**ІНДИВІДУАЛЬНІ ЗАВДАННЯ**

Індивідуальні завдання виконуються студентами самостійно упродовж вивчення курсу. Максимальна кількість балів, яку студенти можуть отримати за виконання індивідуального завдання – 10 балів.

**Індивідуальне завдання № 1. Рефлексивне есе «Осмислення можливостей і наслідків психологічної підтримки термінальних хворих».**

Прочитайте Додаток «Психологічна підтримка термінальних хворих»
з навчального посібника «Психологічна допомога в кризових та екстремальних ситуаціях».

**Психологічна підтримка термінальних хворих**

***Термінальний стан хворих: психологічний аспект***

До цього часу питання про психологію хворих, які переживають термінальну стадію захворювання (тобто хворих з неминучим летальним кінцем хвороби), залишається майже відкритим. Спеціальних досліджень в цьому напрямку, за деякими винятками, майже не ведеться. І це, певно, не випадково. За спостереженням відомого російського лікаря А. Гнезділова, який багато років працював з онкологічними хворими, проблеми інкурабельних хворих настільки великі і своєрідні, а допомога – є настільки нерозробленою, що потрібно класифікувати їх як окрему групу з організацією особливої служби, здатної надавати їм необхідну комплексну допомогу.

Одна з причин відсутності досліджень, що присвячені психологічним питанням термінального хворого, - наш непозбутній страх, містичний жах перед проблемою людського переходу, перед лицем сакральності миті вмирання.

В перекладі з латини «terminus» означає 1) примежовий, межовий
знак, пограничний камінь, рубіж; 2) границя, межа, кордон, рубіж; 3) кінець, край, закінчення. В літературі це слово в метафоричному смислі використовується для позначення святості, непорушності. В медицині словом «термінальний» користуються для позначення стадії хвороби з летальним кінцем. Звідси – термінальна ситуація, термінальний етап (фаза), термінальні хворі, термінальний період. У психології цей термін використовується як медичний, власного психологічного статусу у нього немає.

У багатьох культурах термінальний період життя людини свідчить про побожність, урочистість і значущість моменту, тієї межі, до якої наблизилася людина в своєму житті.

Істинно віруючі люди, як відомо, до смерті ставилися як до народження у вічне життя, і тому смерть сприймалася ними не як кінець, а як початок («Скончавшихся, начавшихся, прими, Господи, в свою жизнь»). Смерть ніколи не виступала як поразка, а лише як перемога, через те, що життя сприймалось як шлях до вічності, увійти до якої можливо лише «через браму смерті».

Людина, як правило, знає (підозрює, передчуває) неминучість свого скону, і його наближення супроводжується цілим рядом психологічних змін, які в термінальній стадії мають вікові забарвлення. У осіб похилого та старечого віку спостерігаються іпохондричні, депресивні стани, посилюється відчуття відчуженості, невідворотно наступаючої смерті, що, в свою чергу, неминуче послаблює психологічну стійкість. І навпаки, у хворих молодого віку, з їхніми планами на прийдешнє перспектива неминучої смерті внаслідок хвороби найчастіше супроводжується занепокоєнням, острахом, ажитацією, часом суїцидними діями. У подальшому ця криза може змінитися примиренням з неминучістю смерті, повною байдужістю і знеохоченням до оточуючого.

Термінальний хворий - це людина, яка загубила життєву рівновагу. Переживання цих страждальців настільки інтенсивні та індивідуальні, що не піддаються описові у всьому їхньому обсязі. Термінальний стан — це, перш
за все, переживання нищівного страждання (перетерплювання, болю, немочі, горя, страху, занепокоєння, туги). Прояви цього переживання страждання, його глибина і тяжкість дуже варіативні. Істотною мірою різноманітність відчуттів залежить від самої особистості страдника, його суб’єктивної картини світу, від історії життя, досвіду подолання попередніх кризових станів, від патології захворювання, локалізації внутрішньої картини хвороби, «досвіду переживань і знань», а також і від міри соціально-психологічного покривдження, від зовнішнього оточення хворого, їхнього ставлення до термінального процесу, занурення (утягненості) у те, що відбувається; інтерпретації термінальних переживань хворого (розуміння — нерозуміння, знання — незнання глибини горя), сили їхньої любові, милосердя і стерпності, довготерпіння, від їхніх власних картин світу. Через усе це в термінальному періоді ми є свідками, «дійовими особами та почасти режисерами» зіткнення, протистоянь систем цінностей (картин світу) усіх осіб, залучених до цієї сумної події.

Різноманітність особистих реакцій на неминучість смертельного кінця залежить насамперед все від характеру захворювання, особливостей його плину і від індивідуальності. В окремих випадках хворі вкрай змучені тягарем захворювання, нестерпним болем, при даремності лікування часто очікують смерті як порятунку, визволення.

Яка динаміка переживань цього стану?

Одна з фундаторів вчення «Усвідомлення смерті» американський психолог Елізабет Кублер-Росс визначила п’ять емоційних стадій, які можуть виникати в приреченої людини. Швидкість проходження через ці стадії індивідуальна, замість послідовного переходу від однієї стадії до іншої, людина може вагатися між ними.

