

ПЕРЕЖИВАНИЕ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ И СОПРОВОЖДАЮЩИМИ ИХ ЛЮДЬМИ

Е.В.ОРЕСТОВА, Ф. ДЕ ГРААФ*

Опираясь на опыт работы с умирающими людьми в Хосписе, авторы размышляют о том, какую роль играет осмысление человеком события приближающейся смерти. Тему смерти не принято обсуждать, особенно в тех случаях, когда человек действительно стоит на пороге своей кончины. Она вытесняется, отвергается не только самим больным, но и их родственниками и даже лечащими врачами. Однако, как показывают авторы, возможно, именно в таких случаях человеку более всего необходимо прожить свой страх и быть принятым и понятым окружающими. Смелость взглянуть в лицо собственной смерти и принять это последнее свершение в своей судьбе, со всей его возможной полнотой, не только облегчает физические страдания больного, но придает жизни особый смысл, поднимая ее на предельную высоту человечности.

Чтобы научиться хорошо жить, нужно сначала научиться хорошо умирать.

Сократ

Никто так не ценит жизнь, как тот, кто готов в любую минуту с ней расстаться.

Сенека

* **Орестова** Елена Владимировна. – проф., зав. кафедрой общей психологии МГМСУ;

де Грааф Фредерика – психолог, рефлексотерапевт, Первый Московский Хоспис.

1. Принятие/непринятие смерти и смысл жизни

Опыт работы в Хосписе с больными, умирающими от рака, показывает, что на физическую смерть часто смотрят как на самое ужасное, что может случиться с человеком. Поэтому люди изо всех сил пытаются избегать мыслей о смерти, отодвигая ее возможность в неопределенное будущее. Врачи нередко не сообщают правдивого диагноза, даже если за счет этого продлеваются страдания умирающего – физические, душевные и духовные. Чаще всего идея смерти бывает вытеснена, не включена в «картину жизни» человека. В более узком смысле она не включена и в «картину современной медицины», в мышление значительного количества врачей.

По нашим наблюдениям, страх смерти и желание избежать ее влияет не только на самих больных и их близких, но также на медперсонал и даже на общество в целом.

Перед лицом смерти встает главный вопрос: в чем смысл жизни? Не абстрактно, а вполне конкретно: если я умру сейчас, через месяц, год или через 20 лет, в чем смысл моего личного существования?

На практике тот факт, что человек оказался во власти смертельной болезни, впервые сталкивает его с реальностью «конечности» бытия. Возникает экстремальная кризисная ситуация, в которой вся предыдущая жизнь, все убеждения теряют свою основательность и прочность. Со всей остротой встает вопрос: есть ли смысл в страдании? Для онкологических, как и для всех умирающих больных, вопрос этот неизбежен. Они спрашивают себя и других: мои муки – телесные, душевные и духовные – все равно окончатся смертью. Тогда зачем они, какой во всем этом смысл?

Подробное обсуждение глубинного вопроса о смысле страдания перед лицом смерти в рамках данной статьи не входит в наши намерения. Однако мы убеждены, что изучение этого вопроса необходимо для всех, кому предстоит общение с больными, у которых обнаружена неоперабельная раковая опухоль, и которые, кроме возможного лечения, особо нуждаются еще и в помощи и сочувствии. Как можно помочь обреченному человеку не отчаиваться и, вопреки всему, найти смысл в его страданиях перед кончиной?

Авторы, исследовавшие этот вопрос, утверждают, что страдание и сама смерть несут в себе глубокий положительный смысл именно *для жизни* (Василюк, 1991; Антоний, митрополит Сурожский, 2001; Франкл, 1990; Ялом, 1999; *Kybler-Ross*, 1969). Все исследователи, когда-либо коснувшиеся этой проблемы, единодушно приходят к выводу, что *неприятие* факта смерти делает жизнь примитивнее и мельче. Человек,

отгоняющий от себя мысли о смерти и тем самым отрицающий неминуемость своей кончины, всю жизнь живет тревогой, вызванной этим отторжением. Вместо того, чтобы смотреть смерти в лицо и стать свободным, он старается избежать неизбежного и попадает в так называемый экзистенциальный вакуум, жизнь без смысла. И напротив, принятие человеком факта своего умирания и смерти – как последнего кризиса жизни, положительно влияют на качество его бытия. И это касается не только периода умирания, но течения всей жизни.

В.Франкл, доктор медицины, невролог и экзистенциальный психотерапевт, бывший узник концлагеря, считает, что каждый человек уникален: каждый имеет свое особое жизненное назначение и несет ответственность за осуществление смысла именно *своей* жизни (Франкл, 1990). На взгляды В.Франкла оказало сильнейшее влияние пребывание в концлагере в период Второй мировой войны. Их отправной точкой стало следующее положение: именно там, где мы беспомощны и лишены надежды, там, где не в состоянии изменить ситуацию, – именно там мы призваны *измениться сами*. «Страдание имеет смысл, если ты сам становишься другим», – имеются в виду те страдания, которые не могут быть устранены, такие как неизлечимые болезни или неустрашимые муки в концлагере. Будучи одновременно узником и психотерапевтом, он обсуждал с заключенными свои и их взгляды на жизнь и страдания, призывая думать не о том, чего можно *ждать* от жизни, но о том, что ты сам можешь *дать* ей. Он помогал заключенным осмыслить мучивший их вопрос «Как выжить?» и заменить его другим: «Зачем жить?». Другими словами, размышлять надо над тем, в чем в *данную минуту* состоит твоя уникальная задача: что ты можешь дать жизни сейчас?

