы изменить реальность, которую он не хочет принимать. Психика прибегает к последней защите – "магическому

мышлению". Это отголосок младенческого "всемогущества": "я способен повелевать реальностью, знать бы только правильный способ".

Обратная сторона медали всемогущества будет проявляться в чувстве вины: "я был способен не допустить трагедии, но сделал что-то неправильно, и она произошла. Значит, это я виноват в случившемся. Надо понять, что я должен был сделать иначе, чтобы сейчас вернуть всё на место и в следующий раз не лишиться чего-то настолько важного".

Опасность стадии: застрять в вине; отказаться от отношений с близкими людьми и важных вещей в жизни из-за отсутствия гарантии, что всё не повторится; отказать себе в праве на радость, счастье, материальные блага в качестве наказания; слишком удариться в религию, эзотерику, сектантство, как попытку наказать себя, искупить вину или заслужить прощение и потерять из-за этого контакт с реальностью и близкими людьми.

Важно помочь человеку осознать необратимость трагедии, при этом не дать ему закопать себя в вине и самообвинении. Поддержать и помочь пострадавшему принять свою долю ответственности, если она есть. Дать понять ему, что, несмотря ни на что, он достоин жить дальше и быть счастливым.

В этот период необходимо поощрять человека замечать невозможность изменить уже случившееся никакими способами. Необходимо объяснять невозможность влияния пострадавшего на события подобного порядка; дать понять человеку, что он не мог сделать всё идеально, не мог всё предусмотреть, обращать его внимание на вклад других людей и обстоятельств; помочь переживать беспомощность перед большими силами (такими, как стихия и смерть). Если человек объективно виноват в случившемся, то помогать переживать эту вину и делать выводы на будущее. В этом случае можно помочь человеку найти способ здорового, полезного для окружающих искупления. Пострадавшему полезно писать письма, в которых он бы выражал свои чувства, говорить с портретом или могилой (если это смерть близкого).

Четвертая стадия – депрессия (отчаяние). Метафора: "Я так несчастен, разве меня может что-то беспокоить? К чему попытки?"

В некоторых случаях ощущение горя может смениться депрессией. Человек, переживающий депрессию, испытывает растерянность и отчаяние, грусть в связи с прошлыми потерями, обиду по поводу нереализованных планов. Он реально ощущает близость смерти. В этот период человек часто плачет, отчужден, теряет интерес к дому и к собственной внешности. В это время нужно дать возможность человеку выговориться, не пытаясь его

ободрить или убедить в том, что нужно быть благодарным судьбе за прошлые радости в жизни.

У пострадавшего может появиться подавленное состояние, могут быть слёзы, апатия, грусть, вялость, слабость, отсутствие желания что-то делать, ходить на работу или общаться, нежелание жить. Пострадавший может перестать делать свои обычные дела и запустить себя (может плохо есть, перестать умываться, чистить зубы, перестать обращать внимание на одежду, прекратить убираться в квартире, заботиться о детях). Он может заболеть или говорить о разных симптомах, также могут появиться панические атаки, особенно в моменты "выхода в мир". Человек может начать избегать знакомых людей или события, связанные с весельем, часто говорить о желании побыть в одиночестве. Пострадавший может говорить о бессмысленности или невыносимости его жизни. В крайних случаях возможны суицидальные попытки.

Психика больше не защищается, а, наконец, начала переживать истинно потерю. На этой стадии много боли, горечи, беспомощности, отчаяния и других чувств, которые могут сильно проявляться в теле. Пострадавший не знает, как ему быть со всеми этими ужасными и тяжёлыми чувствами, которые заполняют его, равно как и не знает, как ему жить дальше без того, что безвозвратно потеряно. Подсознательно или даже открыто это может звучать как: "мой мир разрушен, я не хочу жить в мире, в котором больше нет того, что мне было так важно, поэтому я умираю". Это самый трудный, но и самый продуктивный этап проживания горя.

Важно помочь и поддержать в проживании горя, разделить боль; предотвратить развитие клинической депрессии или суицида. На этом этапе полезно взять на себя физическое обеспечение пострадавшего (например, покупать продукты, прибирать дом, заботиться о домашних животных, детях). Полезно регулярно звонить и навещать, интересоваться, чем помочь; быть посредником между человеком и миром. Полезно говорить с пострадавшим о его чувствах и поощрять их выражать в разной форме (писать стихи, прозу, рисовать картины, сочинять музыку, писать письма, говорить с могилкой или фотографией). На этой стадии полезнее слушать, чем говорить. Иногда можно мягко заставлять человека "проветриваться", выходить с ним куда-нибудь, заниматься любимыми для него делами, но не связанными никак с потерей. Пострадавшему может быть полезно сменить обстановку (взять отпуск, выехать на природу, переехать туда, где о нём хорошо позаботятся). Нельзя заставлять пострадавшего успокоиться и взять себя в руки. Нельзя заставлять отвлекаться и повеселиться. Нельзя наваливать заботами и делами. Избегать обвинять в чём бы то ни было.

Пятая стадия – принятие (смирение). Метафора: "Я не могу победить это, но я могу хорошо подготовиться к этому"

На этой стадии у человека более спокойное ровное состояние. В жизнь пострадавшего возвращаются позитивные чувства (он начинает вновь улыбаться, смеяться, радоваться, шутить). Человек начинает снова делать дела, которые он делал раньше. Возвращаются силы, он становится активнее. Пострадавший возвращается к работе, может начать новые проекты. Грусть ещё остаётся, особенно в общении с близкими людьми, и когда речь заходит о потере, но она уже не затягивает. Человек начинает интересоваться новым, могут появиться новые увлечения и знакомства. Может сменить обстановку (сменить работу, переехать в другое место, сменить мебель или гардероб).