*Заперечення та ізоляція*

Людина, що помирає, не може погодитися з тим, що з нею відбувається щось жахливе. Наприклад, вона не може прийняти той факт, що її хвороба смертельна. Період заперечення продовжується доти, поки шок від отриманої інформації змушує приречену людину відкласти цю проблему, щоб повернутися до неї пізніше, коли вона буде емоційно до цього більш готовою. Іноді людина починає з того, що визнає наявність хвороби і можливість смерті, а потім переходить в стадію заперечення, що стає тією опорою, яка її підтримує до того моменту, коли вона готова мати справу з жорстокою дійсністю, яка лякає. Деякі люди вагаються між запереченням і реальністю.

*Гнів, агресія*

Які слова звичайно вимовляють, коли відчувається гнів? Найчастіше приречена людина виражає гнів, що, у свою чергу, є виразом інших, більш глибинних емоцій: страху і розчарування. Якщо складається враження, що гнів людини спрямовано на вас, надзвичайно важливо не вважати, ніби це дійсно так. Насправді людина може сердитися на ситуацію, а не на вас. Вона може бути не в змозі вилити свій гнів на членів сім’ї і тому проходить через цю критичну стадію, виплескуючи на психолога або медичних працівників емоцій із приводу якогось вашого незначного вислову, вчинку або бездіяльності. Необхідно спробувати побачити причину гніву і знайти емоцію, яка є її основою. Здогадавшись про глибинну емоцію, можна краще зрозуміти те, що людина насправді намагається висловити, і як з цим найкраще впоратися. Вмираюча людина може сердитися на вищу духовну силу, якій вона поклоняється. Вона запитує: «Чому я? Що я такого зробила і чим я це заслужила? За що мені така кара?»

*Ведення переговорів*

Людина може намагатися «вести переговори», щоб «укласти угоду» і виграти побільше часу. Таку угоду вона, як правило, намагається укласти з вищою духовною силою. Наприклад, вона може думати або говорити: «Якщо я тільки доживу до весілля дочки, я буду готова покинути цей світ. Я більше нічого не попрошу». Проте у цій ситуації сама обіцянка не так важлива. Важливо те, що людина використовує цей час для завершення початих і незавершених справ. Вислуховуйте те, що говорить приречена людина, але не робіть із цього ніяких висновків.

*Депресія*

Депресія характеризується двома формами: 1) сум із приводу минулих втрат, розчарувань і нереалізованих мрій і 2) підготовка до прийдешніх втрат. Час депресії - це не той час, коли потрібно намагатися людину підбадьорити, відвернути її від почуття суму або намагатися переконати її, що їй є за що бути вдячною цьому життю. Психолог або медичний працівник виявляється єдиною людина, із якою приречений може поговорити про підготовку до смерті, тому що її сім’я може бути далеко або члени сім’ї можуть боятися розмовляти про це.

Іншим типом поведінки, яку можна помітити на цьому етапі, є віддалення від реальності або відчуженість. Вмираюча людина виражає усе менше і менше інтересу до чого б то не було. Вона може більше не виявляти інтересу при розмові з людьми про дім, політику або бізнес. Вона поступово втрачає інтерес або відчужується від усього, що її оточує, за винятком власної потреби в комфорті і турботи про близьких людей. Ця стадія є більш важкою для деяких помираючих чоловіків, які вважають, що їм не дозволено сумувати або плакати.

*Смиренність*

Якщо звернутися до свого життєвого досвіду і пригадати про той час, коли після важкої боротьби примирюєшся з якою-небудь подією, то розумієш, що це примирення, можливо, принесло спокій. Це зовсім не означає, що відчуваєш себе щасливим, але, можливо, більш умиротвореним. Приречена людина відчуває умиротворення при досягненні цієї емоційної стадії процесу помирання, її примирення з думкою про неминучість переходу від життя до смерті дозволяє їй «відмовитися» від боротьби з нею. Це час примирення з долею.

Не всі люди проходять через усі п’ять стадій, і навіть у тому випадку, якщо це відбувається, вони можуть вагатися між стадіями. В обов’язки психолога не входить допомога людині в переході від однієї стадії до іншої назустріч примиренню з думкою про неминучість. Вона полягає в тому, щоб слухати, виявляти доброту, сприймати почуття помираючої людини і намагатися проявити розуміння. Допомога помираючій людині означає надання їй емоційної підтримки в період, коли вона намагається своїм власним шляхом і зі своєю власною емоційною швидкістю справитися з цією трагедією.

Досвід допомоги умираючим свідчить про те, що має місце ще одна стадія – парадоксальна. Вона ніби і утримує в собі елементи попередніх стадій, але в ній переважає рідкісне явище сходження духу людини. Цю стадію можна назвати стадією *кристалізації духу*. Це явище є тим новоутворенням, яке з’являється у термінальному періоді життя людини. Для цього стану характерними є, з одного боку, просвітлення, любов до оточуючих, злагода з самим собою, з Богом. З іншого, - здатність ушляхетнити простір навколо себе (С.Я. Карпіловська,1998).