В последней фазе жизни, когда человек уже ничего не может совершить деятельным образом (что соответствует состоянию умирающего от смертельной болезни), смысл существования, по мнению В.Франкла, можно найти именно в *отношении* к неизбежному уходу из жизни.

В.Франкл глубоко верит в человека и в его способность к внутреннему росту вопреки и наперекор всему. Человек, полагает он, призван изменяться и постоянно искать смысл бытия на протяжении всей своей жизни, включая период умирания и предстояния перед смертью (Франкл, 1990).

С точки зрения врача и богослова Антония Сурожского, любые страдания (особенно предсмертные) обладают глубоким смыслом для жизни. Он, как и Франкл, утверждает: «Если мы считаем, что жизнь должна быть легкой, тогда в ней нет места страданию. Если самое главное для человека – жить и получить все, что жизнь может дать приятного, тогда очень трудно взглянуть в лицо страданию» (Антоний, митро-

полит Сурожский, 2001). Как и В.Франкл, он считает, что страдание можно принимать мужественно только в том случае, если человек живет и готов умереть ради чего-то более значимого, чем он сам. Распространенный пример – мать ради больного ребенка совершенно забывает себя и свои потребности. Митрополит Антоний подчеркивает существующую связь между осмысленностью страдания и терпением человека. Эта связь хорошо прослеживается и в обычной жизни. Когда есть стремление действительно чего-то достичь, мы легко терпим всякие мелкие неудобства. Он утверждает, что память смерти нужна каждому, но не как дамоклов меч, а как средство осознания, что каждый момент жизни может быть последним. Имея такую память, человек мог бы жить более совершенно, спокойно и глубоко. Также он считает, что одна из задач врача – принятие мысли о собственной смерти. Если врач не решил для себя задачу своей собственной смерти, он не сможет спокойно находиться рядом с умирающим. По мнению митрополита Антония, если врач или любой другой сопровождающий больного боится смерти, он будет мешать ему, не давая честно заглянуть в свои чувства. Только приняв факт конечности собственной жизни, врач сможет пребывать рядом с пациентом и его родственниками, не закрываясь от их горя. И только в таком случае он сможет помочь больному заговорить о самых главных чувствах, с которыми пытается справиться его душа. Тем самым врач разделит с больным его страхи и тревогу и поможет ему не чувствовать себя одиноким в этот – один из самых главных моментов жизни (*Антоний, митрополит Сурожский, 1999; 2001*).

Широко известный американский психолог и психотерапевт К.Роджерс утверждает, что существует тесная связь между понятиями «смысл жизни» и «личность», и что в основе этих двух понятий лежит один и тот же вопрос: «Кто Я? Как я могу стать собой?» (*Василюк, 1991*). Роджерс делает особый акцент на взаимоотношениях врача и пациента в сложных ситуациях, требуя от них обоих искренности и открытости и считая само это условие не менее важным, чем работа непосредственно с жалобами больного. По его мнению, психотерапевт – всего лишь проводник, сопровождающий клиента на его пути. Но проводником может быть только тот, кто сам в значительной мере прошел подобный путь. Роджерс пишет: «Я обнаружил следующее: чем искреннее я в отношениях, тем полезнее они для клиента/больного. Это значит, что я должен как можно больше знать о *своих* чувствах, а не демонстрировать внешне одно отношение, а на более глубоком, бессознательном уровне скрывать другое» (*Роджерс, 2001*).

К.Роджерс утверждает, что именно болезнь помогает отбросить ту фальшь и маску, которую часто натягивают на себя здоровые люди.

Только принимая каждый конфликт, любое возникшее горе в себя, переживая все это, человек может обрести свое реальное «Я». Именно в силу конфликта, он может возрастать личностно. Если человек не обманывает себя и борется, то он стоит на пути становления своей личности. Понятно, что перед лицом смерти возникает крайний конфликт. Но мы до конца свободны в выборе своего отношения к событиям жизни, включая умирание и смерть (*Роджерс, 2001*).

Американский психотерапевт И.Ялом неоднократно наблюдал, что многие раковые больные, благодаря осознанию и восприятию возможности личной смерти, поразительно изменялись, проходя через внутренние перемены, которые он характеризует как личностный рост. Он вел групповую психотерапию с женщинами, больными раком груди. Его клиентки признавались ему, что «...как только первая волна паники отступала, приходило поистине золотое времечко». Они говорили, что болезнь помогла им стать мудрее, лучше узнать себя, заставила сменить приоритеты, стать сильнее, отказаться от множества пустых и ненужных вещей и начать ценить то, что обладает истинной ценностью, – семью, друзей, близких. Они признавались, что впервые в жизни научились видеть красоту, наслаждаться течением времени. Как жаль, сокрушались многие, что понадобилось оказаться во власти смертельной болезни, чтобы научиться жить» (*Ялом, 2006*).

Перемены, происходившие с этими женщинами, были столь велики, что И.Ялом неоднократно обсуждал их феноменологию со своими студентами в следующей форме: он описывал им эти изменения и потом задавал вопрос, о какой, по их мнению, терапии в данном случае шла речь. Удивление студентов было весьма велико, когда они узнавали, что причиной происходящих перемен была вовсе не терапия и даже не лекарства, а сама по себе смертельная болезнь.

