

Паллиативная помощь людям, живущим с вич/спидом и со-зависимым

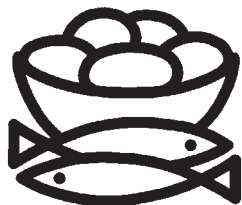
Сборник статей



Ассоциация «Христианский Межцерковный Диаконический Совет
Санкт-Петербурга»

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им.акад.И.П.Павлова

Американский Международный Союз Здравоохранения



ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ЛЮДЯМ, ЖИВУЩИМ С ВИЧ/СПИДОМ И СО-ЗАВИСИМЫМ

Сборник статей

Издано при финансовой поддержке Норвежской Церковной Помощи
(Norwegian Church Aid) и Министерства Здравоохранения Норвегии



Санкт-Петербург
2006

Сборник предназначен для представителей христианского сообщества, священнослужителей, сестричеств, медицинских и социальных работников, волонтеров.

Рекомендовано кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии СПбГМУ им. И.П. Павлова в качестве методических рекомендаций для лиц, оказывающих паллиативную помощь ВИЧ-инфицированным пациентам

Авторы:

Лиознов Д.А. – доцент кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии
СПбГМУ им. акад.И.П.Павлова

Кузнецова Э.В. – преподаватель Института сестринского образования
СПбГМУ им.акад.И.П.Павлова

Савкина С.Б. – психолог, супервизор проекта Ассоциации ХМДС
«Паллиативная Помощь ЛЖВС и со-зависимым»

Игумен Мефодий
(Кондратьев) – настоятель Свято-Георгиевского прихода
Иваново-Вознесенской и Кинешемской епархии

Липтуга М. Е. – автор Методических рекомендаций «Паллиативная помощь людям,
живущим с ВИЧ/СПИДом и со-зависимым» 2004г.

Егорова О.Ю. – старшая сестра патронажной службы Свято-Димитриевского
сестричества, Москва

Иерей Роман
(Бацман) – и.о. настоятеля больничного храма во имя священноисповедника
арх. Луки при Институте сердечно-сосудистой хирургии
им. Бакулева, Москва

Марианна
Матзо – доктор наук профессор медсестринского дела,
медсестринский колледж Оклахомского университета

Составитель сборника:

Рыдалевская Е.Е. – заместитель исполнительного директора Ассоциации ХМДС

© Коллектив авторов, 2006

Адрес редакции: С-Петербург, 193167, Обводный канал, д.17,
Ассоциация ХМДС, тел.\факс: (812) 717-14-91

ВВЕДЕНИЕ

Настоящий сборник статей предназначен для христианского сообщества — священнослужителей, сестер милосердия, волонтеров, занимающихся больничным служением. Главной его темой является помощь людям, живущим с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВС). Эта тема стала актуальной для России, начиная с 2000 года, когда темпы распространения этого инфекционного заболевания стали носить характер эпидемии. Поскольку Церковь всегда отзывалась на скорби и тяготы народа, то она не оставила без внимания это новое и сложное заболевание, так как оно находится в ряду так называемых социально обусловленных болезней. В 2004 г. Священным Синодом была одобрена «Концепция участия РПЦ в борьбе с распространением ВИЧ/СПИДа и работе с людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом», публикуемая нами в приложении к настоящему сборнику. Авторы предлагаемых статей имеют личный опыт в оказании духовной, психологической и сестринской помощи тяжелобольным и умирающим людям.

Что нас побудило к изданию? Во-первых, оказание помощи ЛЖВС привело нас к осознанию, что вокруг СПИДа имеется множество легенд, мистификаций, неоправданных страхов и, вследствие дефицита достоверной информации, в обществе происходит отторжение и стигматизация ВИЧ-инфицированных людей. Во-вторых, понимание, что эти люди, в большинстве своем молодежь, нуждаются в нашем участии и не должны быть отвергаемы христианской общиной, что переживаемое больными отчуждение и презрение со стороны окружающих, — это последствия греха, действующего и в церковных людях. Правильно сформировать свое отношение к страданию другого человека помогает Евангелие, которое учит милосердию ко всем, к добрым и злым: если человек сам виноват в своей беде, разве он недостоин сострадания? Господь не призывает нас допытываться, какой конкретный грех явился причиной страдания нуждающегося в помощи человека. Не спасительнее ли думать, что страдалец встретился на нашем пути для того, чтобы на нем «явились дела Божии»? Явились с нашей помощью. Чтобы больной получил уход, голодный пищу, плачущий сочувствие.

Медицинским аспектам проблемы в сборнике уделено минимальное внимание, т. к. имеется много популярной литературы, посвященной эпидемиологии, патогенезу и лечению ВИЧ-инфекции, а цель нашего издания — размышление об участии верующих людей в паллиативной помощи тяжелобольным и умирающим.

Две статьи, размещенные в сборнике, принадлежат нашим американским коллегам и подготовлены консорциумом ELNEC по обучению медсестер уходу за умирающими.

У американцев, по понятным причинам, имеется более длительный опыт в оказании паллиативной помощи, чем в нашей стране. Церковь в России была отстранена от социальной деятельности властями в течение 70 лет, и не могла во всей возможной для нее полноте осуществлять деятельную заботу о нуждающихся. Даже к больным и умирающим доступ ее был крайне ограничен. В задачи медперсонала, который воспитывали в традициях атеизма, психологическая и духовная помощь безнадежным пациентам не входила. Некоторое отличие в формулировках и оформлении материалов у американских и российских авторов, обусловленное различием их менталитета, не должно препятствовать диалогу. Нам представляется значимой информационная поддержка и сотрудничество с Американским Международным Союзом Здравоохранения, который при финансовой поддержке Агентства США по Международному Развитию проводит обучение медицинского персонала в России, что способствует более чуткому отношению медиков к духовным потребностям тяжелобольных и к повышению роли медицинских сестер в сопровождении умирающих и в оказании им психологической поддержки.

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ

М.Е. Литтуга

1. Введение

Тяжелая болезнь, возможно, одна из самых главных причин, по которой люди задают себе такие вопросы как, **в чем заключается цель и смысл их жизни**. Вопросы, которые редко возникают в периоды благополучия и вместе с тем, вопросы, ответы на которые формируют систему ценностей человека, определяют приоритеты, влияют на наши действия и поступки, отношения с окружающими, и с собой.

Для тяжело больного человека ответы на эти вопросы имеют еще одно очень важное значение – они способны **наполнить или лишить смысла страдания**, которые испытывает человек в процессе болезни.

Неизлечимое заболевание, в отличие от непродолжительной болезни, поддающейся излечению, изменяет восприятие мира и влияет на степень важности этого периода жизни. Так как этот промежуток времени является не периодом лечения и преодоления временных трудностей на пути к физическому **выздоровлению**, но болезнь, с ее тяготами становится неотъемлемой частью **всей оставшейся жизни** человека и наступление смерти из понятия абстрактного и не относящегося к конкретному человеку становится близкой реальностью.

Болезнь разрушает привычную налаженную жизнь человека: лишает способности работать и тем самым ограничивает возможности человека реализовывать свои устремления и обеспечивать необходимым свое существование и существование своих близких. Болезнь вносит изменения в семейные отношения, меняя роли и степень ответственности членов семьи, появляется зависимость от людей, осуществляющих уход. Болезнь нарушает сложившуюся систему отношений с друзьями и знакомыми, резко ограничивая круг общения и интересов. Влияет на чувство самоощущения человека, меняя отношение человека к самому себе, заставляет пересмотреть свою значимость. Тяжелая болезнь подвигает человека к мысли о наступлении близкой, возможно мучительной смерти, неизбежности расставания с близкими, любимыми людьми. Наконец, болезнь причиняет физические страдания. Реакция человека на происходящие в жизни изменения, отношение к страхам и страданиям, вызванным прогрессированием болезни, напрямую зависит от того, какое значение они имеют для человека, носят ли они только отрицательный характер или имеют также определенную **ценность и смысл**.

В большей степени именно от отношения к этим вопросам самого пациента, а не от вмешательства специалистов (медицинских и социальных работников, психологов и психотерапевтов) зависит **качество и продолжительность жизни пациента**.