Смерть, як і народження, є частиною життя. Вмирання може відбуватися у присутності люблячої сім’ї, друзів і медичних працівників. Може трапитися і так, що смерть настає на самоті. Медичний працівник, психолог може виявитися тією єдиною людиною, в присутності якої вмирає пацієнт. У людини може не бути сім’ї, родичі можуть жити занадто далеко або вони не підтримують близьких стосунків.

Е. Кублер-Росс писала, що люди, які помирають, вчать нас тому, як треба жити, як розглядати наше власне життя і цінувати кожен день як неоціненний дарунок. Це те, що ми одержуємо від наших підопічних.

У минулому сторіччі більшість людей, як правило, помирали вдома в оточенні сім’ї. Смерть і процес помирання були нормальною частиною життя. Про смерть улюблених людей було написано багато популярних оповідань і пісень. Але в нашому сторіччі, у міру того, як лікарі знаходили усе більше способів порятунку життя, багато людей почали сприймати смерть як неприродну і подію, яка лякає. Розмова про смерть перетворилася в «табу». Складалося враження, що люди вважали, ніби можуть запобігти смерті, якщо не будуть про неї говорити.

До середини 90-х років працівників охорони здоров’я не вчили розмовляти з людьми, які знаходяться під їхньою опікою, про смерть. Тому смертельно хворі люди почували себе в умовах лікувального закладу ізольованими. Для того, щоб не турбувати інших пацієнтів, їм найчастіше виділялася окрема палата. Медичні працівники не відвідували їх так часто, як одужуючих пацієнтів. Вмираючі люди іноді розглядалися як результат недосконалості медичної науки. У результаті цього вмираюча людина відчувала ніяковість під час обговорення з медичними працівниками своїх почуттів про смерть і її наближення. В останні роки деякі медичні працівники почали усвідомлювати, що людям потрібна допомога, щоб справлятися з такими почуттями.

Який спектр переживань хворого у термінальному стані? Перш за все — біль фізичний і психологічний. Це соціальний біль від втраті свого статусу, порушення контактів зі звичним середовищем «домівкою», працею). Біль емоційний (від втрати своєї естетичної привабливості, перспектив на щастя). Біль утрати своїх матеріальних фінансових можливостей, біль міжперсональний, який проявляється острахом загубити приязнь і любов оточуючих. Нарешті, біль духовний пов’язаний із утратою віри у справедливість, травмування «проклятим» питанням про розлад між розумовою доктриною та життєвою реальністю.

Це — страх — перед лицем хвороби і самотності, безпорадності і залежності від оточуючих, каліцтва, життя на межі смерті. Страх смерті є природним для людини. Він знайом практично кожному. Його екзистенціальна присутність у людському житті блискуче описана Ірвином Яломом: “Страх смерті має величезне значення в нашому внутрішньому досвіді: він переслідує нас як ніщо інше, постійно нагадує про себе деяким «підземним гуркотом», немов дрімаючий вулкан. Це темна присутність, що турбує і причаїлася на краю свідомості” (І. Ялом, 1998). Але все-таки звичайно цей страх не руйнує життя.
У певному смислі він змушує гостріше почувати і цінувати його щасливі миті, стимулює до активності, не дозволяє відкладати життя на «потім». Кожна людина проробляє чималу внутрішню роботу, щоб навчитися жити з цим страхом і захищатися від нього.

Це також зневіра у свої сили, у рятівну силу близьких, у свою долю.
Це сумнів, відчай, депресія, передсмертна туга, подразливість, агресія, що сягає запеклості, якою, як правило, маскується надзвичайна кволість, виснаженість украй. Це загальне тілесне нездужання, нудота, серцебиття, анорексія, кахексія, дегідратація, розлад свідомості та інше. Це — стан безнадії і нестерпності, стан невимовного горя. Пекучий біль, страждання в серці, почуття приреченості, чекання невідомого, невиправного, безвихідь, самодокора і самосуд, жах — все це постійно присутнє в переживаннях хворого у термінальному стані.

Відчуття часу-простору в термінальному режимі досить своєрідне і нестійке. Для одних існує лише сучасне, для інших — минуле, треті живуть лише майбутнім. При цьому, цене стільки час подій, скільки час станів, він близький екзистенціальному переживанню «миттєвості-вічності». Простір — то збільшується, то звужується, то розширюється настільки, що хворий відчуває себе піщинкою. Багато хто з хворих починає жити виключно у відтинку індивідуального простору, не виходячи у зовнішній. Нерідко простір ніби згортається, стягується, як час, у крапку. Інколи він розширюється до океанічних розмірів, і хворий почуває, що щезає в ньому.

На термінальній стадії захворювання хворі зазнають почуття безпорадності, яке само по собі вже є хворобою, почуття страху за те, що вони вже не зможуть повернутися до нормального активного життя. Вони переживають жах самотності у стражданні і бажання, щоб їх залишили у спокої. Відчувають постійну незнищенну тугу, відчай та відчуженість

Найглибша стадія життєво кризи, що викликана хворобою, супроводжується почуттям безнадії, відсутності сенсу існування. Все, що відбувається навколо, здається хворим нереальним, безглуздим, нікчемним. Здатність планувати майбутнє втрачається, життєві перспективи катастрофічно звужуються

У термінальному стані різко змінюються рольові життєві установки. Складається враження, що нав’язане ситуацією (долею), лікарями і родичами роль тільки хворого викликає внутрішній протест.