И.Ялом различает разные компоненты страха смерти: он может представлять как страх того неизвестного, что наступит после смерти, или как страх самого умирания, наконец, – как страх прекращения бытия. В своей психотерапевтической работе он сосредотачивается, прежде всего, на страхе, связанном с прекращением бытия, подчеркивая при этом, что чувство беспомощности у пациентов порождается тревогой, базовым источником которой является неосознанность приближающегося события смерти. И наоборот, будучи осознанной, смерть оказывается мощнейшим стимулом личностного роста. Среди многочисленных наблюдений И.Ялома нам кажется важным отметить следующее: чем ниже удовлетворенность прожитым, тем выше депрессия, тревога, агрессия и общее беспокойство по поводу болезни и качества медицин-

ского обслуживания. И наоборот, если жизнь прожита хорошо, то и смерть представляется не такой ужасной (Ялом, 1999).

Все вышеупомянутые авторы оценивают смерть как позитивный фактор жизни, достигая единодушия в том, что, будучи «пограничной ситуацией», она может радикально изменить взгляд пациента на прожитую жизнь, на себя самого, своих близких и позволить прожить последние моменты своей земной жизни без страха – спокойно и глубоко.

2. Сила духа и процесс умирания

В результате многолетнего опыта работы с онкологическими больными, стоящими на пороге смерти, мы обнаружили, что характер процесса умирания напрямую зависит от принятия или непринятия пациентом факта близости собственной смерти. В случае ее принятия, что бывает примерно в 20% случаев, больные уходили из жизни спокойно, умиротворенно, их физические страдания относительно купировались, если возникали отдельные негативные эмоциональные проявления, то они носили слабовыраженный характер и также легко преодолевались. Однако около 80% больных, ввиду неприятия близящейся кончины, умирали беспокойно, с тяжелыми симптомами, почти не поддававшимися купированию.

Отрицание приближающейся смерти служит разрушительным фактором по отношению к важнейшим сторонам жизни умирающего. Это проявляется в тяжелом душевном состоянии – в эмоциональной угнетенности (нередко, агрессии), в возникновении смыслового вакуума, в дисгармонии социальных отношений.

На уровне физического состояния влияние данного фактора может проявляться в усилении болей, тошноте и рвоте, потере аппетита, бессоннице, головных болях, высоком давлении.

На эмоциональном уровне проявляется тревога, которая может сопровождаться яростью, раздражением, требовательностью, сарказмом или крайней замкнутостью, депрессией, отчаянием, апатией, различными страхами. Если смерть не принимается человеком, то есть возможность и близость собственной кончины не воспринимается как часть бытия, то пациент ни в чем не может найти покоя и боится заснуть. Его преследует мысль: «А вдруг я не проснусь». Такой человек закрыт для самого себя, для его родных и близких, для оставшейся ему жизни.

Другой важный аспект проблемы близящейся смерти и ее принятия больным – отношение к данному факту окружающих (родных, врачей,

медперсонала). Принятие всеми этими людьми события смерти в ее неизбежности способствует более доверительному, глубокому контакту с больным и большему примирению умирающего с реальностью. Отрицание же родственниками (и врачами) приближения смерти близкого человека, а тем самым и своей собственной смерти, усиливает у умирающего чувства страха и одиночества, при этом все его симптомы – физические, душевные (эмоциональные), духовные (осмысленные) – свидетельствуют о неуклонном ухудшении состояния. Кроме того, такое положение делает больного крайне одиноким. Чувство одиночества особенно усугубляется, крайне отрицательно влияя на больного, на последней стадии болезни, когда сам умирающий, чаще всего, уже знает, что он умирает (это знает и об этом говорит его тело, которое невозможно обмануть), а близкие и врачи продолжают не принимать, «не понимать» этого факта. От невозможности поделиться своим страхом и тревогой с врачами и близкими людьми, умирающему становится труднее расслабиться и предать свой дух и тело в руки судьбы. В результате, продлеваются его физические, душевные и духовные страдания, достигая нередко степеней отчаяния. Самые последние дни и часы он проводит в крайнем одиночестве, в невозможности поделиться тем, что происходит в его душе. Физические боли часто усиливаются, не снимаются и другие многочисленные симптомы. Часто мы наблюдаем, что человек не может умереть, пока родственники «держат» его, не дают ему перейти решающую грань.

Неприятие всеми нами факта *собственной* смерти вызывает в нас самих тревогу, которая влияет бессознательно на отношение к умирающему. Собственные скрытые тревоги близких и медперсонала передаются больному разными способами. Отношение к нему может становиться поверхностным, несострадающим, жестким. Вследствие этого страх больного увеличивается, одиночество углубляется, усиливаются все жалобы.

Отметим, что когда общество в целом, защищаясь от собственного страха перед смертью, отворачивается от факта ее неизбежности, – редуцируется само общество как таковое. И тогда каждый человек, который напоминает другим, что на самом деле все не так прекрасно, как хотелось бы верить, отвергается жестоким образом. Естественной реакцией на тех, кто расшатывает чувство ложной безопасности, является их отвержение (Тиллих, 1994; Шмеман, 2005).