В зависимости от системы ценностей и убеждений человека главная опора в жизни может быть различной: для одних это вера, для других семья, для третьих – работа (каждый случай индивидуален и не существует общих правил). Что бы это ни было, это помогает человеку жить с болезнью, настолько полноценно, исходя из представлений самого человека, насколько это возможно, помогает надеяться на лучшее и эффективно справляться со страхом смерти, беспомощности и неизвестности. Зная, что заболевание прогрессирует и не может быть вылечено, человек имеющий опору использует оставшийся период времени не на борьбу со страхом, попытками уйти от реальности или найти «выход» (суицид, обращение к магам и экстрасенсам), но завершает свои дела и, как не парадоксально это звучит, готовится к смерти. Последний период жизни человека имеет не меньшую важность, чем и все предыдущие. Зачастую именно осознание близкой смерти подвигает человека на переосмысление своей жизни и способствует духовному росту.

Значим этот период и для окружающих больного человека членов его семьи. Этот период

дает редкую возможность (которую не предоставляет внезапная смерть, например, в результате автомобильной аварии) проститься с близким человеком, быть с ним рядом до конца и подготовиться к жизни дальше уже без близкого человека.

Вместе с тем, необходима и помощь специалистов, что связано с ограниченными по причине продолжительности болезни компенсаторными возможностями человека, истощением ресурсов семьи и необходимости в применении специальных знаний и навыков (например, для купирования болевого синдрома).

Однако следует помнить, что специалисты, вместе с членами семьи пациента, облегчая страдания и оказывая эмоциональную поддержку, помогают создать **максимально приемлемые условия** жизни для неизлечимо больного человека, но не могут наполнить ее смыслом помимо желания и воли пациента. Этому принципу, не ставя целью продление жизни во чтобы это ни стало, но, максимально облегчая страдания пациента и оказывая поддержку членам его семьи, в полной мере отвечает **паллиативная помощь**.

2. Основные принципы и определения

Паллиативная помощь — это активная всеобщая забота о пациентах, заболевания которых не поддаются излечению, направленная на удовлетворение физических, социальных, психологических и духовных потребностей человека.

Центральное утверждение паллиативной помощи

Каждый человек имеет право на уважение, лечение и достойные условия жизни и смерти.

Это означает, что даже тогда, когда возможности интенсивного лечения исчерпаны и излечение невозможно, человек не должен остаться без помощи и поддержки.

Цель паллиативной помощи

Уменьшение страданий пациента, создание для больных и членов их семей психологического, физического и духовного комфорта и лучшего качества жизни.

Принципы паллиативной помощи

1. Утверждает жизнь и воспринимает умирание как естественный процесс.
2. Воспринимает пациента и его семью как единое целое.
3. Объединяет психологические, социальные и духовные аспекты так, чтобы пациент мог примириться со своей смертью так полно, как только это возможно.
4. Предоставляет систему поддержки, чтобы пациент смог жить настолько активно и полноценно, насколько это возможно.
5. Предоставляет систему поддержки семьям пациентов в течение периода болезни и в период утраты.

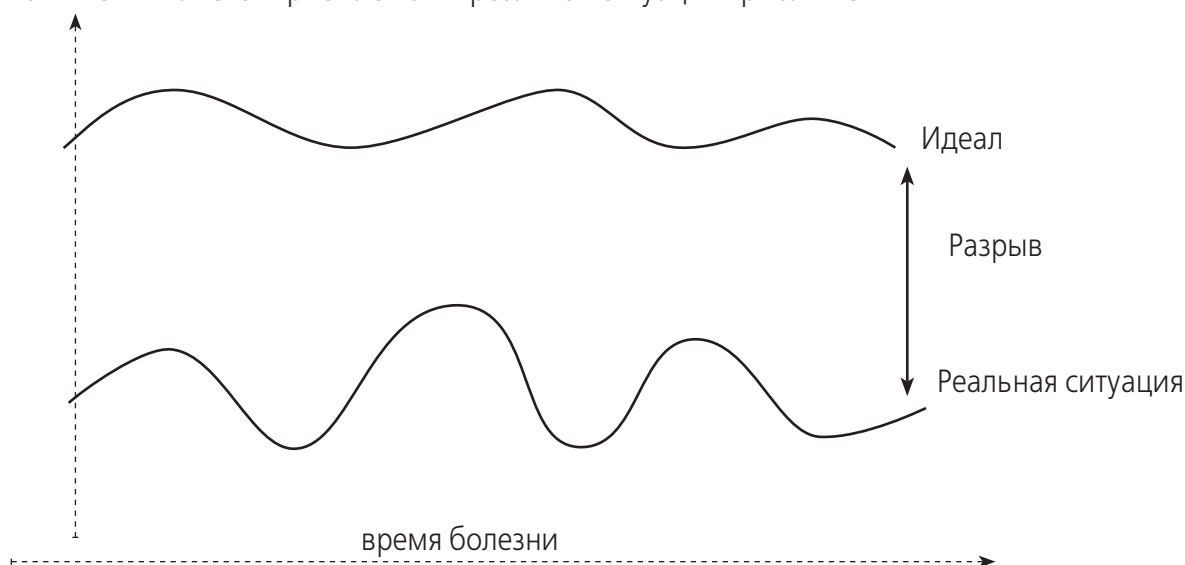
Восприятие смерти как естественного процесса — это один из основных принципов паллиативной помощи, которая не оттягивает и не ускоряет наступление смерти. Такое отношение к смерти со стороны тяжело больного человека означает принятие факта собственного умирания и, как следствие, спокойную тихую смерть. Людям, находящимся рядом с больным человеком такое мировоззрение позволяет сконцентрировать свои усилия не на том, как долго, но как хорошо (приемлемо) живет человек. И таким образом, избежать осуществления мероприятий, целью которых является продление жизни любой ценой. Мероприятий, которые оттягивают наступление смерти на минуты, часы, дни, но одновременно продлевают страдания и, более того, добавляют новые. Безусловно, для медицинских работников и родственников сложно видеть, как умирает пациент/родственник и не предпринимать реанимационных мероприятий или не настаивать на проведении их. Такое «бездействие» противоречит самой цели оказания медицинской помощи. Но в жизни каждого человека наступает момент, когда смерть должна наступить. Поэтому при проведении любых мероприятий, следует четко представлять себе их цель, пользу, побочные эффекты, а также возможности организма и обязательно же-

вание пациента. Простая поддержка в виде молчаливого присутствия вместо бессмысленных действий имеет большую ценность для умирающего человека. Ведь самая страшная смерть – это смерть в одиночестве.

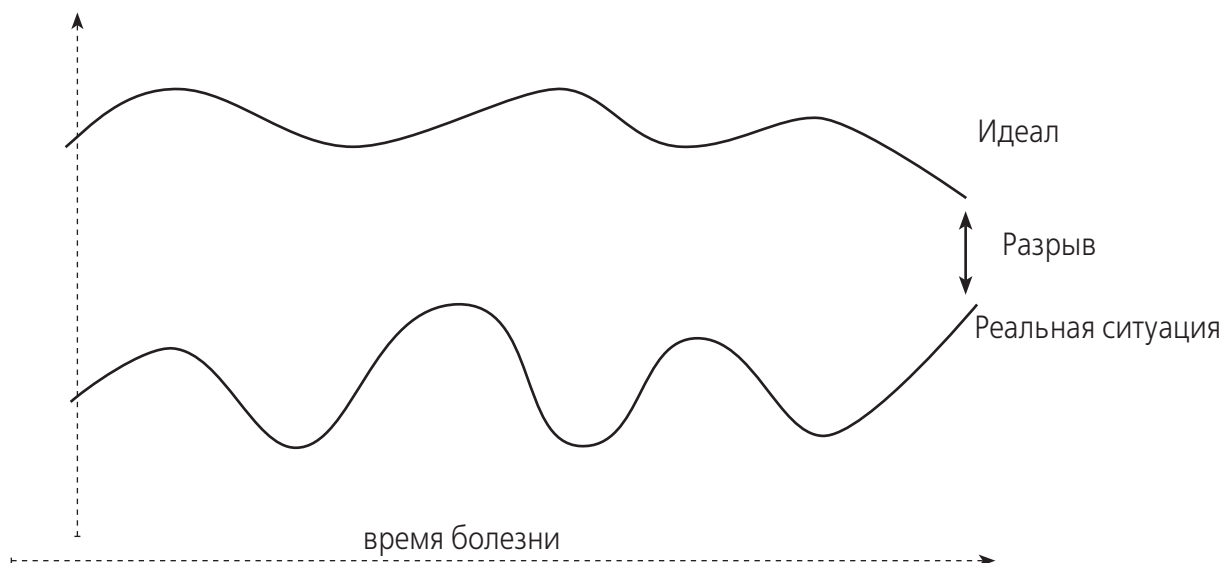
3. Качество жизни

Качество жизни означает субъективное удовлетворение, испытанное и/или выраженное человеком. Относится и находится под влиянием всех параметров личности: физических, психологических, социальных и духовных.