Коло актуальної діяльності таких хворих звужується, втрачає свій полімотивований характер, стає бідно мотивованим. Це виявляється насамперед у реальному житті хворого: звужуються коло інтересів, сфера активності хворого, убожіють зв’язки хворого в соціальному середовищі.

Усі різнопланові симптоми реагування на термінальну ситуацію,
як нам видається, є проявом єдиного системного психологічного феномена. Доволі умовно його можна було би назвати «якістю життя». Відповідно до спостережень, виникає це явище в процесі переходу людини під дією
(впливом) смертельного захворювання до іншого режиму активності, до принципово іншої стратегії життєздійснення. Треба вважати, що ця «якість життя» має свою логіку і організацію, відмінну від якості життя людей, що живуть поза межами термінального періоду. Причиною такого переходу виступає суб’єктивна «картина світу», яка в процесі термінального стану переживає суттєві зміни. Одночасно зі зміною картини світу спостерігається порушення структурованості часу — простору, а також гостре переживання «авторства життя», виникають трансцендентальні теми в психологічній реальності хворого, відбувається «перегляд» життєвих підвалин особистості.

Термінальний хворий перебуває у тяжкому психологічному стані, бо ніби стоїть над прірвою, на порозі загибелі. Тому йому необхідно допомагати шукати порятунку, опори, які лежать над прірвою-границею, вище життя.

*Психологічна підтримка в термінальному періоді*

Як поводитися і спілкуватися із смертельно хворою вмираючою людиною? Якою може бути психологічна підтримка в термінальному періоді? Немає сумніву, що задача це надзвичайно складна. Чи треба явно приреченій людині, що страждає, яка чекає на чудо спасіння, подавати нездійсненну надію на одужання? Чи слід вдаватися до «неправди заради спасіння»? Однозначної відповіді тут немає і не може бути.

Це питання мусить вирішуватись дуже обережно, відповідально і суто індивідуально. Так, наприклад, якщо під дією знеболюючих, тонізуючих, загальнопідсилюючих засобів в якійсь період у хворого з’являється надія
на одужання, то можливо, і виправдані підтримка надії «брехня в порятунок»
і розрада типу «Ви одужаєте, дасть Бог», «Вас намагатимуться вилікувати».
Бо ж сама впевненість у щасливому кінці також є чинником, що покращує перебіг хвороби. І навпаки, коли в термінальному періоді хворий тяжко потерпає від лютого болю, від функціональних страшних відчуттів (голоду, дискомфорту, неможливості випорожнитися, поміняти позу і т.п.), то обіцянки поліпшення, порятунку від страждань, які неможливо здійснити, можуть звучати насмішкою. У подібній ситуації лише ласка, увага, тихе співчуття, звернення до молитви — це те єдине, що нам залишається. Дуже важливим є ретельний фізичний
догляд, чистота утримання, щоб ганьба вмирання в бруді не обтяжувала стану хворого. Бажані тихі бесіди, намагання вмиротворення, зняття ажітації, хвилювання, розлючення, страху, у сполученні з психіатричною допомогою.

Чому з цього питання — чи треба попереджати хворого про смерть, що наближається — треба починати? Тому що від його розв’язання залежать способи і стратегії психологічної допомоги.

Неправда про діагноз і прогноз, як свідчить клініка, обтяжує вмирання. Споконвічне в книгах про смерть, що передають ті чи Інші традиції Єгипту, Індії, Тибету, православ’я, підкреслювалося, що смертельно хворі мають покидати цей світ в ясній свідомості, в розумінні того, що з ними відбувається. Однак, не дивлячись на те, що в наші часи «правда про діагноз і прогноз» переглядається, тим не менше все ще довкола смертельно хворого існує змова мовчання.

У результаті хворому відводиться найтяжча роль — бути самотнім в’язнем камери-одиночки.

Слід пам’ятати, що у хворого в період умирання особливо загострюються всі відчуття, — тому неправду (фальш) він відчуває швидше, ніж будь-хто інший.

За думкою хворих, піти зі світу з почуттям самотини в оточенні близьких набагато тяжче, аніж лишитися сам-на-сам зі смертю. Неправда споруджує, зводить стіну недовіри, позбавляє усіх, хто включений у процес, останнього прощання і пробачення. Для тих, хто залишається, як і для тих, хто відходить, при такому підході до термінального етапу втрачається можливість і необхідність психологічно підготуватись до переходу, до смерті. Кінець кінцем виникає нова проблема, яку ми назвали би «надто пізно».

Немає необхідності нагадувати про те, що психологічна підтримка,
яка надається в термінальному періоді, — неймовірно складний процес, з одного боку, вона ставить до професійної майстерності фахівця дуже високі вимоги і не тільки до його досвіду знань і вмінь. Той, хто надає такого виду психологічну підтримку, мусить володіти досвідом власного подолання кризових ситуацій, мати певну позицію відносно такого явища, як смерть, мати хист інтуїції та милосердя. З іншого боку, треба бути готовим до того, що психологічна підтримка в цьому періоді здійснюється, як правило, за вкрай несприятливих і непередбачених умов, пронизаних глибоко песимістичними настроями. І психологу, як і лікареві, постійно доводиться стикатися з хворобливими емоціями, з усім спектром тяжких проблем термінального періоду. Це всвою чергу вимагає від фахівця колосальної психологічної і фізичної витривалості, здатності заглянути в очі стражданню. І тим не менше, співстраждаючи, вийти на такий рівень надання душевної допомоги людині, коли стає можливою — за Ф.Ю. Василюком — «духовна сублімація скорботи».

