

Техника без названия или «семь шагов оставшегося в живых»

Статья опубликована в журнале Вестник НЛП №23.

Авторы: Николай Николаевич Митраков

Темы, затрагиваемые в статье: Психотерапия, Техники НЛП

В статье «Анамнез и S.C.O.R.E. на линии времени» (вестник № 17) я попытался описать эффективную стратегию общения с относительно легкими пациентами. Следующим этапом хотелось бы поднять тему общения с тяжелыми умирающими пациентами и их родственниками. Чтобы понять, насколько сложные проблемы придется решать, расскажу одну историю.

Эта история приключилась со мной, когда я учился в ординатуре по неврологии, во время практики в приемном отделении. Я уж во всю применял технику общения с пациентами по модели S.C.O.R.E., и работа в приемном отделении уже не казалась мне такой тягостной. И вот в одно солнечное замечательное утро я пришел на рабочее место в новом, модном белоснежном врачебном костюме и начал прием пациентов. Все шло как обычно, но к концу рабочего дня в смотровую завезли каталку с пациенткой в эпилептическом статусе (состояние, при котором пациент бьется в судорожных припадках, повторяющихся через довольно короткие промежутки времени, а между припадками не приходит в сознание). Вместе с пациенткой в смотровую зашли и ее обеспокоенные родственники в количестве пяти человек. Состояние пациентки было тяжелым, поэтому я сразу начал опрос родственников одновременно с обследованием и назначениями. Задерживать долго пациентку в приемном отделении не хотелось, и я сразу запросил место в нейрореанимации. Минимальные обследования все же сделать было необходимо. Рентгенограмму и ЭКГ сделать не удалось: из-за постоянных судорожных припадков пациентка не сохраняла неподвижность даже после очередного введения противосудорожных препаратов. Единственное, что я мог сделать, — это эхоэнцефалоскопию, которая позволила бы мне исключить или подтвердить диагноз черепно-мозговой травмы или геморрагического инсульта. Соответствующее оборудование находилось в реанимационном зале

приемного отделения. Туда мы с родственниками и завезли пациентку. По дороге я выяснил, что пациентка ранее страдала от эпилепсии, принимала противосудорожную терапию много лет. Последние годы припадков не было совсем, и пациентка принимала минимальные дозы антиконвульсантов. В тот день она была найдена родственниками лежащей в своей постели без сознания с периодически возникающими эпилептическими припадками. Во время обследования у пациентки снова развился эпилептический припадок, во время которого я отметил продолжительную остановку дыхания. Чтобы не рисковать, я вызвал реаниматологов в приемное отделение для того, чтобы они заинтубировали пациентку (манипуляция, в результате которой человеку через рот или нос ставится пластиковая трубка в трахею, и в случае необходимости через нее можно проводить искусственную вентиляцию легких) и сопроводили ее до нейрореанимационного отделения (т.к. оно находилось в другом конце больницы, везти пациентку пришлось бы по переходам, расположенным на разных этажах). Да и во время ожидания лифта (или в самом лифте, или где-то по дороге), снова могла случиться остановка дыхания.

Прибывшая бригада реаниматологов сразу принялась за дело. Пациентке был введен миорелаксант (препарат на основе яда кураре, парализующий на время все мышцы и останавливающий дыхание, нужный для того, чтобы пациент не погиб от рефлекторной остановки сердца и во время манипуляции не сопротивлялся, ибо это может привести к непоправимым осложнениям), затем начали интубировать. При введении клинка ларингоскопа (прибор, позволяющий увидеть гортань, делается из стали, имеет вид изогнутой стальной пластины специальной формы на ручке с фонариком на конце) в ротовую полость, у пациентки снова, несмотря на законы (потому что после введения миорелаксанта судороги теоретически не возможны), развивается судорожный припадок, во время которого она с нечеловеческой силой смыкает челюсти прямо на клинке ларингоскопа. В результате этого осколки от зубов разлетаются в разные стороны, повреждается язык, из которого начинается массивное кровотечение. Кровь попадает в дыхательные пути и кашлевым толчком через рот и нос забрызгивает меня и реаниматолога с ног до головы. Чтобы пациентка не захлебнулась собственной кровью, реаниматолог принимает решение срочно провести операцию экстренной пункционной трахеостомии (операция, при которой пластиковая трубочка вставляется в трахею непосредственно через разрез над трахеей на шее). Эта операция была мастерски проведена в течение нескольких секунд. Как только трубка оказалась в трахее, кровь, уже попавшая в трахею, снова кашлевым толчком фонтаном излилась на нас во второй раз. Мы тогда не поняли, почему миорелаксант не подействовал, а просто действовали по обстановке. Мы раздули манжету на трубке, чтобы кровь больше не попадала в дыхательные пути, начали искусственную поддерживающую вентиляцию легких. Параллельно медсестры подключили монитор, и мы увидели электрокардиограмму на мониторе. Частота сердечных сокращений была