Итак, подытожим идеи, которые нам казалось особенно важным донести до читателя. При условии неприятия врачом и медперсоналом (а также близкими людьми больного) факта неизбежности личной смерти, тревога врача, в ситуации диалога с пациентом, будет лежать в основе отношения к нему, и врач окажется не в состоянии оказать больному необходимую помощь. Не осознав свою собственную тревогу и страхи по этому поводу, врач не сможет добраться до сути многих физических и психологических жалоб терминальных больных. И, кроме того, есть опасение переноса собственного страха и тревоги на больного (и без того уже достаточно встревоженного), который стоит перед лицом своей кончины.

3. Клинические случаи

Проиллюстрируем высказанные положения описанием нескольких случаев терминальных пациентов (Хоспис № 1), с которыми работала Фредерика де Грааф.

1. Отрицание смерти: экзистенциальный вакуум

1. Пациентка Т. 52 года, опухоль левой груди.

Поступила в Хоспис после двухлетнего хождения по больницам. Прошла курсы лучевой терапии и химиотерапии. За два года до поступления в Хоспис Т. сама обнаружила маленькую выпуклость на груди и сразу же обратилась к врачу. Ее отослали домой – мол, все нормально. В результате врачи начали лечение с опозданием. Был назначен курс химиотерапии, во время которого больная сильно страдала от рвоты.

Она лежала в отдельной палате. Муж находился с ней постоянно, даже спал здесь же, на диване. В семье было два сына, которые навещали мать редко. «Работают, заняты», – объясняла она.

У нее были очень умные глаза. Все она замечала, всех оценивала сразу и достаточно точно. Она была директором крупного магазина и много работала. Подчиненные ее любили и очень уважали.

Жили они с мужем хорошо. Муж, С., – добрый, простой человек, механик по специальности. Он сам признавал: «Она глава нашей семьи. Мы ссоримся, но очень любим друг друга». Это так и было: до самого конца она ссорилась с ним, обличала его при всех, а он терпеливо выслушивал и приносил ей всегда все, чего бы она ни захотела.

У нее были нестерпимые боли, которые не купировались ничем, – страх смерти был очень глубокий, он буквально читался в ее глазах. Она не желала признавать, что конец наступит не через год, а намного раньше. Все ей не нравилось, она меняла медсестер и даже отказалась от одного из лечащих врачей. Лекарства были, с ее точки зрения, «никудашные». Но иногда Т. использовала боль в своих целях. Боль была физическая, но в большей степени она состояла из психологических компонентов. Однако Т. отказалась от духовной помощи, объяснив это тем, что ей уже «ничего не поможет».

Характер у нее был властный. Всё и все были у нее под контролем. А умереть для нее, как и для многих, значило, главным образом, потерять этот контроль. Она выражала это гневом, раздражением на всех и особенно на мужа. Увеличивались физические боли и тошнота, ничего не помогало. Она плохо спала по ночам, боялась не проснуться, до конца не хотела осознавать, что умирает. И мира себе так и не нашла. Перед самым концом она отказалась от всякой помощи. Характер у нее был очень сильный, что во многом и мешало ей расслабиться.

Даже за два дня до смерти, находясь уже в бессознательном состоянии, она иногда вдруг приходила в себя – тут же ссорилась с мужем и медперсоналом – и снова погружалась в предсмертное небытие.

2. Пациентка Е., 16 лет, саркома правой руки, метастазы в кости.

Во втором случае нам хотелось бы познакомить читателей с молодой девушкой Е.

Она поступила в Хоспис после полутора лет мучений в больницах, где почти не спала, так как боли были невыносимые. Крик и стоны продолжались и здесь. Ей ничего не помогало, все анальгетики оказались бесполезными. Болело все: руки, ноги, тело. На ноге и спине были пролежни. Ногами она уже не могла двигать. У нее были огромные светло-голубые глаза, волос после многочисленных курсов химиотерапии не осталось, вырос лишь небольшой пушок.

Она лежала в одноместной палате. Мама неотлучно находилась рядом с ней. Это была физически крепкая женщина, независимая и замкнутая, привыкшая все держать под своим контролем. К сожалению, контроль, прежде всего, распространялся на дочь. Мать утверждала: «Я сама поставлю ее на ноги». Она плохо вступала в контакт с медперсоналом, была приветлива, но закрыта, других к себе не допускала. Несмотря на внешние

проявления уверенности, в ней чувствовался глубокий страх перед предстоящей смертью дочери. Она не позволяла развиваться этому страху, что выражалось в отчаянном показном оптимизме, а в последние недели – в пьянстве. И, конечно же, ее «спрятанные» тревога и страх передавались дочери.

Однажды Е. особенно сильно выкрикнула, что все болит, что терпеть больше не может. Других эмоций она не выражала. Все врачи понимали, что ее боль имеет сильную эмоциональную окраску. Разговаривать с ней о чем-либо было трудно, так как мама всегда была рядом и не допускала тем, касавшихся болезни дочери: «Она выздоровеет – и все».

