

Обзор основных положений психотерапевтической работы с умирающим пациентом, родственниками умирающих.

Ведущий: Горбенко Екатерина Ивановна,
частнопрактикующий психолог, психотерапевт
кататимно-имагинотивной терапии, обучающий
психотерапевт МОКПО (международное общество
кататимного переживания образов), действительный
член ИРС ГП(институт развития символдрамы
глубинной психологии), действительный член УСП
(украинское общество психотерапевтов)

+38 (097) 631-38-20

Обзор основных положений психотерапевтической работы с умирающим пациентом, родственниками умирающих

- Разъяснение психологического подхода к смерти и умиранию.
- Тема любви, жизни, индивидуации, жизнестойкости, понимание смысла жизни.
- Этапы потерь.
- Метод персональной позиции в экзистенциально-аналитическом консультировании.
- Основные психологические защиты, используемые умирающим пациентом, перенос и контрперенос, значение супервизии, собственной индивидуальной и групповой терапии при работе с умирающим пациентом.
- Вопросы границ вмешательства терапевта, границы и тяжесть утраты, испытываемые умирающим, родственниками умирающего пациента.

Разъяснение психологического подхода к смерти и умиранию

Жизнь есть самое драгоценное из всего, что человек имеет. Если в результате болезни или несчастного случая смерть постучится в дверь, то обычно делают отчаянные усилия, чтобы сохранить жизнь.

Эта тема вызывает, пожалуй, наиболее серьезное отношение у всех людей, независимо от их эмоционального типа или принадлежности к той или иной социальной группе. Но, несмотря на этот интерес, очевидно и то, что большинству из нас очень трудно говорить о смерти. Это объясняется по крайней мере двумя причинами.

Одна из них в основном психологического или культурного характера. Сама тема смерти - табу. Другая причина, из-за которой трудно разговаривать о смерти коренится самой природе языка. В основном слова, составляющий человеческий язык, относятся к вещам, знание о которых мы получаем благодаря нашим физическим ощущениям. В то время, как смерть есть нечто такое, что лежит за пределами нашего сознательного опыта.

Таким образом, мы имеем дело с двумя противостоящими друг другу ответами на наш первоначальный вопрос о природе смерти. Оба они имеют очень древнее происхождение и актуальны по сей день. **Одни говорят, что смерть- это исчезновение сознания, другие утверждают, что смерть есть переход души или разума в другое измерение реальности.**

Многие ответы можно найти, общаясь с людьми, которые пережили предсмертный опыт(люди ,пережившие клиническую смерть).

Одним из исследователей в этой области является Раймонд Моуди (доктор философии, преподаватель философии, логики в Университете штата Северная Каролина, преподаватель философии медицины в Медицинской Школе США, психиатр). Интересуясь темой умирания человека он исследовал явление продолжения жизни после смерти тела, выступая с лекциями перед студентами и профессиональными медиками.

Случаи, которые изучил Моуди, были разделены на три четкие категории:

1. Опыт людей, которых врачи считали или объявили клинически мертвыми и которые были реанимированы.
2. Опыт людей, которые в результате аварии, либо опасного ранения или болезни были очень близки к состоянию физической смерти.
3. Опыт людей, которые находились при смерти и рассказывали о своих ощущениях другим людям. Позднее эти другие передавали Моуди то, что рассказывали умирающие.

И этот момент смерти Моуди назвал опытом умирания.

Феномены опыта умирания.

- 1.Невыразимость.**
- 2.Ощущение мира и покоя.**
- 3.Шум.**
- 4. Темный тоннель.**
- 5. Вне тела.**
- 6. Встреча с другими.**
- 7. Светящееся существо.**
- 8. Картины прошлого.**
- 9. Граница или предел.**
- 10.Возвращение или переход в другую реальность.**

Как рассказать о пережитом другим людям.

Необходимо сразу подчеркнуть, что люди, пережившие опыт умирания, вообще говоря, нисколько не сомневаются в его реальности и важности. Люди в своих рассказах были деятельными и уравновешенными. Они не рассказывали бы о пережитом опыте, если бы это были всего-навсего сны; напротив, они считают, что все, происшедшее с ними, было ничем иным, как действительными событиями.

Влияние на жизнь.