Горевание ещё не окончено, это его последняя и необходимая стадия. Это процесс восстановления. Боль постепенно проходит, "рана" уже не кровоточит, на ней образовался рубец, который ещё тянет и ноет, но уже не вызывает острой боли при каждом движении. Сил ещё не очень много, так как они ушли на проживание горя и продолжают уходить на "заживление раны". Теперь надо восстановить ещё и потраченные силы. Человек понимает, что он не умер от горя, и что он будет жить, поэтому он начинает налаживать новый быт без того, что он потерял. Пострадавший словно похоронил свою старую жизнь и теперь начинает новую.

Необходимо помочь пострадавшему полностью восстановиться; помочь там, где сил человека ещё не хватает. Важно поощрять человека не торопиться восстанавливаться; постепенно возвращать человеку все его дела, которые он не мог выполнять ранее; поддерживать в новых начинаниях и новых проектах. Можно вместе попробовать что-то новое и интересное. Если человек вспоминает о потере, то спокойно об этом поговорить. Не бояться напомнить ему о потере или о том, что с ней связано. Можно начинать вести себя уже вполне естественно и обычно с ним (не сдерживать себя и свои чувства, не ограничивать себя в словах и действиях).

Нельзя торопить человека восстанавливаться и снова жить полной жизнью, как прежде. В то же время избегать чрезмерно опекать и щадить. Нельзя обвинять и стыдить пострадавшего в том, что он снова радуется жизни.

По мере того, как самочувствие пациента ухудшается, отрицание возможности близкой смерти может сочетаться с предчувствием истинного положения, а в некоторых случаях даже с полным осознанием неизбежности смерти. Иногда человек начинает с того, что признает наличие болезни и вероятность смерти, а затем вновь «соскальзывает» в стадию отрицания, которая поддерживает его до того момента, когда он готов признать

реальность. Иногда отрицание приводит к желанию изоляции от окружающих. Всякие попытки утешения отвергаются. В то же время у отдельных пациентов реакция отрицания сохраняется до последней минуты жизни, сопровождаясь в некоторых случаях неоправданным оптимизмом. В некоторых же случаях принятие безысходности положения приводит лишь к одному - желанию отдохнуть, уснуть. Это означает прощание с жизнью.

Перечисленные реакции нередко проявляются в различной последовательности, и некоторые из них могут наступить одновременно. Иногда смирение сменяется реакцией отрицания. Пациент строит нереальные планы на ближайшее или даже отдаленное будущее.

При проживании горя мы колеблемся между стадиями, а не идем линейно. Самый важный терапевтический фактор – это надежда. Надежда – это важная нить, связующая все стадии. Надежда дает веру, что у изменений хороший конец, и что у всего происходящего есть свой особый смысл, который мы поймем со временем.

Очень важно уметь диагностировать процесс умирания не только для того, чтобы правильно подобрать лечение. Важно также, чтобы и пациенты имели возможность осознавать (если они этого желают) стадию их болезни и иметь силы сделать выбор для распоряжения оставшимся временем.

Сообщение правды о состоянии здоровья и прогнозе неизлечимого заболевания не является разрушением надежды. Для выстраивания совместно с пациентом альтернативной надежды медицинскому работнику в процессе общения (с пациентом, его семьей) необходимо изучить и учитывать личностные особенности человека, его биографию, вероисповедание.

Американские врачи предложили термин «мягкая правда», которая заключается в том, что заболевшему сообщается правда его болезни постепенно с возможными путями отступления. Кроме того, в процессе общения необходимо выяснить насколько пациент хочет знать правду. Его нельзя обманывать, но также необходимо избегать в некоторых случаях излишней откровенности. Общение на основе правдивости в сочетании с постоянной поддержкой и подбадриванием ведет к поддержанию надежды. Надежда на выздоровление заменяется альтернативной надеждой.

По данным опроса онкологических больных, проведенного российскими учеными, для 90% пациентов диагноз стал полной неожиданностью (50% из них испытали шок, сильный страх; 40% не поверили, что это правда; 10% пережили заторможенность, депрессию). Из них только 24% больных сразу сказали о свалившемся на них горе своим родственникам. 10% получили полную поддержку семьи и друзей, 50% почувствовали отстраненность со стороны своих коллег, большинство часто

чувствуют свое одиночество (даже, если их навещают в больнице). На вопрос «Хотели бы вы сразу узнать правду о своем диагнозе?» все опрашиваемые однозначно ответили «да» (свой ответ они мотивировали тем, что лучше сразу знать свои шансы на выздоровление и не питать напрасных иллюзий, чтобы успеть свыкнуться со своим «новым» положением, что-то успеть сделать).

Если пациент близок к смерти, необходимо сфокусировать его мысли и целеустремления на следующем:

- жить здесь и сейчас (жить одним днем);
- поддерживать связи с другими людьми;
- связь с Богом (если человек религиозен)

Иногда может наступить момент, когда, казалось бы, надежды утрачены. В этом случае необходимо медицинскому персоналу, близким пациента убедить его, что он (пациент) не останется умирать один, и смерть его будет мирной и тихой.