Є цілком особливий різновид допомоги, який буває потрібним душі людини в кінці її земного життя. І її може здійснити лише священик в таїнах соборування, сповіді і причастя. І це питання також не може стояти поза увагою усієї групи підтримки.

Клінічна практика показує, що стан тяжко хворих і близького оточення є до такої міри емоційно напруженим, що з усіх методів психологічного консультування найбільш доцільним і ефективним в цьому періоді виступає бесіда — індивідуальна, настановча. Саме в бесіді є можливість обговорення страхів і жахів термінального стану, для обміркування (рефлексії) складних найголовніших життєвих тем, міжособистісних труднощів і глибоко схованих інтимних проблем, з якими стикаються в цей період всі свідки і співучасники трагічних пе­реживань. В бесіді як акті взаємодії є і глибокий пізнавальний пласт — тут може відкритися, що саме є людина перед лицем смерті, на порозі життя і смерті, як вона живе в цьому світі, вмирає і єднається з собі подібними в катастрофічних ситуаціях. В бесіді нам трохи відкривається таїна людського подолання страждання.

Коли співбесідники дійсно розмовляють про щось важливе, істотне,
коли бесіда не є простим обміном «словесними механізмами», тоді відбувається цікаве явище.

Мова наша, певно, складається і з мовчання, І може статись, саме в цей момент відбувається «таїна щирих визнань», момент істини. В психологічному просторі розмови, треба сподіватись, дуже важливо відчути момент високої ноти, коли відступають слова і наступає час і глибокого, зібраного мовчання. Мовчання дає нам новий погляд на все. Ми потребуємо мовчання.

Бесіда є одним з основних методів пізнання психологічної реальності в процесі розмовного спілкування. Цей метод має свої незаперечні переваги: динамічність, інтимність, які сприяють високому ступеню відкритості та щирості її учасників. Бесіда ведеться невимушено і передбачає взаємну доброзичливість, такт, довіру і відсутність сторонніх осіб. Проте і цей метод має свої вади.

Як вельми відповідальний і тонкий інструментарій, бесіда вимагає від консультанта високої рухливості та чуйної рецепції, особливо «над бар’єрами» нерозуміння. Вона передбачає високу майстерність, сутність якої полягає насамперед в усвідомленні того, що існує таїна взаємної дистанції.

Створення відповідної мотивації у людини, що звернулася за допомогою-підтримкою, здійснення емпатійної взаємодії під час співбесіди — усе це може створити умови для висвітлення важливого психологічного матеріалу, який стає предметом аналізу і взаємообміркування.

Безумовно, успішність бесіди багато в чому залежить від благодатної миті, від настрою самих учасників діалогу, від стану їхньої прихильності. Але в цьому вигляді єднання маємо ще один чудовий момент — суто людський — збагачення душевними надбаннями, мудрістю і досвідом, які накопичувались роками напруженого життя кожним з учасників діалогу. Якщо такий взаємообмін стався, ми кажемо, що «зустріч відбулася».

Згідно з емпіричною психологією, між консультантом та пацієнтом набагато продуктивнішими є взаємини рівноправного діалогу двох людей, один з яких володіє (імовірно) більшим досвідом, а другий (імовірно) більшими можливостями, які потребують «акту надбання сенсу». Лише в цьому випадку виникає позитивний емоційний контакт, довіра і взаєморозуміння.

Не завжди упродовж однієї бесіди вдається з’ясувати усі питання, що допомагають розібратись у відтінках та нюансах картини світу суб'єкта. У такому випадку виникає необхідність більш глибокого проникнення у систему смислів, спрямованість прагнень, систему стосунків і т.п., тобто доводиться проводити серію бесід — уточнюючих, спеціалізованих (з участю фахівців-лікарів, а також близьких), зустрічних бесід з усіма значущими для хворого особами. Йдеться про оптимальну для хворого життєву стратегію. Бесіда як взаємодія нерідко розглядається і як акт реконструювання відмінних змістових елементів, певного переструктурування вихідного матеріалу, який супроводжується, подібно дослідницькій діяльності, висуванням гіпотез, планів, схем, інакше кажучи — певного обсягу заходів, які дозволяють пацієнтові концептуалізувати розуміння свого стану і свого вибору відповідного реагування, відповідної стратегії поведінки в ситуації, яка провокує кризовий стан. У результаті дуже часто бесіда стає для пацієнта приводом для усвідомлення своїх поглядів і уявлень таким чином, який досі йому був невідомий і недосяжний. По суті, мова йде про розширення свідомості, про зміну світосприймання.