Термин «качество жизни» можно отнести к разряду профессиональных, используемых специалистами (например, медицинскими и социальными работниками), к нему редко прибегают пациенты, выражающие свои мысли и чувства другими словами. Для пациента «качество жизни» означает скорее, насколько значима и приемлема та жизнь и то состояние, какое имеет человек вследствие болезни. Насколько идеальные представления пациента о том, какая жизнь является приемлемой и реальная ситуация приближены.



Приближение идеала и реальности, а, следовательно, и улучшение качества жизни достигается за счет: улучшения условий жизни пациента (предоставлении системы поддержки) и коррекции (снижения) ожиданий пациента, обучения нахождению позитивных, новых сторон и возможностей в существующих условиях жизни.



Для окружающих пациента людей очень важно осознание того, что приемлемый уровень качества жизни понятие субъективное и различно для каждого индивидуума.

Так, один пациент может рассматривать общую слабость в сочетании с резкой потерей веса, например, вследствие диспепсии, как неприемлемое состояние и выбрать отказ от продолжения любого лечения, приема еды и питья, таким образом ускоряя уход из жизни. Другой же, даже потеряв способность самостоятельно передвигаться и способность видеть (например, как осложнение цитомегаловирусного ретинита), но продолжающий ощущать свою значимость для семьи и имеющий возможность реализовывать себя, может расценивать качество своей жизни как приемлемое.

Необходимо помочь пациенту найти точку опоры, будь то вера, любимое занятие, принятие поддержки близких людей или еще что-то другое, которая бы делала жизнь пациента не бессмысленной чередой мучений и борьбой с тяжелыми симптомами и осложнениями лечения, но делала значимым этот отрезок жизни в глазах пациента.

В конце жизни особое значение имеют следующие вопросы:

- насколько значима нынешняя жизнь;
- были ли достигнуты поставленные жизненные цели;
- была ли жизнь наполнена смыслом.

4. Место и время начала паллиативной помощи

Не являясь альтернативой радикального/интенсивного лечения, паллиативная помощь начинается на ранних стадиях выраженных проявлений неизлечимого заболевания параллельно с радикальным/интенсивным лечением, вначале выступая как добавочный вид помощи, роль которого возрастает и становится ведущим по мере прогрессирования заболевания и ограничения возможности применения интенсивных методов лечения.

Это означает, что оказание паллиативной помощи не исключает, при соответствующих показаниях, возможностях и желании пациента, проведение химиотерапии или антиретровирусной терапии и не ограничивается контролем симптомов и уходом за пациентом в терминальной стадии заболевания (последние одну–две недели жизни пациента).

Продолжительность и объем паллиативной помощи

Оказание паллиативной помощи предполагает предоставление **системы** психологической, социальной, медицинской и духовной поддержки пациенту и его семье в течение довольно продолжительного периода времени, в среднем 1,5–2 года, которые условно можно разделить на следующие периоды: постановки диагноза активно прогрессирующей стадии заболевания (например, СПИД), периоды выраженных проявлений заболевания, периоды улучшения состояния, терминальный период и период утраты. В каждый из этих периодов является важным **комплексное** оказание всех четырех аспектов паллиативной помощи. Вместе с тем, в разные периоды оказания паллиативной помощи роль ее аспектов не одинакова, некоторые являются ведущими и определяют общую тактику оказания паллиативной помощи.

5. Ведущие аспекты паллиативной помощи в различные периоды

В таблице приведены обобщенные данные. В зависимости от индивидуальных особенностей пациента, его жизненных убеждений и ценностей, значимость аспектов в каждом конкретном случае может быть иной. Так, человек может до последнего момента искать возможность излечения, настаивать на дополнительных исследованиях, консультациях и применении все новых схем и методов лечения, прибегая к нетрадиционным, а иногда и откровенно шарлатанским методикам, как к последнему шансу на излечение. Доводы о бессмысленности таких действий и призывы сконцентрироваться на поддержании приемлемого самочувствия останутся, скорее всего, не услышанными и могут привести только к непониманию, раздражению

и отказу от дальнейшей помощи. В таком случае во все периоды ведущим будет медицинский аспект. Для верующего же пациента на протяжении всех периодов при оказании паллиативной помощи наиболее значимой и востребованной будет духовная поддержка.

Периоды	Медицинский аспект	Социальный аспект	Духовный аспект	Психологический аспект
Период постановки диагноза активно прогрессирующей стадии заболевания	●			●
Периоды выраженных проявлений заболевания	●	●		
Периоды улучшения состояния		●	●	
Терминальный период			●	
Период утраты			●	●

Высокая значимость духовной, социальной и психологической поддержки, необходимость в предоставлении пациенту и членам его семьи комплексной и всеобъемлющей помощи предполагает участие в оказании паллиативной помощи помимо медицинских работников еще ряда специалистов.

6. Участники команды паллиативной помощи

- Пациент и его семья
- Медицинские работники
- Социальные работники
- Волонтеры
- Священник
- Юрист
- Психолог
- Педагоги

Все специалисты междисциплинарной команды, обладая знаниями и опытом каждый в своей области и выполняя свою часть работы, вместе с тем несут общую ответственность за достижение главной цели – предоставление пациенту и его семье адекватной системы поддержки на протяжении всего периода болезни и в период утраты.

Взаимодействие различных специалистов подразумевает обмен информацией между членами команды на постоянной, регулярной основе.

Пациент и его семья выступают как **равноправные** участники команды паллиативной помощи. На основе их потребностей, с учетом реальной ситуации и возможностей, строится все работа команды.

В отличие от сложившейся практики в медицине, при которой врач определяет, в каком лечении нуждается пациент и предлагает последнему строго следовать схеме лечения, оказание паллиативной помощи предполагает активное вовлечение пациента и, при необходимости и членов его семьи, в процесс принятия решения о ходе лечения.

Пациент должен иметь возможность выбора и быть полностью проинформирован не

только об осложнениях лечения, о том, как это повлияет на самочувствие и состояние, но и участвовать в обсуждении объема помощи и направленности лечения. Такие вопросы, как, начало или прекращение интенсивной/агрессивной терапии (например, химиотерапии, антиретровирусного лечения, назначение курса антибиотиков) должны обсуждаться с пациентом.

Вовлечение пациента (и при его согласии и членов семьи) в открытое честное обсуждение темы прогрессирования заболевания и прогноза, с целью способствования принятию совместного с **пациентом** осознанного информированного решения об объеме и направленности последующего лечения – **обязательное условие** оказания паллиативной помощи.

Существует еще один аргумент в пользу такого подхода – открытое обсуждение с пациентом и разделение ответственности является эффективным средством профилактики «выгорания» для специалистов. Тогда как тактика избегания обсуждения трудных тем в ситуации ухудшении состояния, которое неизбежно будет расценено как «провал» лечения, приводит к возникновению ощущения беспомощности, провоцирует конфликты и, как следствие, приводит к психологическим срывам.

Вместе с тем обсуждение с пациентом темы прогрессирования заболевания, прогноза, хода лечения не означает бездумной прямолинейности и требует владения специальными навыками.

В процессе обсуждения могут участвовать и члены семьи пациента. В этом случае обсуждение может быть раздельным (отдельная беседа с членами семьи по разрешению пациента) или совместным (с одновременным участием пациента и членов его семьи). Участие членов семьи в процессе принятия решения представляется важным моментом по ряду причин:

- состояние пациента в период обострения может сделать невозможным принятие им осознанного решения (по этой причине лучше заранее оговаривать с пациентом, что делать в подобной ситуации);
- как правило, родственники являются основным источником поддержки и ухода для пациента;
- изменение состояния пациента напрямую влияет на членов его семьи;
- процесс принятия решения может стать довольно тяжелым для пациента в тех случаях, когда его желания не совпадают с желанием членов семьи (например, когда члены семьи не могут примириться с тяжестью состояния любимого человека и настаивают на продолжении лечения, которое само по себе может вызывать дополнительные страдания, в то время когда сам пациент этого не желает).

Следует отметить, что случаи, когда пациент и члены его семьи стараются избежать участия в принятии решения по объему и направленности лечения, предпочитая полностью довериться знаниям и опыту специалистов, не являются редкостью. Играть роль такие факторы, как «слепая» вера в докторов, как людей, обладающих специальными знаниями и способных буквально творить чудеса и решать большинство проблем связанных со здоровьем.

Нежелание быть полностью информированным о прогнозе и участвовать в решении вопросов связанных с собственной судьбой может являться защитным механизмом, когда действительность так тяжела для осознания и принятия пациентом, что вытесняется на подсознательном уровне. Избегание участия пациента и членов его семьи в процессе принятия решения может быть вызвано также нежеланием разделения ответственности за результаты.