3. Общение с семьей пациента в терапевтических ситуациях с неблагоприятным прогнозом и умершего пациента

Важно оказывать психологическую помощь пациентам и их семьям, направленную на устранение последствий их реакции на болезнь и диагноз.

Семье необходимо обеспечить полную информацию о течении болезни, состоянии пациента, ходе лечения и прогнозе. Важно помочь разобраться, что означает болезнь для каждого члена семьи, подсказать, как себя вести.

В случае смерти близкого психологическая помощь означает:

- ✓ признать факт смерти
- ✓ разобраться со своими эмоциями, чувствами (должно быть безопасно говорить о своих положительных и отрицательных чувствах)
- ✓ научиться жить без умершего, переосмыслить ситуацию
- ✓ попрощаться с покойным.

Всегда важно помнить:

1. Пациент и его родственники могут по-разному проживать ситуацию горя, находиться на разных стадиях, эти стадии не обязательно следуют одна за другой и плавно сменяют друг друга.

2. Родственники так же тяжело страдают, болезнь бьет по всей семье.

3. «Мы тоже боимся»: все люди знают о генетической предрасположенности к заболеваниям. Поэтому необходимо в разговоре с родственниками затронуть эту тему и, возможно, имеет смысл сделать профилактическое обследование, хотя бы для того, чтобы снять страхи.

4. «Позвольте нам иметь свои слезы»: бытует мнение, что родственники должны сохранять внешнее самообладание, чтобы психологически поддержать пациента. Пациент понимает неестественность этого состояния, что блокирует свободное выражение его собственных эмоций.

5. «Простите нас за то, что мы ведем себя как сумасшедшие»: родственники могут испытывать трудно скрываемый гнев от чувства бессилия и отсутствия контроля над ситуацией. Как правило, под этим лежит чувство вины и ощущение, что они сделали в жизни что-то неправильно. В таких случаях сами родственники нуждаются в индивидуальной помощи психотерапевта или психолога.

Необходимо понять, что большинство пациентов и их родственников от беседы с врачом хотят двух вещей:

1. Получить определенный (правильный) объем информации.
2. Получить возможность обговорить и обдумать ситуацию – другими словами, терапевтический диалог.

Можно предложить структурированный этапный подход к интервьюированию родственников пациента с неблагоприятным прогнозом:

Этап 1 Подготовить разговор: часто имеет смысл спросить самого пациента с кем из родственников он бы хотел обсудить с врачом его состояние. Когда родных, желающих получить информацию много, попросите остаться одного-двух для беседы.

Если Вы чувствуете неуверенность, смущение перед разговором с расширенной семьей, попросите кого-нибудь из коллег присутствовать при беседе.

Продумайте возможные реакции родных на вашу информацию и то, как Вы сами будете реагировать в ответ, с какими возможными вопросами Вы можете столкнуться. Помните: как «вестник плохих новостей», Вы должны ожидать, что «встретитесь» с негативными эмоциями (гнева, отчаяния), не принимайте их на себя и не забывайте, что достоверная информация будет важна для планирования будущего пациента и его родственников.

Выберите уединенное тихое место и выделите время для разговора, предупредите коллег, чтобы Вас не беспокоили и отключите мобильный телефон. Заранее позаботьтесь о наличии в кабинете бумажных платков, салфеток, которые Вы можете предложить в случае необходимости, успокоительных препаратов.

В начале разговора представьтесь (если Вы не один, представьте своего коллегу), узнайте имена и отчества родных, пришедших на беседу; сообщите о том времени, которым Вы располагаете.

Можно начать беседу фразами: *«Я хотел бы обсудить с Вами сложные вопросы, касающиеся заболевания Вашего родственника...»*

Проводите беседу сидя, чтобы была возможность поддерживать визуальный контакт с родными, отслеживать их невербальные реакции, и они имели возможность видеть ваши. Сидите на расстоянии социального общения (1м 20см). Говорите не спеша, четко и ясно.

Этап 2 Оценка осознания родственниками болезни пациента: на первом и втором этапах действует аксиома: «Прежде чем сказать, спроси». На этом этапе можно задавать родным только открытые вопросы, касающиеся их представления о болезни пациента, чтобы понимать, какую информацию и в каком объеме Вы можете сообщить родственникам.

Примеры вопросов: *«Что Вы можете рассказать о болезни вашего мужа до настоящего момента?»*, *«Какую информацию от других врачей Вы уже получили?»*, *«Как Вы сами понимаете суть происходящего?»*, и т.п.

Основываясь на полученной информации, Вы можете:

- оценить общеобразовательный уровень собеседников и разговаривать на их языке;
- скорректировать имеющуюся информацию и сообщить плохие новости с учетом того, что родственники не понимают;
- определить есть ли у собеседников какая-либо форма отрицания болезни их родственника (выдача желаемого за действительное, нереальные ожидания от лечения и т.п.).

Этап 3 Приглашение к обмену информацией: предложение сообщить информацию – что хотят знать родственники, что они готовы воспринять в данный момент. Выслушать собеседника, дать возможность задать вопросы. Не забывайте, не все могут хотеть знать всю информацию о болезни.

Если Вы уверены, что родственники хотят получить больше информации, переходите к Этапу 4.