Належить мати на увазі, що бесіда є найбільш індивідуальним методом, менш за все підлеглим схематизації та загальним правилам, її дуже важко програмувати заздалегідь, бо композиція і здійснення бесіди залежать від безлічі моментів: від характеру емоційного відгуку, що виникає при першому контакті, від психологічної сумісності її учасників, від вміння консультанта ненав’язливе пропонувати прості дружні стосунки, «заслуживши співбесідника», від здатності створити клімат максимального психологічного комфорту і довіри прийняття, що допомагають будувати діалог на свідомій співучасті як однієї, так і другої сторони.

І як би досконало не була підготовлена бесіда, вона на відміну від інших методів не може уникнути деякої імпровізації через те, що, як тонко підмітив К. Юнг, кожний випадок диктує свою терапію, тому що рішення проблеми завжди індивідуальне. Для кожного пацієнта необхідно знаходити особливу мову.

Та який би характер не прийняла бесіда, її надзавдання полягає в тому, щоб допомогти пацієнтові здійснити саморозуміння і на його основі забезпечити реалістичне і по можливості раціональне планування життя в режимі кризи (вибір, рішення, здійснення). По суті, основна мета психологічної підтримки зводиться до того, щоб забезпечити хворих, які звернулися за допомогою, внутрішніми засобами смислової регуляції, саморегуляції, тобто піднести рівень організованості суб'єктивної картини світу, допомогти формуванню позитивних стратегій смислоутворення, деструкції надмірно негативних способів світосприймання. Бесіда, як достеменно визначив її сутність М. М. Бахтін, є діалогове проникнення в незавершене ядро (сутність) особистості, у психотерапевтичній реальності ми завжди зустрічаємось з особистістю незавершеною, і кожне явище в ній перебуває в процесі розвинення. Через це наші припущення і передбачення про її майбутнє самозрушення можуть бути лише оптимістичними. Слід зауважити, що з таким явищем, як «передбачення», належить поводитися вкрай виважено і обережно.

Протягом бесіди більш конструктивним видається направити зусилля на пошук глибинних смислів, що сприяють створенню У суб’єкта установки на плідне розвинення тих рис особистості, які могли б стати опорами в протистоянні кризовому стану. Більш того, в термінальному періоді необхідно прагнути того, щоб в акті взаємодії здійснити прорив до сенсу страждання, до ефекту «простір заголосив» тоді можливо говорити не стільки про подолання страждання, скільки про осягнення його глибинного смислу. Останнє, якщо воно відбувається, породжує упокорення, що вже само собою є спасінням від небезпеки, її подоланням.

Нам відомо, що це можливо, але лише за умови, що людина бере відповідальність за свою долю, а значить і за свої вибори, авторські
рішення, дії, вчинки, за своє життя і смерть. Це вимагає неймовірного енергетичного забезпечення, безперервних зусиль і напруженої праці розуму, душі і духу. Під час переживання термінального кризового стану людина постійно відчуває енергетичний дефіцит. І саме через це так багато важить не просто психологічна допомога, а спеціальна діяльність «групи підтримки» (інформаційної, енергетичної, психологічної, духовної), куди входять не тільки медики, психологи, священики, але перш за все найближче оточення страдника.

Але в термінальному періоді є ще один тонкий момент, який не можна не враховувати. Як «людина долі», смертельно хворий живе в режимі постійної битви волі з долею. Його психологічний простір наскрізь пройнятий боротьбою Ероса і Танатоса, хаосу і порядку, ірраціонального і раціонального. Тому виникають особливі стосунки і нетривіальні фільтри взаємодії з оточуючим світом.

Відомо, що психіка належить до найінтимніших таємниць життя. Особливо гостро це відчуваєш у термінальному періоді, надаючи психологічну допомогу хворому та його близьким. Умирання і смерть, як і життя, надзвичайно індивідуальні і завжди для нас — таємниця. Через це тут нема і не може бути загальних рішень для всіх. Кожен випадок — своя мова і своя терапія. Є проблеми, розв’язати які не в нашій владі. Наприклад, медичні, усунення фізичного болю, соціально-економічні, які обтяжливе лягають на плечі хворого і його близьких.

Це і проблеми совісті, які можуть бути розв’язані через примирення і таїну покаяння. Трапляється, що це проблема самого хворого, який з невідомих нам глибоко інтимних переживань відмовляється від підтримки. В турбульоні кризової ситуації І самі ми відчуваємо збентеження, замішання, невпевненість. Що ми можемо в цьому випадку робити? Перш за все постаратися оволодіти собою. Помічним є звернення до молитви («живий магічний кристал»). Брати участь в тому, що відбувається, співбути присутнім, епіцентром душі з помираючим. І в цьому єднанні виробляти своє власне ставлення до смерті. Коли віра органічно притаманна людині (не формальна), то це, звичайно опора для духовної допомоги за вищим алгоритмом.

Перед нами повинна бути ціль — всю толерантність, терпіння, любов вкласти в кожну мить спілкування з помираючим. Кожний день — як останній. Дати хворій людині відчути, що ми готові стояти з нею в її стражданні до кінця, з надією і вірою на подолання страждань. Це передбачає відкриті, чесні стосунки, тому що тільки в цьому випадку хворий може довіряти.

Які завдання можна спробувати розв’язати в процесі психологічної підтримки хворого та його родичів?