7. Аспекты паллиативной помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИД и со-зависимым

Оказание паллиативной помощи пациентам с неизлечимыми заболеваниями и ограниченной продолжительностью жизни вне зависимости от диагноза (будь то онкологическое заболевание или ВИЧ/СПИД) включает в себя комплексную всеобъемлющую заботу о пациенте

и его близких, которая охватывает следующие аспекты:

- Медицинский
- Социальный
- Духовный
- Психологический

Все четыре аспекта паллиативной помощи взаимосвязаны, неразделимы, основываются на принципах паллиативной помощи и осуществляются междисциплинарной командой.

Нельзя ограничиться оказанием лишь того или иного аспекта, например, снять беспокойство и связанное с этим усиление боли только применением медикаментов, если причинами возникновения беспокойства являются страх смерти или конфликт в семье.

8. Медицинский аспект (особенности и объем)

Медицинский аспект паллиативной помощи больным СПИДом имеет ряд особенностей. Помимо стандартных составляющих медицинского аспекта паллиативной помощи: адекватный уход, контроль хронических симптомов, реабилитация (восстановление и поддержание максимальной физической формы), особое внимание уделяется **профилактике, ранней диагностике и лечению оппортунистических инфекций** (инфекции, приводящие к возникновению тяжелых заболеваний на фоне сниженного иммунитета). Нужно быть готовым не только контролировать хронические симптомы, но и адекватно лечить острые заболевания, вызванные оппортунистическими инфекциями, а также купировать побочные эффекты лечения. Следует отметить, что течение оппортунистических инфекций у больного СПИДом не носит необратимый характер. Зачастую, при правильно подобранном лечении, периоды тяжелого состояния сменяются периодами относительного здоровья, когда человек может вернуться к своей обычной жизни, работе.

Вместе с тем, серьезной проблемой является профилактика и лечение туберкулеза (у 50% больных СПИДом это основная причина смерти), пневмоцистной пневмонии, диареи и кандидозов. Непредсказуемо течение заболевания при присоединении гепатита В, С.

В процессе оказания паллиативной помощи больным СПИДом неизбежно столкновение со следующими сложностями: наличие у пациента комплекса симптомов с непредсказуемым течением и широким спектром осложнений. В этом случае сложно установить первопричину возникновения того или иного симптома и подобрать адекватное лечение.

Следующая проблема – необходимость соблюдения баланса между интенсивной терапией и контролем хронических симптомов. В этой связи особо стоит вопрос прекращения интенсивной терапии.

Серьезной проблемой является проведение противоболевой терапии у пациентов с употреблением наркотических веществ в анамнезе. Зачастую такие пациенты не получают адекватного обезболивания из-за боязни развития повторного привыкания или из-за опасения, что пациент умышленно преувеличивает степень испытываемых им болей с целью получения дозы наркотического анальгетика. Следует сразу отметить, что в большинстве случаев эти опасения необоснованны.

Оказание паллиативной помощи не отрицает проведение антиретровирусной терапии (при ее доступности, необходимости и отсутствии противопоказаний). В этом случае появляется дополнительная задача – обеспечить необходимые условия проведения терапии и максимально снизить воздействие побочных эффектов препаратов.

Таким образом, медицинский аспект включает:

- Консультирование (профилактика, питание, образ жизни)
- Общий уход
- Контроль симптомов

- Раннюю диагностику и лечение оппортунистических инфекций
- Реабилитацию
- Антиретровирусную терапию

9. Психологический аспект

Психологическая поддержка является необходимым элементом помощи больным в стадии СПИД и со-зависимым.

Люди, живущие с ВИЧ/СПИДом, и со-зависимые постоянно испытывают проявления стигматизации и дискриминации со стороны окружающих, включая медицинских и социальных работников. ВИЧ инфекция воспринимается обществом как «грязная» болезнь маргинализованных групп (потребителей наркотических веществ, людей оказывающих сексуальные услуги за деньги, представителей сексуальных меньшинств).

Широко распространен страх заражения даже при простом общении с людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом. По этой причине больные вынуждены скрывать свой диагноз, в том числе и от семьи, и, в результате, оказываются в изоляции со своими проблемами, страхом перед приближающейся смертью, чувством безнадежности и вины перед близкими и детьми.

Изматывающие лихорадочное состояние, снижение веса, неясные симптомы, повторение эпизодов обострения заболевания, ухудшение самочувствия, потеря способности к самообслуживанию, беспокойство о будущем семьи, осложнения лечения, все это также оказывает влияние на психологическое состояние пациента, ведет к развитию тревоги и депрессии.

Ситуация утяжеляется как правило молодым возрастом пациентов и связанной с этим высокой эмоциональной лабильностью. Другая проблема – это супружеская жизнь и вопрос рождения детей.

Родственники и близкие пациентов также нуждаются в помощи. Постоянно испытываемый на протяжении всей болезни родственника хронический стресс, чувство беспомощности, страх инфицирования, невозможность поделиться своими чувствами со знакомыми и друзьями, а затем смерть близкого человека и связанное с этим горе, приводит к возникновению заболеваний и серьезных психологических проблем.

Система психологической поддержки людей, живущих с ВИЧ/СПИДом и со-зависимых включает:

- Консультирование;
- Коррекцию основных психологических проблем (страха, вины, депрессии и т.д.);
- Помощь в выражении чувств и принятии ситуации;
- Эмоциональную поддержку (включая группы взаимопомощи);
- Профилактику «выгорания» у ухаживающих;
- Помощь семье в период утраты.

10. Социальный аспект

Болезнь вносит изменения в привычную жизнь, лишая человека возможности вести обычный образ жизни и оказывает влияние на все ее составляющие. Если работа человека, живущего с ВИЧ/СПИДом, была основным источником доходов семьи, с ее утратой перед семьей встает проблема выживания.

Изменяются роли в семье, несовершеннолетние дети могут стать единственным источником заботы и ухода для своих больных родителей или наоборот престарелые родители, сами нуждающиеся в помощи, ухаживают за больными детьми и воспитывают внуков.

Стигматизация и продолжительная болезнь существенно сужает круг окружающих больных СПИДом людей, зачастую общение ограничивается только людьми, осуществляющими уход. Таким образом, на поздних стадиях заболевания пациент, как правило, становится край-

не зависим от помощи окружающих, которые в свою очередь тоже могут быть инфицированы.

Этот целый комплекс социальных проблем требует предоставления пациенту и его семьи следующих видов поддержки:

- Помощь в социальной адаптации пациента и его семьи к ситуации, включая патронаж на дому силами волонтеров
- Помощь в получении предусмотренных социальных пособий (пенсий, пособий)
- Помощь в решении проблем связанных с оформлением документов

11. Духовный аспект

Духовный аспект паллиативной помощи является **основополагающим, центральным** элементом всей системы поддержки пациента и его семьи.

Следует учитывать, что в отличие от всех других проблем: физических, психологических, социальных, которые могут как присутствовать, так и отсутствовать, духовные проблемы и потребности у умирающего пациента есть всегда.

Необходимость в реализации возросших духовных потребностей, получении поддержки при постановке и разрешении мировоззренческих вопросов, связанных с осмыслением прожитой жизни и предстоящей смерти, являются одними их основных нужд неизлечимо больных людей, имеющих лимит времени.

Невозможность реализовать эти нужды делает жизнь и страдания человека бессмысленными и оказывает значительное влияние на течение болезни и желание жить.

Сложно провести грань между психологической и духовной поддержкой, к которой традиционно принято относить только вопросы, связанные с верой в Бога. Система ценностей каждого человека различна, но, пожалуй, невозможно найти пациента, который бы ни во что не верил, ничего не любил и ни на что не надеялся. Или, по крайней мере, не ощущал потребность в вере, любви и надежде. Каждый человек обладает духовностью, которая выражается через его систему ценностей. Стоит лишь отметить, что ничто не дает такую поддержку и опору как вера в Бога.

Исходя из такого понимания духовности, оказание духовной поддержки не является задачей только священнослужителей, это может быть любой человек (медицинский, социальный работник, волонтер), оказавшийся рядом с пациентом или его семьей, принявший и понявший ценности и потребности обратившегося к нему человека. Безоценочное восприятие системы ценностей пациента и его семьи, какой бы она не была, является принципом, на котором строятся взаимоотношения. Безоценочное восприятие не означает разделение взглядов и убеждений, но является проявлением уважения к человеку, его праву выбора.