Однажды я вошла в палату, не зная, что сказать и что делать. Я спросила Е., какое самое плохое переживание было у нее за время пребывания в больницах. Она посмотрела на меня и с неохотой ответила: «Кровь пошла из носа, очень много, целых полтора литра». Я ответила, что, конечно, это страшно, но часто что-то кажется страшнее, чем есть на самом деле. «Нет, – сказала она, – давление у меня тогда было 90 на 40». И добавила: «Я уже была Там». Она замолчала. «И как тебе было там?» – спросила я. С неохотой ответила: «Хорошо. Тепло». И неожиданно зарыдала: «Мне страшно». «Почему тебе страшно, раз тебе там было тепло?». Она посмотрела на меня с гневом, задрожала всем телом и закричала: «Я не хочу быть там, я хочу быть здесь». Начались судороги, я ждала молча. К сожалению, мама сразу прибежала, прижала дочь к себе и стала утешать, не давая ей выразить тревогу и страх. «Крышка» страха, копившегося уже более полутора лет, едва приоткрывшись и выпустив чуть-чуть пар, – снова крепко захлопнулась. Больше никто не мог заговорить с девочкой. Мама закричала на меня: «Она сейчас устала. Лучшие мы отдохнем».

И как только мама «захлопнула крышку», Е. закричала: «Ой, болит рука». Ее страх был подавлен, что сразу же выразилось в физической боли. Но впервые после трех недель пребывания в Хостисе она крепко заснула и продолжала спать долгое время, сон у нее больше не страдал нарушениями.

До этого и родственники, и медперсонал от всей души старались сделать для Е. что-то приятное, ее развлекали любимыми игрушками, видеофильмами, но все это не могло снять душевную боль. Девочка была одинока, замкнута в своем мире, зная, что надежды нет, – а поговорить об этом было не с кем.

Когда обманывать себя стало уже невозможно, мать начала сильно пить. Пьяная, она бродила по ночам около Хосписа. Ради дочери она иногда воздерживалась от алкоголя, но бывало, что по выходным, когда врачей в отделении было меньше, она лежала на раскладушке без чувств. Е. все это видела и тогда обслуживала себя сама с помощью медсестер. Она сама их вызывала, и ни крика, ни капризов при этом не было, – все терпела и понимала. Она заставляла маму чистить зубы – «Очень пахнет от тебя. Неприятно». Матери и самой было стыдно, она извинялась перед медсестрами, просила ей помочь, рыдала. В трезвом состоянии невыносимо глубоки были ее борьба и горе.

За две недели до смерти, Е. много спала, но оставалась в сознании. Ее светло-голубые глаза, казалось, потемнели – такое углубление в себя. Страх уже не ощущался, и стало возможным держать боли под контролем. Уменьшилось раздражение. Мама лежала рядом с ней. Я зашла, и вместе с мамой мы смотрели на спящую девочку. Меня поразила ее неземная красота: вокруг нее как бы установилась светлая, тонкая, но очень глубокая тишина и – еле заметная улыбка у губ.

Мать меня спросила: «Ну, как она?». Я не сразу ответила, мы вышли в сад. «Она такая красивая», – сказала я. Первый и единственный раз мать стала собой и ответила: «Да, я тоже заметила, она уже там, не так ли?»

Я была удивлена, что мама это точно увидела. Но уже через минуту она вновь перешла на бодрый тон, рассказывая о своей даче, куда они с дочерью скоро уедут жить. Последний раз, когда я вошла просто поздороваться с ними, Е. упорно и долго, минуты две-три, ничего не говоря, смотрела мне в глаза. И я смотрела на нее. Не знаю, что она увидела в моем взгляде, но мы обе понимали, что конец близко, и это было прощание. У Е. зрачок в правом глазу стал очень маленьким, а в левом – большой. Через день она впала в бессознательное состояние, и через два дня после этого рано утром вздохнула два раза, губки стали синими, и она умерла.

Врач сказал маме: «Все». Она смотрела на дочку. Переспросила: «Что?» – будто не слышала. Некоторое время не могла принять, что она умерла. Кричала: «Я тебя не отпущу. Почему ты меня оставила? Скажи, открой глаза. Почему у тебя такие синие губки? Посмотри на меня. Зачем ты меня оставила?». Потом: «Мы с тобой встретимся. Я знаю, что ты меня слышишь».

Последняя просьба мамы была в том, чтобы медсестры и врачи в морге надели дочке парик, покрасили ее синие губки, чтобы она выглядела красивой, как живая.

2. Принятие смерти: свобода личного роста

1. Пациент Н., 65 лет, рак мочевого пузыря.

Когда автор впервые встретился с Н. в Хосписе, он лежал там уже третий раз. Перенес много неудачных операций, болел более десяти лет. Он говорил, что дома уже три года, ни днем, ни ночью не мог найти себе места от боли. Лежа, ему становилось хуже, поэтому часто дремал, сидя в кресле.

Геолог по образованию, он много путешествовал, очень рано и блестяще защитил диссертацию. Вторая его жена была на 20 лет его моложе. Дочь, 18 лет, хорошо училась. Жена – М. возглавляла школу и много работала. Он очень беспокоился о ней, часто про нее говорил.

У него были голубые глаза, высокий лоб, роста среднего, ходил с палкой или передвигался с помощью коляски.

Медсестры хорошо его знали, он часто приезжал к ним на пост. Подъедет, пошутит, в нем было много иронии, даже сарказма, особенно в начале болезни. При первом поступлении в Хоспис он был совершенно замкнут, мог быть очень резким, нетерпеливым. Несмотря на всю его сложность, в нем было очень много мужества.

Со временем Хоспис стал его вторым домом. Он жил здесь на протяжении нескольких месяцев. Потом возвращался на короткий срок домой. Постепенно он все более смягчался, стал доверять ухаживающим за ним людям, шутить с ними – это была форма контакта.