Отказ от получения дополнительной информации может выражаться фразами: *«Я боюсь спросить...»* или *«Мне страшно...»*. В этом случае Вы должны предоставить возможность консультации в другое время, сказав: *«Я понимаю, Вам трудно сейчас обсуждать со мной этот вопрос, но если Вы захотите со мной встретиться, чтобы поговорить о том, что Вас волнует, я с удовольствием готов увидеться с Вами снова»*

Этап 4 Передача знаний и информации: сообщить имеющуюся информацию простым и понятным языком, используя минимум специальных терминов или не используя их.

Предупредите собеседников о том, что вы сообщаете им плохие новости фразами: *«К сожалению, у меня для Вас плохие новости...»*, и после этого сделайте паузу, чтобы собеседник смог отреагировать и дать понять, готов ли он продолжать разговор.

Если родственники начинают задавать уточняющие вопросы, сообщайте медицинскую информацию короткими предложениями на понятном им языке. После каждого блока информации делайте паузы, чтобы дать им возможность отказаться от продолжения разговора или продолжить его.

Всегда оставляйте толику надежды, насколько это возможно при данном заболевании, помните *«Никто не знает достаточно. Чтобы делать неопровержимые заявления о судьбе другого человека»* (Норман Казинс). Показывайте то, что известно на данный момент: *«Тем не менее, вот то, что можно сказать о многих людях»*.

Подчеркивайте пределы своих возможностей: *«На сегодня это то, о чем нельзя сказать с уверенностью. Но избегайте фраз: «Мы ничего не можем для Вас сделать»*.

Следите за реакциями собеседника: если он меняет тему разговора, смотрит в окно, начинает суетиться – вероятно, оптимальный уровень информации уже достигнут. Спросите собеседника: *«Что Вас больше всего беспокоит на данный момент?»* и дайте ему возможность выразить свои чувства

Этап 5 Ответ на эмоциональную реакцию родственников: принять во внимание чувства, выразить сочувствие, поставить себя на место родственников и представить их мысли, чувства, интересы, потребности (*«Как бы я себя чувствовал в такой ситуации?»*). При этом необходимо придерживаться определенной эмоциональной дистанции и сохранять объективное отношение к ситуации.

Для того, чтобы побудить родственников к высказыванию своих переживаний, можно спросить: *«Что Вы сейчас чувствуете?»*, *«Как Вы это восприняли?»*. Необходимо помочь описать свои чувства, даже, если это невозможно, сама попытка имеет психотерапевтический эффект.

В этой ситуации врач-психотерапевт может поддержать пациента, быть солидарным с ним при помощи эмпатии.

Наш собственный дискомфорт на этой стадии может заставить нас быть либо слишком разговорчивым, либо наоборот, слишком кратким (и то и другое вызовет холодность со стороны родных). Оставайтесь спокойным и дайте родственникам время обдумать их чувства.

Помните: *собеседники могут не запомнить все факты, которые Вы им сообщаете, но они всегда будут помнить, как Вы это делали.*

Помните: *проговаривание чувств исцеляет само по себе, обеспечивая признание чувств, поэтому не стесняйтесь делиться своими чувствами, например: «Мне кажется, что Вы сейчас чувствуете...» или спрашивать о чувствах пациента: «Ваше основное волнение связано с...».*

Этап 6 Стратегия коммуникации и подведение итогов: подвести итог разговора и обсудить дальнейшие действия.

Родственники, ясно представляющие свое будущее с умирающим пациентом, с меньшей вероятностью чувствуют тревогу и неопределенность. До обсуждения плана лечения, важно спросить, готовы ли они сейчас к этому обсуждению. Разделение ответственности за принятие решения с пациентом и их родственниками может снизить любое чувство неудачи со стороны врача, когда лечение не эффективно.

Врачи часто чувствуют себя некомфортно, когда обсуждают с родственниками прогноз или варианты лечения, если информация неблагоприятная. Данный дискомфорт чаще всего основан на переживаниях, которые испытывает врач. Они включают: неуверенность относительно ожиданий родных, страх разрушить надежды, страх в собственном бессилии перед лицом бесконтрольно прогрессирующей болезни, отсутствие уверенности в том, что он сможет управлять ожидаемыми эмоциями собеседников и иногда смущение за ранее оптимистично обрисованный прогноз для пациента.

Обсуждаемый план должен учитывать индивидуальность каждой ситуации и снижать чувство неуверенности родственников. Необходимо описать все возможные варианты развития событий в будущем и постараться убедить родственников одновременно готовиться к самому худшему и все еще надеяться на лучшее.

Рекомендуемые фразы при общении: *«Вот что мы можем для Вас сделать», «Следующим нашим шагом будет...»*

Не используйте фразы «Я НЕ ЗНАЮ», «ЭТО НЕВОЗМОЖНО», «Я ЭТИМ НЕ ЗАНИМАЮСЬ», «НИЧЕМ НЕ МОГУ ПОМОЧЬ», «ЭТО ВАШИ ПРОБЛЕМЫ», «ВЫ ОБЯЗАНЫ», «ВЫ ДОЛЖНЫ» и прочие фразы, понижающие лояльность пациента.

Не следует критиковать родных и самого пациента за то, что они не следовали врачебным рекомендациям. Гораздо более правильная тактика – регулярно задавать вопросы на эту тему. Например, такие: *«Я знаю, что нелегко проходить лечение регулярно. Бывает ли у Вас, что Вам это надоедает....?»* Если это действительно так, можно сказать: *«Трудно в течение такого долгого времени проходить лечение. Но я бы Вас попросил(а) бы не ослаблять бдительность, ведь от этого в конечном счете зависит состояние здоровья Вашего родственника. А что может быть важнее этого?»*.