Стоит отметить, что зачастую продолжительная неизлечимая болезнь приносит значительные изменения во взгляды человека, порой кардинально изменяя их. Во многих случаях для человека этот процесс носит скорее интуитивный, чем осознанный характер. И во многом определяется поведением окружающих человека людей, в связи с чем важно осознавать свою ответственность и не навязывать свою волю и свои убеждения.

Духовный аспект поддержки пациентов и их родственников включает:

- Помощь пациенту в постановке и решении мировоззренческих вопросов
- Поддержка ухаживающим
- Помощь в участии пациента и его семьи в Церковной жизни

ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ БОЛЬНЫМИ

*Э.В. Кузнецова,
Д.А. Лиознов
СПбГМУ им. И.П. Павлова*

Многоуровневый подход в оказании медицинской помощи (врач – медицинская сестра – младшая медицинская сестра) способствует качественному и разностороннему удовлетворению потребностей больного в установлении диагноза, определении стратегии лечения и ухода, выполнении лечебно-диагностических мероприятий и непосредственном уходе за пациентом.

Внимательный и заботливый уход за больным – важнейший компонент оказания помощи, комбинирующий медицинские, психологические и социальные элементы, и продлевающий полноценную жизнь пациента. Основам общего ухода за больными посвящен ряд учебных и методических пособий. В данной статье авторы отразили особенности оказания помощи ВИЧ-инфицированным пациентам.

Основная цель ухода за больным, в том числе инфицированным ВИЧ, заключается в облегчении проявлений заболевания, максимально возможном восстановлении функций организма и оказании психологической поддержки пациентам.

ВИЧ-инфекция характеризуется поражением иммунной системы. Со временем это приводит к развитию инфекционных заболеваний, в том числе вызванных микроорганизмами, в обычных условиях не представляющими опасность для здоровых людей. Кроме того, у таких пациентов инфекционные болезни протекают тяжелее. Учитывая уязвимость больных, особенно на поздних стадиях заболевания, в отношении возбудителей бактериальных, вирусных, грибковых и протозойных инфекций необходимо соблюдать определенные правила оказания помощи.

Уход за пациентом, тем более больным инфекционным заболеванием, требует неукоснительного соблюдения правил санитарно-эпидемиологического режима. Оказывая помощь пациенту в стационаре, необходимо получить инструктаж персонала отделения по соблюдению правил личной гигиены, обеспечению спецодеждой и бельем, дезинфекции и обработке медицинского инструментария и предметов обихода больного, уборке помещений и санитарному состоянию палат, соблюдению правил внутреннего распорядка. Ухаживая за больным на дому, следует проконсультироваться с врачом и медицинской сестрой кабинета инфекционных заболеваний (КИЗ) поликлиники или центра по профилактике и борьбе со СПИД по соблюдению правил санитарно-эпидемиологического режима в домашних условиях.

К уходу за больным необходимо привлекать здоровых людей, не имеющих ни острых (например, ОРЗ, кишечная инфекция), ни обострения хронических инфекционных заболеваний (герпетическая инфекция, в т.ч. опоясывающий лишай, гнойничковые и грибковые поражения кожи и слизистых оболочек, заболевания легких, и др.). С целью снижения риска заражения больного возбудителями инфекционных заболеваний следует:

- ежедневно проводить влажную уборку помещения (при необходимости – несколько раз в день);
- соблюдать личную гигиену;
- мыть руки перед каждой манипуляцией ухода;
- прикрывать рот при кашле и чихании;
- при появлении недомогания, кашля, чихания и других проявлений инфекционной

патологии отказаться от посещения и оказания помощи (в случае невозможности это осуществить – использовать маску, меняя ее каждые 3 часа);

- ограничить посещение больного лицами с явлениями ОРЗ или других инфекционных заболеваний;
- не ограничивая общение больного со здоровыми животными, исключить контакт с их испражнениями и подстилками;
- следить за соблюдением больным правил личной гигиены и общегигиенических требований.

Чистота в быту должна соблюдаться обязательно. Полы и другие поверхности необходимо мыть регулярно и по мере загрязнения. Ветошь и губки, использованные для вытирания биологических жидкостей (кровь, моча, испражнения), не могут быть использованы повторно. Влажные отходы необходимо помещать в непромокаемые контейнеры. При подготовке грязного белья к стирке следует как можно меньше манипулировать с ним и не разбирать его около постели пациента. Белье, загрязненное кровью, стирают при температуре не ниже 80 градусов не менее 25 минут.

Как при любом инфекционном заболевании возбудитель ВИЧ-инфекции имеет свои пути передачи и при несоблюдении определенных мероприятий может представлять опасность для персонала, ухаживающего за больным.

В быту ВИЧ-инфицированный пациент не представляет опасности для окружающих. Вирус иммунодефицита человека не стоек во внешней среде. Он быстро погибает при кипячении и под воздействием химических веществ, применяемых для дезинфекции (1-3% р-р хлорамин, 0,5% р-р гипохлорида натрия, 4-6% р-р перекиси водорода, 70% р-р спирта). Угрозу с точки зрения заражения представляют биологические жидкости экскретов больного, прежде всего кровь, сперма, вагинальные выделения, и в меньшей степени другие (слюна, моча, кал, рвотные массы). В связи с этим необходимо соблюдать строжайшие меры предосторожности при контакте с любыми биологическими жидкостями и выделениями пациента. Основные мероприятия, предупреждающие (профессиональное) инфицирование, сводятся к предотвращению контакта персонала, оказывающего помощь больному, с его биологическими жидкостями, органами и тканями. К ним относятся:

- использование средств индивидуальной барьерной защиты: **перчатки**, очки, маска, спецодежда;
- правильное обращение с острыми предметами и медицинскими инструментами, с целью предотвращения травм режущими и колющими предметами;
- наличие аптечки на каждом рабочем месте;
- обработка кожи или слизистых оболочек при ранении или загрязнении их биоматериалом;

При наличии на руках ссадин или порезов их необходимо заклеить лейкопластырем, затем в обязательном порядке надеть перчатки. Следует чрезвычайно осторожно обращаться с колющими и режущими предметами и инструментами, используемыми пациентом и в уходе за ним (ножницы, лезвия, бритва, иглы и др.). Они должны быть индивидуальны, и храниться в непрокаливаемом контейнере.

При попадании крови, мочи, слюны пациента на неповрежденную кожу обслуживающего персонала вероятность заражения практически отсутствует. Вместе с тем необходимо провести обработку контаминированного (загрязненного) участка кожи. Если, ухаживая за пациентом, произошла травматизация кожи – укол иглой или ножницами, или порез (например, остригая ногти, помогая при бритье, производя уборку постели) необходимо немедленно выдавить несколько капель крови из раны, тщательно вымыть руки с мылом, просушить их салфетками, рану обработать 5% спиртовым раствором йода или 70% спиртом, наклеить лейкопластырь. Следует обязательно проконсультироваться с лечащим врачом пациента. Ухаживая за боль-

ным в стационаре, необходимо сообщить о травме старшей сестре отделения, которая фиксирует ее в соответствующем журнале и разъяснит необходимые действия в дальнейшем. Рекомендуется обратиться в Центр по профилактике и борьбе со СПИДом для обследования и решения вопроса о проведении профилактического лечения. Ухаживающим за больными настоятельно рекомендуется вакцинация против гепатита В.

Ухаживая за больным можно прикасаться к нему без опасений, переодевать, кормить, умывать, обнимать, пользоваться общими ручками, книгами и другими предметами, которые не контактируют с потенциально опасными биологическими жидкостями организма. Такой контакт абсолютно безопасен.

Необходимо помнить, что при вероятности соприкосновения с любыми биологическими жидкостями больного (на теле, нательном и постельном белье, предметах обихода, медицинском инструментарии и пр.) обязательно одевать перчатки!

Полноценная забота и оказание помощи больному невозможны без доверительных отношений. Необходимо искать индивидуальный подход к каждому пациенту, соблюдать определенные правила взаимоотношений с больным человеком, уметь выслушивать жалобы и стремиться понять его переживания. Оказание помощи пациенту должно проводиться в тесном контакте с медицинскими работниками лечебно-профилактических учреждений.

Объем предоставляемой помощи будет зависеть от стадии заболевания: если в бессимптомной фазе при отсутствии клинических проявлений пациенты будут нуждаться лишь в психологической поддержке, то в дальнейшем, по мере прогрессирования иммунной недостаточности, этот объем будет постоянно увеличиваться и расширяться.