Он любил быть в Хосписе, говорил, что дома оиццует себя бременем для жены и дочки. «Ведь она столько работает и дочке надо учиться, а я ночью не сплю – мешаю им отдыхать». Только перед самой кончиной он слег в постель. Постепенно все более слабел – ближе к концу стал неадекватно реагировать на происходящее из-за интоксикации, теряя над собой контроль, который был так важен для него.

Он не раз мне говорил, что очень хочет, чтобы мы встретились с его женой. Однажды, когда он, как обычно, говорил о жизни с болью и сарказмом (считал, что нравы упали, что Россия теряет и нравственность, и способность думать), я у него спросила, что для него самое светлое в жизни. Даже не обдумыв-

вая, он ответил: «Моя жена; жаль, что так поздно с ней встретился». Очень гордился дочкой: «Хочу, чтобы она научилась думать. Я ее учу самой добиваться своей цели». Он много лет страдал физически и душевно, в чем был источник его раздражительности. Но факт близкой смерти он принимал спокойно, в конце даже желал этого (скорее всего, устал болеть).

Когда мы с ним познакомились, он не боялся ничего, в глубине души верил в Бога, хотя вначале не хотел этого показывать и говорил о «том свете» со своим привычным сарказмом. К концу он смягчился, стал более молчаливым, и только глаза говорили обо всем, что происходило в душе.

Только когда он, наконец-то, мог лечь в кровати, увя, уже незадолго до смерти, я познакомилась с его женой. Умная и тонкая, крайне уставшая женщина, лет 45. Три дня и три ночи она сидела рядом с ним, много плакала. Н. долго еще был в сознании или в полусознании, но даже и тогда передавалось, что он переживает вместе с женой ее страдание. У жены было явно выражено чувство вины. Говорила она об этом и ему вслух: «Милый, прости меня. Слишком много я работала». Имне: «Надо было с ним быть побольше». Мужу: «Милый, открой глаза, скажи слово. Открой глаза».

Долго он не мог умереть, задыхался, боли не снижались анальгетиками, даже морфием. Мы с ней говорили о том, что когда человек умирает, он не может дать себе уйти, пока самый близкий человек не готов к этому и не дает ему «разрешения» перейти в этот другой мир. «Такое бывает, – сказала я ей, – когда есть единство и глубокая любовь между двумя людьми».

Через три месяца после смерти Н., мы встретились с его женой снова. Она начала разговор именно с того, как он умирал. Муж страдал еще всю ночь. И тогда она поняла, что действительно, именно от нее самой зависит его уход. «Как только я смогла всей душой отпустить его, боли его, наконец, стали уменьшаться, и он умер спокойно».

2. Пациентка Н., 62 года, рак легких и метастазы в кости.

Это пример человека, который вначале почувствовал себя «жертвой судьбы», а в дальнейшем нашел в себе силы, чтобы умереть «свободным». Пациентка не «провалилась» в свою болезнь, а выросла над ней и умирала тихо и очень достойно.

Она сама была врачом-педиатром. Сначала болела дома – рядом был любящий муж, дочь и верная ей большая собака, которая не отходила от нее.

Н. решила, что, раз у нее рак, – лучше сразу же умереть. Лежала она в большой комнате, родственники ходили вокруг нее на цыпочках, говорили шепотом, каждую минуту ожидая ее смерти. Но при первой нашей встрече стало ясно, что время ее еще не настало, жизненные силы были слишком крепкими, чтобы позволить ей умереть. Встреча с Н. была простой, она и все родственники знали ее диагноз и открыто говорили о ее болезни. Говорила Н. еле слышно – у нее была глубокая депрессия. Изредка она открывала свои красивые глаза, но продолжала лежать крайне пассивно.

Приблизительно через месяц ее привезли на три недели в Хоспис, чтобы облегчить ее симптомы (боли, тошноту) и заодно дать мужу возможность восстановить свои силы и спокойно побыть рядом с ней, не ухаживая за ней, а только переживая ее состояние.

Н. была очень красива – она была похожа на белого лебедя. Я ей это сказала и добавила, что у лебедя всегда есть выбор: взмахнуть крыльями и полететь ввысь или сунуть голову под крыло. Она поняла, о чем шла речь, и впервые улыбнулась.

Чуть позже мы с ней поговорили напрямик о том, что и на этом этапе жизни у человека есть выбор: взлетать – быть примером для своих близких, показав им, как можно достойно принимать свою кончину, или падать – манипулировать при помощи болезни окружающими, заставляя любящих все оставшееся время проводить в унынии и подавленности.

Больше мы не возвращались к этой теме, но часто говорили про нашего «лебедя». Каковы сегодня его крылья? Этого было достаточно. Она постепенно стала шире открывать глаза, голос стал более звонким, и иногда она мне улыбалась.

На время ее выпустили домой, и через два месяца она легла в Хоспис в последний раз. Она была необыкновенно красивой, тихой и умиротворенной. Когда настало время, чтобы действительно оставить этот мир, я ей улыбнулась и сказала: «Ну вот, Н., сейчас ты на самом деле стоишь перед смертью, которую ты ждала». Она посмотрела на меня спокойно, тонко улыбнулась и закрыла глаза. Боли еще не отступили, но она безо всякого ропота ждала свою кончину.

Она умерла мирно и тихо, достойно призвания летящего лебедя.