Закончить подведение итогов можно словами: *«У нас осталось 5 минут, есть ли еще что-то, что мы могли с Вами за это время обсудить?»*, *«Не упустил ли я чего-то важного для Вас?»*, *«Остались ли у Вас еще какие-нибудь вопросы, есть ли что-то непонятное?»*

Дайте знать родственникам, что, если у них в дальнейшем возникнут вопросы, связанные с состоянием пациента, они смогут обратиться к Вам для их разъяснения, например: *«Если со временем возникнут вопросы, Вы можете обратиться ко мне и мы договоримся о встрече...»*, *«Я готов обсуждать и в дальнейшем с Вами состояние Вас и Вашего родственника. Вы можете мне позвонить через..., чтобы договориться о встрече...»*

СИТУАЦИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВРАЧ – РОДСТВЕННИКИ ПАЦИЕНТА В СЛУЧАЕ СМЕРТИ ПАЦИЕНТА

Сообщение плохих новостей - задача не из легких. Сделав это некорректным способом, можно еще больше усугубить и без того тяжелую ситуацию. Поэтому очень важно научиться делать это правильно. Настоящая трудность (помимо содержания новости) заключается в том, что в данной ситуации плохо не только тому, кто сообщает неприятную новость, но и человеку, который ее выслушивает.

Этап 1. Необходимо справиться с собственной реакцией

Важно самому быть спокойным, привести свои мысли и чувства «в порядок» и только после того, как вы преодолете состояние собственного страха, вы сможете сообщить о случившемся.

Этап 2. Необходимо выбрать спокойное и уединенное место

Не надо сообщать плохую новость в общественном месте, где у человека не будет возможности сесть, чтобы справиться с первой реакцией на горе. Поэтому выберите место, где человек сможет сесть и осознать случившееся. Кроме того, выберите место, где никто из посторонних не вмешается в ваш разговор. Необходимо выполнить следующее, когда собираетесь сообщить плохую новость:

- Выключите все электронные приборы, такие как телевизор, радио и др.

- Закройте дверь, чтобы вам никто не мешал во время разговора.

- Если вы думаете, что вам будет сложно самому сообщить о случившемся, попросите коллегу сопровождать вас.

Этап 3. Выберите «подходящее время», если это возможно

В некоторых случаях ожидание невозможно, и лучше сообщить новость как можно скорее, прежде чем начнут распространяться слухи. Однако если ситуация не критическая, отложите сообщение неприятных новостей до того момента, когда другой человек будет готов их воспринять (*например, если человек умер ночью, то сообщить о смерти лучше с утра, после пробуждения, после 6.30, т.к. необходимо дать возможность отдохнуть человеку перед предстоящей тяжелой процедурой похорон*). Хотя подходящего времени не существует для сообщения плохих новостей, в некоторых ситуациях лучше подождать более подходящего момента.

- Если вам необходимо сообщить важную и срочную новость, сделайте глубокий вдох и прямо скажите о случившемся.

- В некоторых ситуациях можно сообщить срочную новость по телефону, но лучше встретиться с человеком лично, чтобы рассказать о случившемся.

- Если это невозможно или если вам необходимо срочно сказать о произошедшем, попросите человека сесть, так как вы собираетесь сказать ему что-то неприятное.

- Если вы переживаете о том, что человеку будет сложно справиться со своими эмоциями без посторонней помощи, спросите его, есть ли рядом с ним кто-то, кто сможет поддержать его.

Этап 4. Необходимо найти нужные слова и правильно сформулировать фразы.

Прежде чем сообщать плохую новость, вы должны подумать о ее содержании.

- *Говорить* о произошедшем **необходимо очень аккуратно, тихим и добрым голосом.**

- *Используйте жесты* для того, чтобы показать ваш интерес и заботу о собеседнике.

- *Ваше лицо должно отражать истинное участие.*

- Человек, которому вы сообщаете плохую новость, должен ясно понимать, что произошло. *Говорите конкретно* о случившемся. Не стоит «ходить вокруг да около». Человеку будет легче, если вы скажете ему о

произошедшем сразу, а не будете пытаться сообщить новость, заходя издалека. Расскажите о том, что произошло. ***Посмотрите человеку в глаза и скажите о том, что случилось.***

- ***Проявляйте гибкость.*** Наблюдайте за реакцией человека и при необходимости внесите необходимые изменения. Много влияет на то, как вы будете сообщать плохую новость. Например, ваши отношения с человеком или содержание новости во многом определяет то, как вы ее преподнесете другому.

- Если произошел несчастный случай, и кто-то умер, скажите **прямо, но мягко.**

- Дайте человеку возможность справиться со своими эмоциями. После того, как он будет готов, скорее всего, он спросит: «*Что случилось?*» или «*Что с ним?*» На этот вопрос вы можете ответить прямо: «*Мне очень жаль.....*».

Этап 5. Предложите человеку помощь, если это необходимо

- Рассказывая о произошедшем, реагируйте на эмоции.
- Установите связь между пониманием эмоции и причиной, по которой она возникла. В ответ на реакцию человека скажите: «*Я вижу (слышу, чувствую), как Вам тяжело...*».