Одним из приоритетных направлений ухода за ВИЧ-инфицированными пациентами всегда будет оставаться организация правильного питания. Для ВИЧ-позитивных людей характерна потеря веса, которая крайне неблагоприятна, так как в этом случае организм не получает достаточного количества питательных веществ и энергии. Потеря веса может быть обусловлена нарушением аппетита вследствие тошноты (в том числе из-за побочного действия некоторых лекарственных препаратов), затруднениями с приемом пищи из-за поражений ротовой полости, нарушения вкуса и обоняния, повышения температуры тела, психологических проблем. Кроме того, к снижению веса приводит поражение желудочно-кишечного тракта, как инфекционной, так и не инфекционной природы, сопровождающиеся нарушением пищеварения и расстройством стула.

Пища должна быть приготовлена с соблюдением санитарно-гигиенических норм, так как возникновение пищевого отравления для ВИЧ-инфицированного пациента может иметь самые серьезные последствия. Следует уделять должное внимание качеству продуктов и технологии их приготовления. Чтобы снизить риск развития кишечных инфекций необходимо придерживаться следующих рекомендаций:

- не покупать продукты на стихийно организованных рынках;
- не употреблять испорченные продукты и продукты с просроченными сроками реализации;
- хранить сырые и готовые продукты в холодильнике отдельно, при температуре не превышающей +6°C;
- содержать в чистоте кухню;
- пользоваться отдельными разделочными досками для сырых (мясо, рыба, курица) и готовых продуктов (салаты, вареное мясо, хлеб и др.);
- удостовериться, что пища прошла достаточную термическую обработку и готова к употреблению;
- кормить пациента свежеприготовленной пищей;
- тщательно мыть фрукты и овощи, ошпаривать кожуру фруктов кипятком;
- мыть руки перед приготовлением пищи, перед кормлением пациента, помочь ему тщательно вымыть руки.

- использовать для питья только кипяченую или бутилированную воду, молоко – пастеризованное или кипяченое;
- тщательно мыть горячей водой с применением моющих средств посуду и столовые приборы после каждого использования.

Питание больных должно быть полноценным, сбалансированным – в полной мере обеспечивать их белками, жирами, углеводами, витаминами и минералами. Белки необходимы для построения новых клеток в организме, в том числе и клеток иммунной системы. Белки содержатся в блюдах из мяса, рыбы, курицы, бобовых, в яйцах, сыре, молоке, твороге и других молочных продуктах. Эти продукты необходимо употреблять ежедневно не менее 2–3 раза в день. Жиры обеспечивают организм энергией. Необходимо включать в питание больных растительные масла и жирные сорта рыбы. Углеводы также обеспечивают организм энергией. Они содержатся в хлебобулочных изделиях, крупах, макаронах, картофеле, овощах и фруктах. Фрукты и овощи богаты не только углеводами, витаминами и минералами, но и пищевыми волокнами, способствующими нормализации процессов пищеварения. Для обогащения рациона витаминами и минералами необходимо использовать натуральные ягодные, фруктовые и овощные соки.

Предпочтительный вид кулинарной обработки – варка в воде и на пару, так как в этом случае в пище больше сохраняется полезных веществ, и она лучше усваивается. Рекомендуются постные блюда, следует избегать слишком жирной, острой, жареной пищи.

Большое значение имеет и организация режима питания. По возможности питание должно быть дробным, 5-6 раз в сутки, небольшими порциями. Так как у пациента может быть нарушен аппетит, рекомендуется предложить ему самому продумать меню. Приготовленные блюда должны выглядеть аппетитно. Обстановка во время приема пищи должна быть благоприятной, спокойной.

При наличии воспалительных процессов и язв во рту из питания необходимо исключить острую, кислую, соленую и твердую пищу. Она должна быть жидкой и полужидкой, не горячей. В случае жалоб пациента на сухость во рту следует обеспечить его питьевой водой, помочь прополоскать рот, контролировать постоянный уход за ротовой полостью. Вода постоянно должна находиться у постели пациента. Если больной жалуется на тошноту, то за 30 минут до приема пищи по совету врача следует давать противорвотные средства.

По окончании кормления необходимо обеспечить самую тщательную гигиену полости рта.

Чрезвычайно важно помнить, что пациенты нуждаются в достаточном питье (вода, чай, морсы, компоты, соки) для выведения токсинов из организма с мочой, и восполнения потерь жидкости при усиленном потоотделении, рвоте, поносе, учащенном дыхании.

Режим питания больного, его потребность в питательных веществах и жидкости необходимо согласовывать с врачом. Также следует с врачом определить потребность пациента в приеме поливитаминных препаратов и минералов.

Понос (диарея) является основной причиной потери жидкости и снижения веса больного. К диарее у ВИЧ-инфицированных пациентов приводят инфекционные и неинфекционные поражения желудочно-кишечного тракта. В случае возникновения диареи особое внимание следует обратить на:

- обеспечение приема пациентом препаратов для лечения диареи (по назначению врача);
- уход за кожей перианальной области (область вокруг заднепроходного отверстия): после каждого испражнения необходимо обмывать эту область теплой водой с мылом. Прикладывая мягкую ткань, осторожно просушивать кожу, предупреждая повреждение ослабленных кожных покровов, нанести на высушенную кожу вазелиновое масло, детский крем, облепиховое масло или другие средства для защиты кожи.
- обеспечение приема достаточного количества жидкости пациентом для восполнения

ее потерь в организме (специальные солевые растворы, вода, морс, компот и др.).

Кормить больного с поносом рекомендуется каждые 2 часа небольшими количествами пищи. Желательно отдавать предпочтение таким продуктам, как белый рис, белый хлеб, бананы и др.

При появлении диареи, связанной с приемом противовирусных препаратов, следует продолжать давать их пациенту, но немедленно проконсультироваться с врачом.

Лихорадка – частое клиническое проявление ВИЧ-инфекции и ее осложнений. Ухаживая за лихорадящим больным следует:

- посоветоваться с врачом и в соответствии с его рекомендациями организовать прием пациентом жаропонижающих средств;
- в случае усиленного потоотделения регулярно менять влажное нательное и постельное белье на сухое;
- чаще поить пациента;
- пища должна быть жидкой или полужидкой;
- измерять температуру каждые 4 часа, записывать ее показатели; если температура не снижается, обязательно консультироваться с медицинскими работниками;
- при головной боли накладывать на лоб холодный компресс;
- при образовании трещин на губах смазывать их средствами для защиты кожи (вазелиновым или облепиховым маслом, детским кремом, другими);
- при высокой температуре подкладное судно подавать в постель пациенту.

Поражение органов дыхания является частым осложнением ВИЧ-инфекции. Одышка – изменение характера дыхания больного, в первую очередь частоты дыхательных движений. В норме частота дыхательных движений колебаться от 14 до 20 в минуту. Уход за больным, страдающим одышкой, заключается в облегчении дискомфорта, вызванного объективной и субъективной нехваткой воздуха:

- открыть форточки, обеспечить доступ кислорода, но так, чтобы не простудить пациента;
- поднять изголовье кровати, обеспечить пациенту полусидячее положение, используя подушки;
- обучить пациента специальной методике дыхания со сложенными в трубочки губами, что позволяет снизить частоту дыхания. Губы должны быть сложены в трубочку так, как если бы он хотел посвистеть; больной должен выдыхать медленно, издавая при этом свистящий звук; не раздувать щеки и почувствовать, как опускается живот.
- психологически поддержать пациента;
- проконсультироваться с врачом.

Для профилактики повреждения кожных покровов следует обеспечить регулярный гигиенический уход за кожей. Кожа должна быть сухой и чистой. В зависимости от состояния больного используют гигиеническую ванну, душ, или обтирание. Тяжелым больным рекомендуется каждые 2 часа менять положение тела в постели. Постельное белье должно быть чистым и сухим, без складок и крошек. Показан легкий массаж (поглаживание) и обработка слабыми спиртовыми растворами участков кожных покровов над костными (лопатки, кости таза, локти, пятки) выступами с целью улучшения кровообращения.

Еще одна характерная проблема для пациентов – боль. Причины ее крайне многообразны. Необходимо совместно с пациентом определить локализацию (место возникновения) и интенсивность болей. Предложить пациенту изменить положение туловища таким образом, чтобы дать отдых тем частям тела, на которые приходилось давление, и найти такую позицию, при которой интенсивность болей уменьшается. В соответствии с назначениями врача обеспечить прием болеутоляющих средств.