1. Допомогти вилити свій страх, свій жах, допомогти подолати шок, викликаний невиліковністю; зменшити занепокоєння, побивання, тривогу, депресію і інші психіатричні симптоми; поліпшити ментальне відношення до тяжкої хвороби шляхом позитивної боротьби духу; розвинути почуття контролю над життям і почуття активної участі в процесі подолання страждання.

2. Допомогти усвідомити свою внутрішню і зовнішню картину хвороби; обміркувати свою особисту історію, ввести її в контекст історії роду; зрозуміти свою суб'єктивну картину світу.

3. На основі своїх внутрішніх і зовнішніх можливостей, проаналізувавши інформаційний пласт, прийняти відповідне рішення відносно «якості життя» в термінальній ситуації (продумати структуру: організацію простору-часу, свої позиції, енергетичне забезпечення).

4. Подати надію тим, хто близький до відчаю, і підбадьорити тих, хто перебуває в полоні темного, сліпого страху, — це те, що ми мусимо постаратися зробити.

Конче необхідно також:

1. Підтримати родину в стресовій ситуації, зв’язаній з появою тяжко хворого.
2. Допомогти родині усвідомити складності міжособистісних стосунків
в граничній ситуації і постаратися виробити відповідну програму підтримки для конкретної сім'ї в конкретних обставинах — усвідомити внутрішні засоби смислової саморегуляції, піднести рівень організованості простору і часу, життєсередовища хворого, продумати смислові способи поліпшення, піднесення якості життя хворого та його оточення.

Надзавдання при цьому пам’ятати — потрясіння неминучі і до них треба бути підготовленими. А це означає, що необхідно на ходу вчитися (дослухатися свого внутрішнього голосу) і направляти енергію потрясінь у позитивне річище. Роботу бажано будувати на основі пропонованого німецьким філософом І. Кантом конструктивного підходу до життя: 1) що я можу знати? 2) що я мушу робити? 3) на що я можу сподіватися?

Досвід індивідуальної роботи з хворими показує, що стратегії взаємодії можуть ґрунтуватися на знанні фаз динаміки термінального стану та її зміщення.

Бажано не заважати хворому пройти стадію заперечення. Ініціатива в спілкуванні має належати хворому. Часто заперечення приховує небажання серйозно підійти до проблеми життя і смерті. Треба зробити спробу попрацювати з цим механізмом. Необхідно в бесіді дати усвідомити те. що трапилось, і неодмінно посіяти надію і довіру. Поступово, коли в ході подій знизився рівень амбівалентності (бінарності), почати допомагати пошуку смислу.

В стадії агресії доцільно допомагати — дозволити хворому «вихлюпнутися, виложитися», прийняти його агресію. Наша стратегія при цьому — повне прийняття і дозвіл на негативні переживання. Бути разом у центрі агресії, мовчати, чекати.

В депресивній стадії необхідно розділити переживання. Спробувати допомогти організувати простір і час. Створити клімат доброзичливості, прихильності. Повернути до самого себе і бути весь час поруч.

У стадії прийняття необхідно підтримати, важливо дати хворому можливість і час всю стадію пройти в колі близьких.

В процесі проходження через стадії треба намагатися заспокоїти і довести до свідомості, як було би чудово для хворого, щоб усі його духовні сили зібралися воєдино довкола подолання ним страждання.

Необхідно, щоб з самого початку склались нормальні людські стосунки. Головне — не замкнути людину в. цілковиту самотність, *у* самотину відчаю.
І це можливо. Відомо, коли люди приголомшені, деморалізовані безжальною хворобою, переживають пригніченість, часто неадекватно, викривлено сприймають реальність. Це, як правило, призводить до перебільшення складностей, з якими вони стикаються, і до недооцінки своїх можливостей з цими складностями справитись. В цій ситуації мислення маніфестує так звані «когнітивні викривлення», помилки мислення. Про це теж треба знати. Це може ускладнювати стосунки, особливо хворого з його рідними. Які це помилки?

Наприклад:

1. *Надмірне узагальнення.* Хворий може сприймати окремі негативні події як нескінченний потік руйнації надій. Випадкове непорозуміння з домашніми після повернення з лікарні сприймається як наслідок хвороби.
2. *Перебільшення або применшування.* Перебільшується значущість деяких речей, таких як спроможність подолання труднощів, і в цей же час применшуються можливості, які видаються мізерними.
3. *Мислення типу «все або нічого».* Світ уявляється лише в білому або чорному кольорі. Якщо дії не виправдовують сподівань, хворий може «скласти крила» і поводити себе як жертва, невдаха; якщо лікування виявилось не на 100% результативним — воно розцінюється як невдале. Хворому говорять, наприклад, що він не може бути зціленим від раку, в результаті чого хворий вважає безглуздим будь чим конструктивним займатися («Я можу померти прямо зараз»). Одначе за належного догляду і своїх власних зусиль можна було б прожити і місяці, і роки плідного творчого життя.
4. *Вибіркова увага.* Коли хворий пригнічений, то він може думати лише про негативні моменти свого життя. Зосередження уваги в цьому випадку селективне, вибіркове — ігнорується те позитивне, що з ним відбувається. Фіксуючись на негативі, хворий нерідко не хоче бачити, що він може зробити і чому може ще повтішатися.
5. *Негативні прогнози.* Майбутнє непевне для невиліковно хворого. Але часто його перетворюють на щось жахаюче, що отруює час який ще лишається.