- Благодаря этому человек увидит, что вы понимаете его чувства, ту боль, которую он ощущает, и при этом не пытаетесь давать какие-либо оценки, предположения или уменьшать значимость эмоции человека».

Этап 6. Будьте готовы к тому, что человек может ответить вам молчанием.

Не каждый человек задает вопросы или говорит что-то, узнав о чем-то очень плохом. Некоторые могут переживать настоящий шок. Может понадобиться время, чтобы человек осознал, что произошло.

- Если человек молчит, посидите с ним рядом, тем самым, выражая сочувствие.

- Предложите платок (салфетку), чтобы ваш собеседник мог вытереть глаза, если он плачет, или предложите ему стакан воды.

- Утешая человека, помните о социальных и культурных правилах поведения, чтобы не усугубить ситуацию.

Этап 7. Решите, что делать дальше

Когда вы сообщите человеку плохую новость, вы должны знать, как вести себя дальше. Если человек будет чем-то занят, ему будет легче справиться с состоянием шока. Он может что-то делать, решать какие-то

вопросы или руководить процессом подготовки похорон. Помогите человеку справиться со своими эмоциями. Выделите время, если человеку необходима ваша помощь. Кроме того, если вы видите, что человеку нужно выплакаться, будьте рядом с ним.

СИТУАЦИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВРАЧ – РОДСТВЕННИКИ ПАЦИЕНТА В СЛУЧАЕ ПОТЕРИ/СМЕРТИ ПАЦИЕНТА ДЕТСКОГО/МЛАДЕНЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Этап 1. Найдите спокойное, уединенное место. В случае, если у вас нет отдельного кабинета, постарайтесь найти место, где вас никто не будет прерывать (сотрудники, другие родственники, медперсонал); уделите время, которого будет достаточно для сообщения и ответов на вопросы.

Этап 2. Приготовьте успокоительные средства и бумажные платочки.

Этап 3. Не оставляйте большого пространства между собой и родственниками пациента. Вполне допустимо при необходимости немного наклониться к родственнику, чтобы его поддержать, либо предотвратить бегство.

Этап 4. Смягчите возможную шоковую реакцию родственника. Начните не с конкретной травмирующей ситуации, а с предварительного ознакомления. Например: «К сожалению, у меня не очень хорошие новости». Членов семьи называйте по именам. Сообщайте об изменениях ситуации лично.

Этап 5. Говорите короткими предложениями. Используйте простой язык - избегайте медицинской терминологии. Не используйте философский стиль в общении и не пытайтесь найти «луч надежды» во время обсуждения смерти ребенка. Избегайте метафор для слова «смерть» (например, «ушел в лучшее место»); используйте слова мертвый, умер, смерть и т.п.

Этап 6. Держите в фокусе своего внимания понимание родными ситуации. Старайтесь уточнять обратную связь, прояснять информацию, максимально ясно давать ответы.

Этап 7. Предоставьте родственнику возможность выговориться/выплакаться (если его реакция проявляется «здесь и сейчас»). Поддержите эмоциональную реакцию родственника. Это нормально — испытывать такие чувства в сложившейся ситуации. Если выражение гнева направлено на вас или других медицинских работников, постарайтесь принять их, не сопротивляясь. Таким образом родственники могут просто «выпускать пар». Если у родственников есть грубые и неправильные представления о случившемся, попытки разъяснить ситуацию являются разумными. Если встречаетесь с сопротивлением, то, вероятно,

целесообразно вернуться к предмету разговора в другое время и в другом месте.

Этап 8. Проинформируйте о работе профильных служб, в которые родители могут обратиться. Объясните родственникам, что они не останутся без внимания.

Дополнительно:

1. Попробуйте установить зрительный контакт и вести разговор со всеми родственниками, а не только с самыми активными. Следите за невербальными сигналами от родственников и не забудьте использовать их в беседе в качестве инструмента. Знайте свой язык тела. Попробуйте сесть. Касание руки или плеча может быть уместным.

2. Говорите правду, вместе с тем предоставьте родственнику возможность самому решать, что он хочет узнать. Не лукавьте и не скрывайте информацию. В процессе сообщения трудных новостей родственник понимает, что ситуация изменяется не в лучшую сторону. Соккрытие информации говорит о страхе самого специалиста как перед темой, так и перед эмоциональной реакцией родственника.

3. Молчание/паузы. Сообщение не должно быть сухим информационным потоком. Соблюдайте паузы, это время для родственника задать вопрос, отреагировать на сообщение, почувствовать вашу поддержку и внимание.

4. Если это возможно (при условии согласия родителя), допустимо присутствие кого-то из членов семьи или друзей.

Пациенты воспринимают следующие формы невербального поведения как более теплые и привлекательные: улыбки, кивки, движения кистей рук, зрительный контакт, направление плеча к пациенту под углом 90° и наклон корпуса тела вперед под углом 20°.

Исследование К. Howard выявило, что такие характеристики поведения фармакотерапевта, как

- частота называния пациента по имени
- фронтальная ориентация позы тела
- вокальная и мимическая оживленность в беседе

значимо коррелируют с **профессиональной успешностью врача.**

Предлагаем следующие правила, разработанные психологами для членов семьи (ближайшего окружения) умирающего пациента:

1. Не забывайте, что Ваш родной нуждается в вашей поддержке, а Вы в его. Все должно быть взаимно.