Важным аспектом ухода за больным ВИЧ-инфекцией является поддержка и помощь в обеспечении режима лечения. Необходимо контролировать прием пациентом лекарственных препаратов, обеспечить соблюдение не только режима приема лекарства, но и соблюдение других требований. Например, прием препарата до или после еды, необходимость в определенном количестве воды для запивания таблеток, сочетания различных лекарств и пр. Ухаживающим за больным следует самим ознакомиться с инструкцией по применению препарата. Важно знать, какие побочные реакции могут дать лекарства, которые принимает пациент. Это поможет раньше оценить развитие побочных реакций, уменьшить их последствия и успокоить больного. Прием больным новых лекарств непременно следует согласовывать с врачом, поскольку некоторые препараты могут вступать в опасное взаимодействие с противовирусными средствами.

Важно правильно принимать лекарства и не пропускать прием, так как в противном случае вирус получит шанс продолжить размножение в организме. Кроме того, у него может возникнуть устойчивость к данному препарату, и тогда в будущем возможность выбора препаратов будет ограничена.

В некоторых случаях пациенту необходимо пройти инструментальную диагностическую или лечебную процедуру. Ухаживающему за больным рекомендуется проконсультироваться с медицинским персоналом о технике проведения процедуры, необходимой подготовке пациента, возможных неприятных ощущениях при ее выполнении. Следует обсудить с пациентом необходимость данного мероприятия, рассказать, зачем оно делается, как нужно подготовиться, как вести себя во время самой процедуры.

Депрессия является распространенной психологической проблемой пациентов инфицированных ВИЧ. При общении с пациентом можно заметить, что у него возникает чувство безнадежности, тревоги. Понимание переживаний больного, сопереживание и тактичность в заботе о нем – вот основы ухода за таким пациентом. Для облегчения этого состояния необходимо:

- выделять больше времени для общения с пациентом; дать ему возможность во время разговора выразить свои чувства; успокоить его, проинформировав по тем вопросам, по которым он выразил озабоченность.
- активно вовлекать пациента в обсуждение и решение всех проблем, касающихся ухода за ним; привлекать пациента к процессу самообеспечения в той мере, которая ему доступна;
- выявить круг интересов пациента, продумать способы использования их с целью отвлечения его от чувства безнадежности (например, пациент любит рисовать – обеспечьте ему эту возможность);
- предложить друзьям, сослуживцам больного не оставлять его без внимания – чаще звонить ему, а если это возможно по состоянию пациента, то и посещать его;
- при согласии больного пригласить к пациенту духовное лицо исповедуемой им религии;
- благотворно влияет на больных общение с домашними животными (помнить о соблюдении правил личной гигиены при общении с животными);
- предоставить больному возможность побыть в уединении.

Психологическая поддержка важна для пациента во все периоды его заболевания, но наиболее значима она для него в период умирания. Необходимо помнить, что трудности, испытываемые пациентом, умирающим от СПИДа, подобны тем, которые испытывают все умирающие. К ним относятся в первую очередь потеря независимости и страх перед болью. Часть умирающих пациентов испытывают злость к себе и другим. Некоторые считают, что смерть является формой наказания; другие – отрицают свою вину. Наступает период переосмысления

своей жизни. Всем пациентам присуще чувство глубокой печали, у них гипертрофируется чувство одиночества, если они осознают, что умирание – это единственное, что предстоит в этой жизни.

Необходимо по возможности создать и поддержать физический и эмоциональный комфорт, оказать пациенту духовную помощь. Последнее, возможно, именно то, в чем наиболее нуждается пациент в этот период.

Следует не забывать о семье больного, подготовить ее к потере близкого, постараться уменьшить горечь утраты.

Психологическая разгрузка и восстановление (реабилитация) персонала, ухаживающего за пациентом, является важным вопросом при уходе за тяжелым больным, и особенно умирающим. Общение и забота за больным человеком требует много моральных и физических сил. Сопереживание проблемам пациента, близкий контакт с умирающим и его уход из жизни непременно оказывают негативное психологическое влияние на ухаживающего за ним. Необходимо найти способы переключиться на другую деятельность, получить поддержку со стороны. Обсуждение с медицинским персоналом, друзьями, членами семьи работы, связанных с нею трудностей, своих переживаний, помогут справиться с проблемами и избежать психологической травмы.



Особенности оказания паллиативной помощи сестрами милосердия.



Егорова О.Ю.,
старшая сестра патронажной службы
Свято-Димитриевского сестричества

Цель помощи: любовь ко всякой душе скорбящей и озлобленной.

«Нужно в свое сердце взять больного человека и стоять с ним перед Богом».

«...когда человек стреляет из лука, он никогда не попадет в мишень, если стрела одновременно не пробьет его сердце».

Если то, что ты говоришь тебя не пробивает, то, конечно, оно ни до кого не дойдет»

Митрополит Антоний Сурожский

Современная медицина более 15 лет назад вернулась к понятию паллиативная помощь.

Паллиативная помощь является частью общественного здравоохранения, поэтому оказанием этой помощи занимаются не только государственные лечебно-профилактические учреждения и социальные структуры, но также общественные и религиозные организации.

Согласно определению ВОЗ: «Паллиативная помощь – это деятельность, направленная на улучшение качества жизни больных со смертельным заболеванием и их близких путем предупреждения и облегчения страданий с помощью раннего выявления, тщательной оценки и устранения боли и других физических, психологических, социальных и духовных страданий».

Относительно облегчения страданий и ухода за больными с неизлечимыми заболеваниями Церковь имеет традиционный многовековой опыт не только пастырей, но и сердобольных вдов, хожалок за больными, сестер милосердия. Дореволюционные училища сестер милосердия давали выпускницам не только духовные основы, но и высокий профессионализм. Современные общины сестер милосердия унаследовали и возродили этот опыт. Сестры милосердия сегодня там, где радикальная медицина исчерпывает свои возможности, где необходим профессиональный, терпеливый, длительный, пожизненный уход. Такой опыт сестер милосердия, накопленный в области ухода за онкологическими больными, сегодня востребован при оказании помощи ВИЧ-инфицированным, имеющим тяжелые клинические проявления и нуждающимся в постоянном сестринском уходе. Экстраполяция навыков сестер по ведению онкологических больных на проблемы ВИЧ-положительных обоснованы тем, что 80% ВИЧ+ имеют общие проблемы и только 20% специфические медицинские, связанные с оппортунистическими заболеваниями.

Из практики оказания сестринской помощи больным с неподдающимися лечению заболеваниями, и среди них людям, живущим с ВИЧ/СПИДом, следует, что паллиативная помощь – это непрерывное медицинское, психологическое, социальное и духовное поддерживающее пожизненное сопровождение.

Сопровождение больного и его семьи начинается с момента постановки диагноза и часто не заканчивается с окончанием его земной жизни, а переключается на его ближайшего род-

ственника, перенесшего тяжелую утрату и нередко нуждающегося не только в психологической и духовной поддержке, но и в медицинской помощи.

В РФ по данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом в 2006 официально

**зарегистрировано: 351 506 больных ВИЧ-инфекцией,
1187 умерших с диагнозом СПИД
9 418 — умерших ВИЧ-инфицированных
443 — живущих с диагнозом СПИД**

Реальное количество ВИЧ-инфицированных составляет от 1 до 1,5 млн. человек.

С ростом числа людей, живущих с ВИЧ/СПИДом при отсутствии лечебных учреждений по уходу и хосписов для них, недостаточностью антиретровирусных препаратов прогнозируется увеличение числа больных в терминальной стадии, требующих поддерживающего паллиативного лечения и сестринского ухода на дому.

ВИЧ-инфекция протекает как сложный многоступенчатый процесс, зависящий от многих факторов, которые к тому же различны на разных ее стадиях. У половины ВИЧ-инфицированных больных при типичном течении ВИЧ-инфекции СПИД развивается через несколько лет от начала острой лихорадочной фазы, но уход становится необходимым уже тогда, когда больной вследствие развития оппортунистических заболеваний частично утрачивает возможность самообслуживания и длительное время проводит в постели. При отсутствии хосписов, больниц и отделений по уходу за такими больными, они потребуют ухода на дому.

Наша задача создать условия для повышения качества жизни наших пациентов, подразумевая достижение христианского качества жизни согласно основам и ценностям веры во Христа.

Модель сестринского ухода православной патронажной службы.

Реформа сестринского дела, происходящая в России начиная с 90-х годов, привела к качественному изменению профессионального и социального статуса сестринской профессии, возросла ответственность сестер и изменилось отношение самих сестер к своей профессии. Общеизвестно, что при оказании помощи по уходу за больными сестринский персонал играет ключевую роль, что особенно видно при оказании помощи умирающим в паллиативной медицине и хосписном движении.