Пережитый опыт умирания оказал на таких людей, на их жизнь очень тонкое, умиротворяющее воздействие: люди чувствовали, что их жизнь стала глубже и содержательнее, т.к. благодаря этому опыту они стали гораздо больше интересоваться конечными философскими вопросами. К людям приходило осознание, что в жизни есть что-то большее, чем футбол и танцы в выходные. И для них очень важным стало значить то, о чем раньше даже не думали. Многие говорили о том, что у них изменилось отношение к физическому телу. Новое отношение к физическому телу (бережное), формировало и более ценное отношение к жизни. Люди, пережившие опыт умирания, начинали ощущать радость настоящего, вкус жизни от проживания каждого момента жизни.

Некоторые упоминают, что благодаря тому, что они прошли через опыт смерти, изменился их взгляд на соотношение ценности физического тела человека и его разума. Наш разум гораздо более важная часть нас, чем вид и формы нашего тела. До этого в жизни этих людей как раз все было наоборот.

Тема любви, жизни, индивидуации, жизнестойкости. В экзистенциальной терапии смерть не рассматривается только в отрицательном плане. Здоровый и эффективный подход к психотерапии может быть основан на осознании смерти. «Смерть, - говорили стоики, - главное событие в жизни. Учиться жить - значит учиться умирать». Ожидание смерти выявляет обширные жизненные радости. «Жизнь - это возможность мочь» (Кьюркегор); «Смерть-невозможность больше мочь» (Хайдеггер). Ошо писал, что смерть не означает конец; смерть - это кульминация, пик жизни человека. Он не погибает, он переходит в другое тело. Это и есть то, что на Востоке называют «колесом». Оно крутится и крутится. «Смерть-величайший обман. Ты наблюдаешь два тела - физическое и ментальное. Ты можешь выйти из физического тела, но не можешь остаться в ментальном. Ты — лишь сознание, чистое сознание, наполняющее Вселенную».

Человек не готов умирать, он ничего о смерти не знает. И начинается самый трудный период в человеческой жизни. Что же делать? Можно ли хоть чем-нибудь помочь?

Отношение человека к смерти показывает, как он относится или относился к жизни.

Если у человека в мире есть пространство, в нем начинает течь жизнь. Однако недостаточно просто быть в мире, нужно, чтобы это бытие было хорошим.

Для того чтобы нам нравилось жить, вновь нужны три предпосылки: близость, время, и отношения. Если же все это есть, человек ощущает движение вместе с миром, ощущает глубину жизни, образует глубочайшее чувство ценности жизни.

Элизабет Кюблер-Росс (доктор, исследователь отрасли науки, которая изучает смерть) говорила о значимости жизнестойкости, любви к жизни не только умирающего пациента, но и его окружения, о важности того, чтобы горе, страдание находило
ВЫХОД .

Граничная ситуация, связанная со смертью, является лакмусом любви, жизни, индивидуации, жизнестойкости, понимания смысла жизни.

этапы

потерь

Прежде всего важно подчеркнуть то обстоятельство, что смерть является человеку через осознание ее. Несмотря на множество индивидуальных особенностей, существуют общие типы реагирования на известие о приближающейся смерти.

Эти реакции (назовем их этапами или фазами) являются адаптацией больного к экстремальной ситуации близкой смерти.