2. Ваши чувства не могут быть «приличными» или «неприличными», «зрелыми» или «незрелыми» — это просто чувства. Научитесь не винить себя за них.

3. Научитесь относиться к пациенту с пониманием, терпением и состраданием.

4. Разрешите выражать ему свои чувства и даже поощрять их.

5. Обсуждайте, по инициативе пациента то, что его тревожит в настоящий момент — страх, боль, смерть, чтобы у него не возникло чувство одиночества.

6. Научитесь просто слушать его, не давая оценки.

7. Важно пережить все трудности вместе.

8. Не бойтесь поделиться своими чувствами.

9. Почаще обнимайте и дотрагивайтесь до родного вам человека.

10. Не пытайтесь влиять на то, что чувствует больной. Какие бы не были чувства больного и Ваши — это нормально.

11. Просто спросите его: «Могу ли я тебе как-то помочь?».

12. Не пытайтесь отгородить близкого от домашних дел, если ему это под силу. А если он ослаблен, дайте понять, что очень нуждаетесь в его помощи.

13. Помолчите вместе.

14. Поощряйте здоровье, а не болезнь: не лишайте больного возможности заботиться о себе, обращайтесь внимание на любое улучшение, продолжайте проводить время в беседе с больным, когда он начнет поправляться.

15. Важно верить, что близкий может поправиться.

16. Поддерживайте, не стараясь «спасти».

17. Честно и открыто обсуждайте вероятность рецидива и смерти больного.

18. Станьте союзниками в борьбе против болезни.

19. Доверяйте медицинским работникам, оказывающим помощь больному. Попросите объяснить Вам особенности болезни, научитесь элементарным медицинским навыкам.

20. Консультация психолога поможет создать атмосферу открытости и безопасности, лучше понять друг друга.

21. Соприкасаясь со смертью, Вы обнаружите, что она перестала казаться Вам такой страшной.

4. Этические принципы и принципы профессионального отношения к смерти, проблемам пациентов в терапевтических ситуациях с неблагоприятным прогнозом и их семьями можно сформулировать следующим образом

1) Смерть, как и рождение — естественные события. Относитесь к умиранию, как к нормальному процессу завершения жизни.

2) Уважайте жизнь. Пусть она только теплится в организме, это все же еще жизнь.

3) Допускайте неизбежность смерти.

4) Вопрос не в том, чтобы лечить или не лечить, а в том, чтобы подобрать более подходящее лечение.

5) «Каждый человек имеет право на жизнь».

6) Нельзя торопить смерть и нельзя тормозить смерть.

7) Не спеши, приходя к пациенту. У тебя достаточно времени, а у него ограничено. Раздели его со своим пациентом.

8) Прими от пациента все, вплоть до агрессии.

9) Пациент и его близкие — единое целое. Будь деликатен, входя в семью. Не «спасай», а помогай.

10) Научись внимательно слушать пациента. Дай ему понять, что до его болезни тебе тоже есть дело.

11) Будь искренен с пациентом, подбадривай его, «зажги» в нем огонек надежды.

12) Пациент всегда прав; он ближе к смерти.

13) Относись к пациенту как к нормальному человеку, но с немного ограниченными способностями.

14) Расскажи родственникам о заболевании их близкого на доступном языке. Тогда они лучше поймут друг друга.

15) Собираясь на работу, не оставляй свою доброту, честность и искренность дома. Поделись ими с пациентом.

16) Основная цель твоей работы — облегчить боль и страдания как физические, так и душевные. Мы мало можем сами по себе и только с пациентом и его близкими мы находим огромные силы и почти неиссякаемые возможности.

17) Информировуй пациента о том, как проходит его лечение, каковы результаты лечения, возможные изменения, тогда ему легче «смотреть правде в глаза».

18) Если пациент желает знать правду, говори, но не спеши. Оставь путь к отступлению.

19) Главное, что ты должен знать - ты знаешь очень мало.

20) Не этично обещать пациенту или его родственнику, то, чего ты не знаешь или не сможешь осуществить.

21) Соблюдай «правила конфиденциальности».

При понимающем (эмпатическом) интервьюировании психотерапевт должен:

- ✓ чувствовать себя комфортно
- ✓ находиться “в хорошем состоянии”, то есть не ощущать себя расстроенным какими-либо посторонними мыслями
- ✓ быть эмоционально открытым и готовым отозваться
- ✓ при этом “держаться в тени”, направляя все внимание на пациента.