6. *Читання думок.* Замість того, щоб дослухати, що думають люди, які спілкуються з хворим, він відразу ж перескакує до висновків Одначе, як відомо, намагання прочитати думки інших людей рідко бувають успішними.

7*. «Належить» і «мусиш».* Часто хворий гостро переживає відчуття провини, мотивуючи свою поведінку самонаказами «належить», «мусиш» («Я мушу бути в стані робити усе, що робила до того, як захворіла» і т.п.).

8. *Навішування ярликів.* Замість того, щоб реалістично оцінювати ситуацію, хворий критично оцінює себе. Замість сказати: «Я не роблю цю роботу так добре, як міг би зробити», він говорить: «Я невдаха». Або якщо він не може зосередитись через біль, страх, він думає про себе: «дурень».

9. *Уособлювання.* Хворий сприймає себе, як причину певних негативних подій, за які він не несе відповідальності. Наприклад, якщо його діти погано поводяться, йому здається, що це через його помилки; якщо друзі відкладають відвідини його, йому видається, що це через те, що у нього рак.

Визначення типу негативного концепту і обговорення цього з хворим — перший крок до того, щоб навчитися подоланню даного класу труднощів. Справжні негативні події можуть бути так перебільшені і перекручені, що вони видаються величезною проблемою, яку нема ніякої надії розв’язати. Якщо ж удається справитись з цими помилковими уявленнями, то можна зменшити проблему настільки, щоб направи­ти конструктивну енергію на її подолання.

Як ставитись до сліз? Добре, коли хворий поплаче. Не треба йому в цьому перешкоджати, а, навпаки поплачте разом, і в цьому також буде ваша допомога. Сльози — то дар Божий. Ніколи не треба перешкоджати їм литися. У сльозах, стражданнях тане, марніє плоть земна і народжується тіло духовне, плоть ангельська. Тіло духовне створюється сльозами, постом і молитвою.

Чим можна допомогти термінальному хворому, окрім усамітнених бесід, догляду і всіляких різновидів підтримки проявів його активності, якщо наближається час переходу?

Сидіти поруч, мовчати і тримати його руки в своїх руках. Це і є так звані невербальні способи психологічної допомоги.

Наші тілесні проявлення беруть участь у всьому, що відбувається у нашому серці і розумі. Мати виявляє всю свою любов до дитини, обіймаючи її своїми ніжними руками, втішаючи її ласкою і теплом. Скільки розради можна передати через доторк руки, і скільки любові у всіх її формах може бути виявлено за допомогою тіла. В останні хвилини — лише безпосередній тілесний контакт. Для того, хто знаходиться у безпосередній близькості — це можливість своєю любов’ю допомогти в останні години, хвилини стати зібраним і серйозним, допомогти помираючому оволодіти повністю тією, завжди спалахуючою в останню мить силою життя, яка допомагає йому здійснити свій останній перехід.

Проведення часу з помираючим є дуже важливим. Це дуже повчальний могутній досвід. Позбавлене життя тіло перестає бути чужим. Прості людські доторкання можуть принести мир, зняти страх і біль. Хворому цей контакт може допомогти не так гостро переносити своє страждання і самотність, які все одно десь на глибині залишаються.

Від помираючого не треба тікати. Добре, якщо підтримуються вдома попередній ритм життя, чистота, порядок, щоденні звичні вправи. Це також допомагає долати страх, страждання. Так треба жити. Останні дні. Останні години.

Підсумовуючи, ще раз наголосимо: ми цілком усвідомлюємо те, що психолог не може вилікувати термінального хворого, не може позбавити його відчуття фізичного болю, але він може допомогти відчувати смисл та радість життя; крім того, втішити хворого, навчити його стійко переносити страждання. У найтяжчих випадках, коли доля посилає хворій людині останнє найсерйозніше випробування, психолог може допомогти хворому достойно нести цей тягар.

\*\*\*\*\*

Виконуючи завдання, зверніть увагу на психологічну характеристику стадій вмирання. Спробуйте відрефлексувати свої думки і почуття після прочитаного. Запишіть свої думки.

Уважно прочитайте матеріал, який стосується специфіки психологічної підтримки у термінальному періоді. Спробуйте оцінити власні можливості щодо виконання такої роботи.

Дайте відповіді на запитання:

* які, на вашу думку, особистісні якості повинен мати психолог, який працює з термінальними хворими?
* яким чином може впливати на фахівця робота з термінальними хворими?
* яким чином можна профілактувати синдром професійного вигорання у психологів, які працюють з термінальними хворими?

Обов’язковим є наведення записів, у яких були зафіксовані думки щодо прочитаного та відповіді на запитання. Рекомендуємо висловлювати свої думки, починаючи їх так:

Сьогодні я дізналася (дізнався)...

Було цікаво...

Було важко...

Я зрозуміла (зрозумів), що...

Тепер я можу...

Я відчула (відчув), що...

Я змогла (зміг)...

Я спробую...

Мене здивувало...

Мені захотілося...