1 ЭТАП

ФАЗА ШОКА



2 этап

Неприятие потери, отрицание или вытеснение ситуации



3 этап

Агрессия



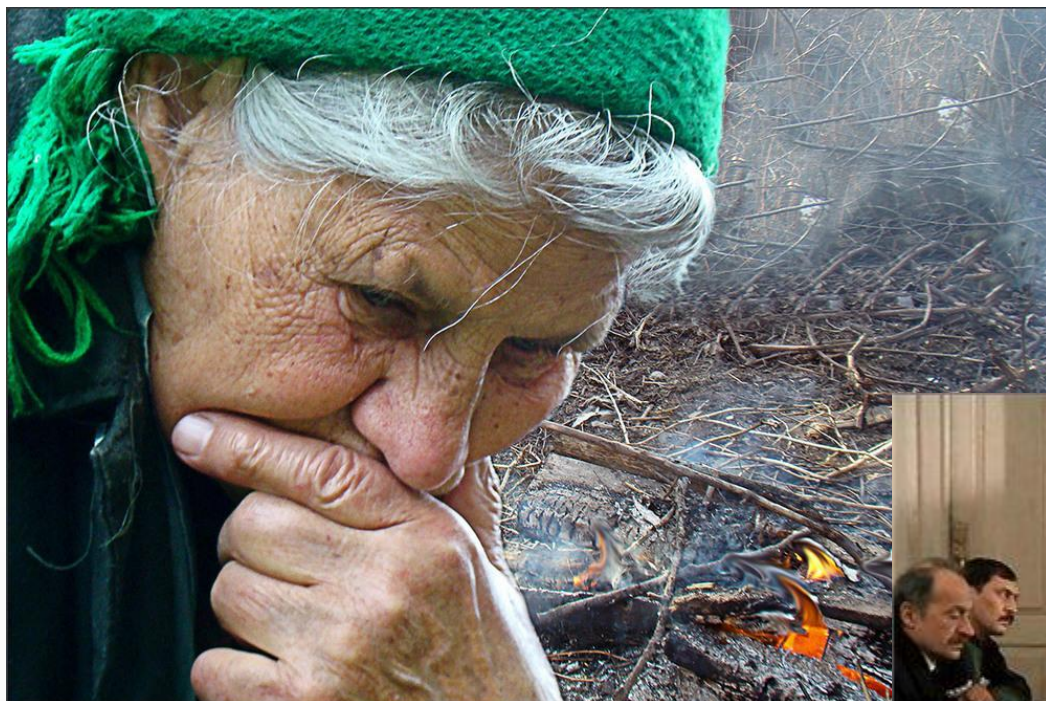
4 этап

Депрессия.



5 этап

Рефлексия. Работа печали, горевания. Примирение с судьбой.



6 этап

Осознанное принятие потери.

Жизнь продолжается .



Метод нахождения персональной позиции в экзистенциально-аналитическом консультировании

МНПП- это метод консультирования, который помогает человеку стать способным к более личностному отношению к трудным , кризисным ситуациям. Он способствует тому, чтобы человек определился со своим личным отношением к происходящему, высказал личное суждение и оценил ситуацию с точки зрения своей совести. Позиция придает человеку прочность, создает опору и рамки для терапевтической проработки.

Этот метод восходит к учению Виктора Франкла о смысле. Он говорил, что, жалуясь на ситуацию, человек может только еще больше завести себя в тупик. Вместо жалоб важно:

увидеть, что имеется в данной ситуации;

понять, что в данных условиях происходит в тебе самом;

почувствовать, ради чего тебе стоит все это выносить и как именно к этому всему относиться.

Первый этап этого метода(РР-1)- помочь человеку посмотреть на свою экзистенциальную(жизненную) ситуацию не как на нечто, , представляющее для тебя угрозу, а шире- как на данность.

Второй этап метода (РР-2)- позиция внутри- я провожу ревизию, отвечая на вопрос о своих ресурсах и душевных силах.

Третий этап метода (РР-3) – позиция по отношению к ценности, к будущему.

Психологические защиты
Психологические защиты, используемые умирающим пациентом, пациентами, умерших родственников.

В работе с умирающим пациентом необходимо прежде всего слушать и слышать его. Каждый из нас обладает системой психологической защиты, она индивидуальна и в основном столь совершенна, что реакция адаптации происходит самопроизвольно. И опасно неумелыми и нежелательными действиями разрушить ее, так как психологическая защита для человека- это специальная регулятивная система стабилизации личности, направленная на устранение или сведение до минимума чувства тревоги, связанного с осознанием конфликта. Это способы, которыми душа защищает себя от внутренних и внешних напряжений.

При работе с умирающим пациентом , как и в работе с группой психосоматических пациентов, психологическую защиту мы не снимаем, поскольку не работаем с конфликтом. Для умирающего пациента психологическая защита необходимое условие психологической защищенности, внутренней поддержки.

Психологическая защита может реализовываться на трех уровнях:

- физиологическом- преднастроенные реакции при воздействии эмоционально значимых стимулов (первичные защитные механизмы);**
- психологическом - феномен « срочного снижения значимости психической травмы» и другие (вторичные защитные механизмы);**
- социальном (поведенческий уровень).**

Существуют две основные защиты от страха смерти:

- своя неуязвимость – особость, из которой вытекает:

- компульсивный героизм. Герой не боится ничего существующего, так как он (подсознательно) боится только «Ничто» - смерти. Все идеи о преследовании, гонениях следуют из чувства особости.