очень низкой, а артериальное давление, несмотря на инфузионную терапию, падало. Налицо неэффективное кровообращение, поэтому пришлось сделать непрямой массаж сердца, соответствующую медикаментозную терапию. Боролись за ее жизнь в течение часа, эмоционально кричали, бегали, как в кино, пытались запустить сердце дефибриллятором — все безуспешно. Пациентка умерла.

Все это время родственники женщины ждали за дверью, и ничего, конечно, этого не видели. Когда все было кончено, все смежные специалисты как-то быстренько разбежались, и я остался один в реанимационном зале. Я подошел к умывальнику, чтобы помыть руки, и тогда увидел себя в зеркале... Мой белоснежный модный костюм был весь в кровавых пятнах, а мне ведь предстояло выйти к родственникам и сообщить, что их мама, сестра и жена умерла. Что я им скажу, что я с ней делал? И я вышел... Сейчас уже даже не вспомню, что я говорил. Но они очень расстроились и очень на меня разозлились. Обещали даже жаловаться. Правда, разбирательство установило, что все было сделано правильно, а смерть пациентки была неизбежна, т.к. у нее был обширный трансмуральный циркулярный инфаркт миокарда, в результате которого на фоне гипоксии головного мозга у нее и развился эпилептический статус. По причине неэффективного кровообращения и препараты действовали неэффективно.

Казалось бы, ничего тут не поделаешь. Так сложилось. Ну, и тому подобные оправдания. Да, жизнь человеку врачи спасти могут далеко не всегда. И частенько приходится сообщать родственникам пациентов о смерти их близких или о том, что дни их родственника сочтены. Это наша обязанность. Жизнь может повернуться по-разному, да и чудеса случаются, но врач должен сообщать самый плохой вариант. Логика простая: ведь если обнадежить, а пациент погибнет, родственники расстроятся, а если расстроить, и пациент выживет или протянет больше обещанного, родственники обрадуются. Но не в этом главная причина. Главное — юридический аспект, так как мы обязаны сообщать о возможных осложнениях и неблагоприятных исходах.

Так что же делать? Тут стандартной техникой НЛП не обойтись. Скажу сразу, какие я принял меры сразу после вышеописанного случая. Поверх костюма стал носить халат, так как если что, его всегда можно снять. Дальше я начал разрабатывать речевую стратегию общения в подобных ситуациях. Но, как водится, придумать ничего нового мне не удалось. Судите сами.

Для понимания того, что надо делать, необходимо использовать технику тройственного описания. Родственники пациентов в состоянии психологического шока плохо идут на контакт, тем более неэтично задавать стандартные вопросы НЛП людям, которым ты только что сообщил о смерти их близкого родственника. В отдаленном периоде воспоминания о тяжелом

события искажаются и опускаются, и поэтому не достоверны. Единственный способ представить себя на месте родственника пациента тоже оказался неэффективным. Догадайтесь с одного раза, почему? Я решил пойти медицинским путем, то есть поставить диагноз людям в сильно расстроенном состоянии по поводу предстоящей или наступившей смерти близкого родственника. Психологические проблемы самого умирающего в данной статье я решил не затрагивать. Фактически это описание из третьей позиции с двойной диссоциацией, да еще и через фильтр профессиональных навыков и знаний.

Итак, что видит врач, когда выходит к родственникам пациента, чтобы сообщить скорбную весть? Он видит вне зависимости от изначальной информированности родственников и даже вне зависимости от ожиданий человека в симметричной позе. По позе много можно узнать. Если поза несимметричная, то этот человек эмоционально не вовлечен в ситуацию (дальний родственник, не имевший близких отношений с пациентом, например). Вес тела на двух ногах симметрично, руки, как правило, расположены кистями по средней линии тела либо сзади, либо впереди, могут быть скрещены на груди. Если руки располагаются вдоль туловища или активно жестикулируют, а подбородок поднят, ждите неприятностей, потому что такой родственник настроен агрессивно или просто слишком активен, будет задавать много вопросов, как правило, оскорбительного типа (например, как вы его лечите, подходите ли вы вообще ему или капельницы-то хоть ставите...). Вообще речь у родственников пациентов имеет вопросительный, неопределенный, сенсорно очень неочевидный характер. Как и в фазах медицинской теории шока, можно различить две фазы психологического «шока»: эректильную — сопровождается двигательным возбуждением и высокой эмоциональной вовлеченностью с попыткой распространить эту эмоциональную вовлеченность на окружающих; и торпидную — сопровождается неподвижностью, угнетенностью и на начальном этапе эмоциональной отстраненностью, которая затем переходит в фазу внутреннего переживания. Несмотря на разницу во внешнем проявлении, все это признаки защитного поведения. И представьте себе, что защищаются люди, таким образом, не от врача, а от плохих новостей. Правда, врачи этого не знают и принимают все слишком близко к сердцу. Это, в свою очередь, ведет к тому, что врачи, вместо сопереживания и уважения эмоций другого человека, часто пользуются точно таким же, как у родственников пациентов, защитным поведением.