3. Пациентка А., 53 года, рак толстого кишечника.

Автор статьи считает важным закончить эту часть историей болезни человека, который не был связан с Хосписом, но который является ярким примером того, как можно встретить свою смерть творческим образом и сознательно, мужественно готовиться к ней.

А. поставили диагноз – рак толстого кишечника IV степени, с метастазами в печень. Обнаружили это, когда она проходила обследование в связи с непрекращающейся температурой и одышкой. До этого она никогда не болела – только за последнее время стала чувствовать себя более усталой, чем обычно, что приписывала своей работе психиатра в большой зарубежной клинике.

Врачи определили ей три месяца жизни и сразу начали лечение – 10 курсов химиотерапии. Лечилась она амбулаторно и до самого конца оставалась дома, с мужем и в окружении друзей.

У нее сильно увеличилась печень, пропал аппетит, были сильные боли – особенно ночью, бессонница, тошнота и слабость. Несмотря на это, она редко лежала, чаще всего ходила или сидела в кресле и принимала гостей. Более того, со дня установления диагноза она взяла на себя полную ответственность за всю свою жизнь, включая болезнь. Сначала она привела в порядок все свои земные обязанности: сходила к нотариусу, составила завещание и сказала своим друзьям, что необходимо сделать после ее кончины. Сделав все это, она серьезно занялась подготовкой к своей смерти: несмотря на боли и слабость, она каждый день уединялась в маленькой комнате. Там, наедине с собой, она каждое утро три часа оставалась в тишине и в глубине своего сердца готовилась к предстоящей ей смерти и разлуке с мужем и друзьями. Все знали, что в эти три часа она не подходит к телефону, а звонков было много!

Жила она с момента постановки диагноза еще семь месяцев. Она меньше говорила, стала тихой и спокойной, отдавала должное своим, происходящим в глубине изменениям – отбрасывала все отрицательное в чувствах и мыслях. Она также предприняла далекие поездки, чтобы встретиться со своим духовным наставником.

Я ее спросила: «А что, если бы ты по пути умерла?». Она спокойно ответила, что с ней путешествует ее подруга – врач, к тому же есть страховка. За три недели до смерти с той же целью она летала в Ирландию, пробыла там десять дней (позже мне говорили, что она надеялась там умереть).

Вернулась она спокойной, радостной, но из-за сильных болей в ногах еле могла ходить. В определенный день она решила собрать всех, кто с такой любовью ухаживал за ней, чтобы в последний раз побыть вместе. Но за три дня до назначенного срока встречу пришлось отменить – ей стало хуже. Боли все усиливались. За два дня до кончины она мне сказала: «Знаешь, когда стоишь перед смертью, все меняется, отпадают обиды, ненависть, если они есть; они мешают жить». Я ее спросила, что она сейчас чувствует по отношению к мужу, которого ей так не хотелось оставлять. Спокойно ответила: «Сейчас уже не так трудно». Сидя в кресле, окруженная друзьями, она умирала. Встретила она свою кончину в величайшем покое и мирно перешла грань в тот мир, в который она всей душой верила и к которому глубоко готовилась в последние месяцы своей жизни.

4. Заключение

1. Каждый больной – личность, он больше, чем физический «объект лечения». Кроме физических особенностей, каждый из пациентов обладает уникальными душевными и духовными качествами и потребностями, которые *прямо относятся* к его физическому состоянию.

2. В центре каждого лечения-диалога с пациентом должна стоять *встреча*. Если встреча не состоится, лечения, в широком смысле, не происходит. В этом случае можно не увидеть нужды пациента и в ответ больной замыкается, что умножает его страх.

Для осуществления такой встречи нужны определенные подходы к пациенту:

Врачу или любому другому сопровождающему лицу надо заставить себя открыться больному и его родственникам и только тогда проявить искренний интерес к ним, для того чтобы как можно больше узнать об их жизненных обстоятельствах и их проблемах. Необходимо познакомиться со своим пациентом не как с номером истории болезни или просто раковым больным, а как с *человеком*, у которого есть свое имя, есть уникальный опыт жизни до болезни. Именно этот опыт накладывает печать на его теперешнее отношение к своей смертельной болезни, а также на его физические, душевные и духовные жалобы.

Важно осознать, что неопределенная бессрочность существования – тяжелое психологическое испытание для больного. Врачу необходимо помогать больному – жить в настоящем, в «здесь и теперь», так как *неизвестно*, когда наступит смерть. На наш взгляд, вредно, да и невозможно предсказать, сколько месяцев или недель остается ему жить, но

из этого не вытекает, что с пациентом нельзя говорить о его состоянии. Вопрос состоит не в том, говорить об этом или нет, а в том, как сказать о столь не простых вещах открыто и честно (*Kybler-Ross*, 1969).

Клинический опыт показывает, что длительность болезни непредсказуема, ибо в процессе умирания человека свою роль играют множество разных факторов, нередко неожиданных (среди них – характер больного, его личный опыт, связанный с умиранием близких, отношение родственников к его и своей собственной смерти, умирание других больных в палате и пр.). Можно лишь ограничить время, обозначив некие рамки, например: «У Вас не годы, а месяцы». Или: «Не месяцы, а недели» (когда уже ясно, что конец близок).