- роботоголизм – «я верю в то, что я буду продвигаться, прогрессировать. Пока работаю – живу, когда не работаю - умираю».- нарциссизм.

- агрессия и страсть к контролю. «Страх смерти уменьшается убийством других» (Отто Ранк). Убивая, человек «выкупает» свободу от смерти.

За особость следует такая плата, как чувство одиночества, отсутствие поддержки, невроты успеха и т.д.

- Вера в существование «живой воды», «волшебного помощника», исцелителя от всех болезней.

В граничных ситуациях «смерть бесподобна», она – условие, делающее возможным для нас жить аутентично.

При умирании у человека защиты первичного и вторичного порядка проявляются очень мощно и в этом наблюдается сила жизни. В связи с этим по необходимости с родственниками необходимо вести разъяснительную работу, что таким образом психика естественным образом включает защитную программу. Когда человек понимает, что происходит, тогда легче справиться с сложной ситуацией.

Основная же функция психолога- контейнирование сложных чувств, переживаний терминального больного. Поэтому, защиту не снимаем, а работаем с печалью, гореванием, проговариванием важных для пациента тем при сопровождении человека при прохождении его внутренних этапов потерь. В этой связи задача психолога - это также забота о своем контейнере, строгий подход к себе. Главный инструмент терапии-это сам психолог. Только в этом случае можно помочь этой категории пациентов.

Перенос и контрперенос, значение супервизии, наличие собственной терапии.

Работа с умирающим пациентом или с пациентом ухаживающим за неизлечимым больным требует от психотерапевта необыкновенной отдачи, она предъявляет очень строгие требования и предусматривает применение гибкого подхода. В терапии поднимаются очень сильные чувства, рамки аналитического процесса должны быть изменены для включения в них фактора ухудшения здоровья пациента.

Перенос-контрперенос

Эти изменения нуждаются в сознательном рассмотрении. При такой ситуации психотерапевт неизбежно вовлекается в каждодневные переживания пациента, связанные со страхом, надеждами, сомнениями по поводу течения болезни, приближающейся смерти. Когда возникает угроза надвигающейся смерти происходит мощная связь перенос-контрперенос в особенно интенсивной форме. Пациент и психотерапевт как-бы оказываются в плену у могучего архетипического состояния, вызванного надвигающейся смертью.

Это состояние пациента вызывает у психотерапевта очень сильные чувства. Эта необычная ситуация, и связанный с ней материал необходимо обрабатывать по возможности в рамках динамики терапевтических отношений. Хорошо рекомендовать балинтовскую группу пациентам, которые ухаживают за неизлечимо больными. Эти меры позволяют сохранить свою индивидуальность и индивидуальность, жизненную позицию умирающего человека.

Границы вмешательства терапевта и границы и тяжесть испытываемые умирающим пациентом, родственниками умирающего пациента.

Особый подход к умирающим больным накладывает особые требования, работающему с таким пациентом. Одним из основных принципов психотерапевтической работы является заповедь « не навреди».

Среди психологических проблем терминальных больных на первый план выступает приближающаяся смерть, весь комплекс мыслей и чувств больного вращается вокруг нее.

- Ужас небытия, уничтожение личности представляется конечной точкой.

- Проблема смерти отягощается проблемами лжи.
- По мнению больных , уходить с чувством одиночества в окружении родных тяжелее, чем остаться один на один со смертью. Состояние одиночества- это тоже одна из границ умирающего человека.
- Проблема отношения к телу.
- Проблема смысла жизни.
- Уходящий больной также сталкивается еще с рядом проблем, которые лежат на поверхности: проблемы любви, надежды, долга, вины, благодарности, сохранение своей жизни в детях, идей – в учениках.

- Социальные проблемы :

- а) восприятие , связанное с постыдностью,
- б)беспомощность медицины в ряде случаев;
- в)проблемы , связанные с инвалидностью больного;
- г) написание завещания и контакт с нотариусом, вызов его в больницу.