Таким образом, оказываясь лицом к лицу с родственником пациента, которому нужно сообщить тяжелую новость, доктор предпочитает не задерживаться и сообщает все самое неприятное сразу, как можно быстрее, отвлекая собеседника подробным рассказом о том, что ему нужно будет делать для оформления необходимых документов. Это часто не нравится родственникам, и когда, оставаясь одни со своей трагедией, они отходят от

первого замешательства, то могут начать искать ответ на извечный русский вопрос «кто виноват?». Поиски ответа на этот вопрос приводят его в администрацию больницы, где он часто тоже не встречает понимания, и уже тогда пишет жалобу. Или сразу после беседы с невнимательным доктором может направиться в администрацию или в комитет здравоохранения. И, даже если доктора сделали все, что могли, душу выложили ради пациента, простая заключительная беседа с родственниками пациента может испортить жизнь врачу: затаскают по комиссиям, замучают проверками и выговорами. Как правило, в результате разбирательства выясняется, что человек умер в силу естественного хода событий, то есть от болезни. Но впечатление-то уже испорчено. И доктор потом мучается, думает, что он старался, спасал человека, а его за это наказали, несправедливо лишили премии. Исходя из этого предположения, можно сделать вывод, что доктор напрямую может влиять на состояние родственника пациента, и родственники, соответственно, тоже. То есть от того, как будут преподнесены новости, напрямую отразится на состоянии человека, которому эти новости преподносятся. В этой связи вспоминается жестокий, но показательный медицинский анекдот.

«Молодожены попадают в автокатастрофу. Мужчине ничего, а вот женщина с тяжелыми травмами в операционной. Муж сидит на банкетке, переживает. Час сидит, два... Через три часа выходит врач из операционной, закуривает и говорит ему по-свойски: «Значит так, мужик, у твоей жены перелом позвоночника на уровне шеи и тяжелая черепно-мозговая травма, она останется на всю жизнь парализованной, не сможет говорить, будешь ее кормить через зонд, подставлять утку и возить на инвалидном кресле». Пока он это говорил, мужик совсем поник, глаза ввалились, лицо побледнело, на лбу выступили капельки пота. И тут доктор говорит: «Да ладно, чё ты так напрягся, мужик, умерла она, умерла!»

В жизни за такую шутку можно и по «сопатке» схлопотать, но как пример вполне показательно. Итак, калибровка нам поможет. Первое, что нужно оценить, — позу и поведение, в какой фазе «шока» собеседник находится. Если фаза эректильная (человек напряжен, возбужден, активно двигается, жестикулирует, подходит очень близко, говорит громко), то тактика будет отличаться на один шаг от тактики при торпидной фазе.

1. Первый шаг — это хорошо известная каждому знатоку НЛП «подстройка». Родственники пациентов чаще всего ищут встречи взгляда с врачом. Примите симметричную позу, желательно оставьте себе возможность жестикулировать. Позвольте собеседнику встретиться с вами взглядом. За это время нужно представиться и познакомиться с собеседником. Позвольте ему сформулировать вопросы. Это, как правило, не занимает много времени. Вопрос обычно звучит как: «Ну как он (она)?» или «Что с ним (ней)?» и т.п.

2. В случае «эректильной» фазы, «ведение» стоит начать с техники депотенциализации сознательных процессов. Это может быть техника замешательства.

А. Самый простой и одновременно довольно эффективный способ создания замешательства в подобной ситуации — это задать два вопроса:

- После первого вопроса «Как вы себя чувствуете?» нужно перевести взгляд от глаз собеседника в центр его груди. Если собеседник возбужден, ажиатирован, подвижен, он может либо сразу насторожиться и перейти в торпидную фазу, либо начнет громко возмущаться, говоря, что все с ним нормально.