3. Очень важна *атмосфера*, созданная вокруг умирающего. Эта атмосфера тесно связана с врачом и сопровождающими пациента людьми. Именно они помогают больному раскрыться в последние недели и дни жизни. Для этого важно безусловное принятие человека без какого-либо осуждения. Не менее важно, и даже необходимо, *молчание* со стороны врача, – его *умение молчать*, чтобы больной мог в этой глубине стать собой, сбросить свою привычную маску. Важно не защищаться болтовней, собственной занятостью и излишними, поверхностными поступками от – страха, тревоги и боли умирающего, а научиться принимать больного и его боль *в себя*.

4. *Смысл жизни и смерти*. По мнению В.Франкла, вопрос о смысле жизни – это, прежде всего, вопрос о *конечном* смысле. Можно использовать его опыт, стараясь увидеть уникальность характера каждого больного, выделяя в нем все светлое и достойное, то, что он может «подарить» окружающим в последние моменты своего существования. В психологических терминах это значит: помогать больному не быть *жертвой*, а быть *ответственным* за себя человеком и способным отдавать себя другим.

5. *Потеря контроля*, как следствие болезни, пронизывает все уровни состояния пациента: физический, душевный (эмоциональный) и духовный. Врачу и сопровождающим лицам следует учитывать, что важно предоставить больному как можно больше возможности самому контролировать свою жизнь (даже в мелочах), для того, чтобы он чувствовал себя *хозяином ситуации*. Потеря контроля над своей жизнью усиливает депрессию, вследствие чего снижается иммунитет, могут увеличиться физические и душевные боли.

6. *Свобода человека*. Врачам и медперсоналу необходимо помнить утверждение К.Роджерса о том, что человек имеет право быть таким,

каков он есть, и не пытаться избегать «конфликтных» больных. Борьба с собой и окружающими, часто выступающая в конфликтах, может быть одним из проявлений роста личности пациента. Только принимая конфликт в себя, переживая его, человек может обрести свое реальное «Я» (это относится как к больным, так и к медперсоналу). Предстояние перед смертью и осмысление ее – *предельный* конфликт, и задача врача состоит в том, чтобы помочь больному и его родственникам найти себя в этой ситуации.

7. *Раскрытие сердца*. Все авторы, рассматривающие человека в крайних экзистенциальных ситуациях, подчеркивали необходимость для врачей и сопровождающих принять душевное состояние больного. К.Роджерс говорит: «*Моя задача – понять, как он чувствует себя в своем внутреннем мире*». У митрополита Антония находим: «*Человеку нужно, чтобы ты с ним был в его горе, на дне этого горя вместе с ним и не убеждать его, что горя нет, или что он не прав, горюя*». Нам кажется, что эти наставления могут выражать суть отношения врачей и всех сопровождающих к умирающему.

8. *Процесс переживания важнее, чем цель*. Если врач поможет больному понять, что значительно важнее принять и осознать свои предсмертные тревоги и страхи, чем пытаться их избежать, прячась, тем самым, от неминуемой смерти, то это только позитивно влияет и на физическое, и на психологическое состояние больного.

Тревога, страх смерти уменьшаются, и человек может жить «здесь и теперь» – именно в самом процессе того, что с ним происходит. К сожалению, большинство больных регрессирует, так как их единственная цель – стать снова здоровым, продолжать жить, как раньше, а когда приходит понимание, что это невозможно, наступает депрессия, уныние, усиливаются физические симптомы. Однако последняя ответственность и последняя свобода, все же, – «в руках» самого больного. Задача врача – помочь ему это осознать. «Чем Вы должны стать – это Ваша задача» (Роджерс, 2001).

9. *Спутник*. Самая важная и, возможно, самая трудная задача для врача и сопровождающих – не быть наставником, а находиться на том же уровне, что и больной, то есть быть *вместе* с умирающим, а не *над* ним. Ни врач, ни сопровождающий никогда не будут в состоянии снять тревогу небытия у больного. Они не всемогущи. Но и тот и другой могут пребывать вместе с умирающим, быть его спутником, чтобы в последнем жизненном кризисе, которым является умирание, помочь про-

явиться в молчании осознанному отношению к собственной кончине как к части бытия.

ЛИТЕРАТУРА

- Антоний, митрополит Сурожский.* Жизнь, болезнь, смерть. – Клин: Фонд «Христианская жизнь», 2001.
- Антоний, митрополит Сурожский.* О слышании и делании. – М.: Б-ка журнала «Альфа и Омега», 1999.
- Арьес Ф.* Человек перед лицом смерти. – М.: Прогресс, 1992.
- Бинсвангер Л.* Бытие в мире. – М.: Изд. Вакклер, 1999.
- Васильюк Ф.Е.* Пережить горе / Человеческое в человеке. – М., 1991, с.230-247.
- Роджерс К.* Становление личности. – М.: Эксмо Пресс, 2001.
- Тиллих П.* Бытие, небытие, тревога // Моск. психотерапевтический журнал, 1994, № 1.
- Франкл В.* Человек в поисках смысла. – М.: Прогресс, 1990.
- Шмеман А., протоиерей.* Дневники. – М.: Русский путь, 2005.
- Ялом И.* Экзистенциальная психотерапия. – М.: Независимая фирма «Класс», 1999.
- Ялом И.* Шопенгауэр как лекарство. – М.: ЭКСМО, 2006.
- Kybler-Ross E.* On Death and Dying. – MacMillan Publishing Comp. N.-Y, 1969.