Медицинские работники, оказывающие помощь умирающим больным, испытывают огромное психологическое напряжение, которое может привести к развитию синдрома эмоционального «выгорания». Чтобы оставаться профессионалами, врачам и другим лицам, оказывающим помощь терминальным больным, необходимо выработать собственный алгоритм, определить личную «технологию» защиты, сформировав моральное отношение к восприятию смерти, неизлечимым пациентам, утрате и т.д.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авксентьева М.В. Семья и болезнь. Структура, функции и динамика семьи, болезнь в семье и роль семейного врача / М.В. Авксентьева. - М. : Медицинский вестник, 1994.
2. Айзенк, Г.Ю. Личность и история...болезни? / Г.Ю. Айзенк // Медицинская газета. – 1993. – 13 окт. — №81.
3. Арьес, Ф. Человек перед лицом смерти / Ф. Арьес; пер. с фр. ; общ. ред. Оболенской С.В. - М. : Издательская группа «Прогресс» — «Прогресс-Академия», 1992. — 528 с.
4. Байкова, И.А. Экстренная психологическая помощь для специалистов системы здравоохранения в кризисной ситуации : учеб.-метод. пособие / И.А. Байкова [и др.]. – Минск : БелМАПО, 2020. – 72 с.
5. Биктимирова, Т.З. Проблемы медицинской психологии в онкологии
6. и психосоматической медицине / Т.З. Биктимирова, О.Л. Модников. – Ульяновск : Изд-во СВНЦ, 1998. - 122 с.
7. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. / пер с нем. Г.А. Обухова, А.В. Бруенка; предисл. В. Г. Остроглазова. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. - 376 с.
8. Волкан, В. Жизнь после утраты. Психология горевания / В. Волкан, Э. Зинтл. – М. : Когито-Центр, 2017. – 162 с.
9. Гнездилов, А.В. Путь на Голгофу / А.В. Гнездилов. - СПб. : Клинт, 1991. - 136 стр.
10. Галифакс, Дж. Человек перед лицом смерти / Дж.Галифакс, С. Гроф – Серия : Лики культуры. - М. : Изд-во ИНИОН. – 1995. - 302с.
11. Гуггенбюль-Крейг А. Власть архетипа в психотерапии и медицине / А Гуггенбюль-Крейг.- СПб. : Б.С.К., 1997. – 117 с.
12. Досталова, О. Как сопротивляться раку? / О.Досталова. - С.Пб. — 1994.
13. Зальцбергер-Виттенберг И. Психоаналитический инсайт и человеческие отношения, кляйнианский подход / И. Зальцбергер-Виттенберг // Независимая фирма «Класс». - М. – 2006. - 181с.
14. Зорза, Р. и В. История Джейн Зорза: путь и смерть / Розмари и Виктор Зорза. - М., 1990.
15. Калиновский, П.П. Переход: последняя болезнь, смерть и после / П.П. Калиновский. - М. — 1992.
16. Кристофер, П. Прислушайся к внутреннему голосу. Юнгианский подход к психологическому консультированию / Пери Кристофер. - С-Пт.: Издательство ДНК, 2008. - 236 с.
17. Лакосина Н. Д. Медицинская психология / Н.Д. Лакосина, Г.К. Ушаков. — Изд.2-е, перераб. и доп. — М. : Медицина, 1984. - 272 с.

18. Леонова, А.Б. Психопрофилактика стрессов / А.Б. Леонова, А.С. Кузнецова. — М. : МГУ, 1993.
19. Мак-Вильямс, Н. Психоаналитическая диагностика / Н. Мак-Вильямс. — Москва, 1998.
20. Пестов, Н.Е. Современная практика православного благочестия : книга 1 / Н.Е. Пестов. — С.-Пб. : Сатисъ. — 1994. — с.28
21. Рекомендации Res (2003) 24 Комитета Министров Совета Европы государствам-участникам по организации паллиативной помощи : приняты Комитетом Министров 12 нояб. 2003 г. на 860 заседании уполномоченных представителей министров. — изд. при поддер. Общероссийского общественного движения «Медицина за качество жизни». — Режим доступа: <http://rudocor.net/medicine2009/bz-gw/med-qmru/rg-2.htm>.
22. Седжвик, Д. Раненый целитель. Контрперенос в практике юнгианского анализа / Д. Седжвик. - М. : Добросвет, КДУ, 2007. — 232 с.
23. Солженицын, А.И. Раковый корпус : повесть / А.И. Солженицын. — Томск : Том. кн. изд-во, 1991. — 445 с.: ил.
24. Паллиативная помощь онкологическим больным : учебное пособие / под ред. проф. Г. А. Новикова, акад. В. И. Чиссова. - М., 2006. - 191 с.
25. Терещук, Е.И. Особенности личности лиц «помогающих» профессий, их постоянная подверженность стрессу и возможности конструктивного выхода / Е.И. Терещук // Психотерапия и клиническая психология, НПРЖ. — Минск, 2010, - № 1 (32). — С.23-32.
26. Ульник, Хорхе. Кожа в психоанализе : пер. с англ. / Хорхе Ульник. — М. : Когито-Центр, 2017. — С. 53–54.
27. Файн, Сара Ф. Первичная консультация: Установление контакта и завоевание доверия / Файн Сара Ф., Глассер Пол Г. - М. : «Когито-Центр», 2003. - 238с.
28. Eady, H. Clergy Stress / Eady H.. - Contact, Summer. — 1975.
29. Winnicott, D. W. Mirror-role of Mother and Family in Child Development, in Playing and Reality - London, Penguin. — 1967.

Учебное издание

Байкова Ирина Анатольевна
Терещук Елена Ивановна
Давидовский Сергей Владимирович
Тарасевич Елена Владимировна
Родцевич Ольга Григорьевна

**ОСОБЕННОСТИ КОММУНИКАЦИЙ ВРАЧ-
ПАЦИЕНТ/РОДСТВЕННИК ПАЦИЕНТА В ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ
СИТУАЦИЯХ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПРОГНОЗОМ**

Учебно-методическое пособие

В авторской редакции

Подписано в печать 29.12.2021. Формат 60x84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 2,5. Уч.- изд. л. 1,9. Тираж 100 экз. Заказ 97.

Издатель и полиграфическое исполнение –
государственное учреждение образования «Белорусская медицинская
академия последипломного образования».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 3/1275 от 23.05.2016.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3, кор.3.