- Тогда следующим, так сказать, добивающим вопросом будет «Не хотите ли присесть?». При этом правильно было бы располагать банкетку, скамейку или стулья слева от себя. И, задавая второй вопрос, сделать жест влево вниз, что позволит несколько отвлечь собеседника от образов и внутренних диалогов в пользу ощущения самого себя. Чаще всего пациент сразу спонтанно откажется, и ваши намерения и его ожидания будут уже сформированы.

Б. Есть еще другой, более жестокий способ. Увидав разъяренного родственника умершего пациента, можно, выполнив первый шаг, не задавая никаких вопросов, отвести взгляд от глаз собеседника, переведя его в центр груди, после чего левой рукой сделать останавливающий жест, извиниться и обратиться к ближайшему коллеге или, открыв дверь в ординаторскую, громко сказать что-то типа: «Маша, не звони, я сам скажу...»

Затем повернитесь к собеседнику и напрямую предложите ему присесть.

Способов, конечно, может быть больше, все зависит от вашей фантазии, а жестокость или гуманность зависит от вашего великодушия.

3. Третий шаг будет вторым, если ваш собеседник изначально в угнетенном (торпидном) состоянии. Вне зависимости от того, останетесь вы стоять или сядете, следующее, что целесообразно сделать, — это воспользоваться косвенным внушением «отсутствием упоминания». Следует начать рассказывать как бы издалека. Если смерть была внезапной, неожиданной, необходимо рассказать, что бывают непредвиденные ситуации, когда в результате болезни формируются тяжелые и непоправимые осложнения, например, тромбоэмболия легочной артерии. И, несмотря на все меры предосторожности, все равно существует риск их возникновения. Мы приняли все меры, бинтовали нижние конечности, помните, вы приносили эластичные бинты, проводили антикоагулянтную терапию и, несмотря на все это...

Если смерть была ожидаемая, можно сказать что-то вроде: «Мы делали все, что могли, но, несмотря на искусственную вентиляцию легких и вазопрессорную поддержку на фоне интенсивной терапии...

4. Четвертый шаг — это пауза, которая, собственно, и делает все вышесказанное внушением «отсутствием упоминания». Она важна потому, что, возможно, вам не придется озвучивать самое неприятное. Во время вашей паузы собеседник сам скорее всего выскажет предположение о кончине своего родственника. Тогда вам нужно просто подтвердить предположение собеседника кивком головы и обязательно перевести взгляд на глаза собеседника. Если все это произойдет, вам не нужен будет пятый шаг — можете сразу переходить к шестому.

5. Пятый шаг уместен в случае, если родственник пациента продолжает проявлять агрессию и не хочет признавать своих догадок. Тогда следует просто завершить фразу после паузы: ...и он(она), скончался тогда-то, во столько-то. На этом этапе у далеких родственников или просто у агрессивных людей будут к вам вопросы, и это хорошо, ибо в других обстоятельствах они могли бы что-нибудь сломать. Если человек после сообщения этой неприятной новости продолжает с вами общаться, пусть даже на повышенных тонах, у вас есть все шансы успокоить его и выйти достойно из сложившейся ситуации. Собеседник может потребовать объяснений, почему все произошло именно так и кто в этом виноват. Постарайтесь терпеливо повторить историю, описанную в шаге 3, перед которой можно прямо попросить родственника пациента успокоиться, предложите ему настойку валерианы; если вы еще не присели, стоит настоять на этом. Проявите заботу о человеке, и впоследствии она к вам вернется вашим же душевным равновесием.

6. Шестой шаг — это то, что необходимо сделать формально. Объясните человеку, что он должен будет сделать для улаживания всех формальностей перед похоронами. Как ни странно, этот шаг дает возможность вернуть человека в ресурсное состояние, ибо инструкции, которые вы даете, звучат утвердительно, речь идет о документах и формальностях, а не о трагическом событии, и к тому же вполне сенсорно очевидно, что делать, куда пойти, что взять или написать.

7. Седьмой шаг необязательный, хотя и желательный. Выразите соболезнования от своего лица и от лица всех коллег: «...нам очень жаль...» или «...примите наши соболезнования...» и предложите помощь: «если будут вопросы или нужна будет помощь, обращайтесь».

Всё выше описанное несколько громоздко, однако неоднократно проверено мною, моими друзьями-коллегами и оказалось очень эффективным. Естественно, как и любая техника не гарантирует 100% результата во всех

случаях, данная техника может помочь в трудную минуту и вам, и вашему собеседнику. Ну и как это всегда бывает, это не единственный эффективный способ общаться на неприятные темы. Вы можете придумать свои техники, если озадачитесь проблемой, как, не затрагивая глубоко философские темы, говорить с человеком о вечном.