Медицинские сестры с высшим образованием возглавили отделения и службы сестринского ухода. Появились новые понятия сестринского дела:

- концепция сестринского дела,
- модель сестринского ухода,
- сестринский процесс,
- сестринский диагноз.

Концепция сестринского дела – это основная идея сестринского дела.

Модель сестринского ухода это реализация концепции сестринского дела, то есть образец по которому мы действуем.

Ядро каждой модели – различия в понимании потребностей пациента, особенности понимания этапов сестринского процесса и роль сестры в его осуществлении.

Сестринский процесс – это метод организации и оказания сестринской помощи.

Сестринский диагноз – формулирование проблем пациента.

В практике Российского государственного здравоохранения при осуществлении сестринского процесса используется модель, предложенная Вирджинией Хендерсон (1966). Она ре-

ализуется в соответствии с рекомендациями Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения. Суть модели В. Хендерсон состоит в том, чтобы помочь человеку в удовлетворении его фундаментальных биологических, психологических и социальных потребностей при его непосредственном участии в планировании и осуществлении ухода.

В мировой сестринской практике существует множество моделей сестринского ухода. Эти модели базируются на оценке основных жизненных потребностей человека, которых в разных моделях насчитывается от 10 и более. Во всех предложенных сестрам моделях жизненными потребностями человека считаются физиологические, психологические и социальные потребности:

1. Дышать
2. Есть
3. Пить.
4. Выделять
5. Спать, отдыхать
6. Быть чистым
7. Одеваться, раздеваться
8. Поддерживать температуру
9. Общаться
10. Быть здоровым
11. Избегать опасности
13. Иметь жизненные ценности
14. Потребность в самореализации

Духовные потребности намечены лишь в отдельных моделях и выражаются такими определениями как:

- иметь жизненные ценности
- отправлять религиозные обряды в соответствии со своей верой (В.Хендерсон).

Нам, православным сестрам милосердия, для осуществления ухода за больным недостаточно перечисленных жизненных потребностей человека, так как по вере и опыту мы знаем, насколько важны духовные потребности, особенно для больных с пожизненными и пока еще неизлечимыми заболеваниями.

Еще мы знаем, что между телом и духом существует постоянная связь и взаимодействие.

«Все то, что происходит в душе человека в течение его жизни, имеет значение и необходимо только потому, что всякая жизнь нашего тела и души, все мысли, чувства, волевые акты, имеющие начало в сенсорных восприятиях теснейшим образом связаны с жизнью духа. В духе отпечатлеваются, его формируют, в нем сохраняются все акты души и тела» — учит нас врач-хирург Святитель Лука (Войно-Ясенецкий).

Поэтому при планировании работы и ведении своего сестринского процесса мы учитываем всю совокупность жизненных потребностей нашего больного, а, главное стараемся принять его в свое сердце и стоять с ним перед Богом, по опыту зная, что прежде чем больного лечить надо его любить. В этом мы и видим основную идею сестринского дела.

Принимая методику ведения сестринского процесса Вирджинии Хендерсон как основу своей модели ухода, мы ставим на первое место потребность нашего пациента в том, чтобы его любили, а свою сестринскую цель ухода за ним видим не только в заботе о его физиологических и социальных потребностях, но и в попечении о его душе. Цель нашего сестринского дела – «любовь ко всякой душе скорбящей и озлобленной». А задача сестры – стяжать эту любовь, приобрести милостивое сердце, приобрести чувство сострадания.

Метод работы сестринской бригады.

Патронаж осуществляется группой – старшая сестра и команда, бригада.

Наиболее эффективный метод работы – работа группой, в которую входят разные по профессиональному уровню члены команды: врач, медицинские сестры, младшие медицинские сестры, сестры по социальной работе, добровольцы, требная сестра, ухаживающие родственники, соседи. Сам пациент рассматривается как основной член команды, вокруг и с участием которого строится вся работа. Духовным центром команды является священник, окормляющий больного или его духовник.

схема 1



Оптимальный размер группы – 5–11 человек, но возможна группа даже из 3-х человек, которые взаимодействуют для достижения общей цели. Работа в команде (бригаде) дает сестрам чувство принадлежности единому делу, взаимопомощь, защищенность, общение, а также создает возможность работы по индивидуальному гибкому графику, согласованному с руководителем с учетом занятости сестры в других местах (учеба, семья, другая работа).

В бригаде обязательно должна быть старшая сестра, которая организует работу бригады, составляет график работы, помогает группе в достижении ее целей, поддерживает ее существование и заботится о нуждах и здоровье членов бригады. Ни руководитель службы, ни больной, ни родственник не должны опасаться, что бригада многочисленна и ее составляют разные и непохожие сестры. Известно, что наиболее оптимальное решение могут принять группы, состоящие из людей непохожих.

В самом начале работы усилия команды направлены на формирование у больного приверженности к принятию помощи и терапии, желание лечиться.

Периодически бригада в полном составе с участием врача и старшей сестры собирается для того, чтобы выявить проблемы работы на своем посту, выслушать предложения и наметить решения. Такие встречи дают возможность проговорить вслух свои размышления, разрешить сомнения и недоразумения и просто быть услышанным. Часто бывает, что проблему сначала

надо проговорить на эмоциональном уровне (то есть дать сестре выговориться и ее выслушать), а затем приходит решение на рациональном уровне. В результате встреч принимается новый план ведения больного, разрешаются конфликтные ситуации между сестрами, определяются конкретные темы для занятий с сестрами. Обычно беседа заканчивается традиционным чаепитием. Для поддержки сестер в трудном и напряженном деле служения больным надо заботиться о правильном распределении их энергетических возможностей, не забывая, что кроме работы есть еще живая природа, музыка, поэзия, семья и друзья.

схема 2. Универсальность групп поддержки на дому.



Больному, требующему продолжительного по времени ухода, иногда в течение 5–7 и более лет, такая команда сможет не только обеспечить бесперебойный уход (взаимозаменяемость сестер во время отпусков, болезни, отъезда, учебы, богослужений и т.д.), но и даст больному человеку широкий круг общения с людьми разного профессионального уровня, интеллекта, образования, кругозора, душевных и духовных качеств. В таких условиях при длительном уходе складывается некое единение, соборность, малая церковь. Это становится возможным там, где больной постепенно приходит к Богу, воцерковляется, исповедуется и причащается.

«Общаясь друг с другом, мы можем раскрыть себя. Мы часто сами не знаем ценностей нашей души, и от этого ложится на душу некоторое помрачение. Ведь для выполнения нами своего назначения, для раскрытия нас самих, надо чтобы открылись наши внутренние очи, только тогда мы увидим в душе те ценности, которые закрыты от нашего внутреннего ока. Надо самим открывать в себе эти ценности и помогать другим открывать себя, мы сами открываемся себе в своей глубине. Этим именно и полезно общение с другими людьми: оно является для нас школой нашего спасения, школой нашего духовного напряжения. В одиночестве человек становится почти всегда беден. Живя в одиночку, мы как бы отрезаем себя от общей жизни, от жизни целого организма и в этой самости засыхаем, так как не питаемся тогда соками общей жизни.»

«Через общение с людьми происходит извлечение нераскрытых сил человека: через соприкосновение сродных начал силы эти приходят в движение. Общение с людьми обогащает таким образом нашу душу, она расцветает через полноту нашего сближения с другими людьми. Каждый человек ведь индивидуален, но каждый человек может восполнить в себе недостающее через общение с целым организмом человечества.» (Архиепископ Пражский Сергей Королев).

Подобное внутреннее состояние патронажных сестер определяет их работу и целенаправленные действия.

Православная служба сестринского ухода имеет свою концепцию и приоритеты, отличные

от любой медицинской государственной и коммерческой организации.

Коммерческая организация рассматривает больного как клиента, просьбу как заказ и выполняет заказ в рамках договора. Критерием оценки работы считает мнение клиента о выполненной работе.

Православная служба считает свою работу служением нуждающемуся в нашей помощи больному. Сестры милосердия проживают вместе с больным, Богом данную ему жизнь, проходят единый христианский путь, принимая за основу наставление преподобного аввы Дорофея: *«Иной служит больному, но служит для того, чтобы иметь награду; это неразумно. И потому если с ним случится что-либо скорбное, то это легко удаляет его от сего доброго дела, и он не достигает конца его, потому что делает оное неразумно. А разумно служащий служит для того, чтобы приобрести милостивое сердце, чтобы приобрести чувство сострадания: ибо кто имеет такую цель, тот чтобы ни случилось с ним, скорбь ли извне, или сам больной помалодушествует против него, он без смущения переносит все это, взирая на свою цель и зная, что более больной благотворит ему, нежели он больному».*

Наши приоритеты — вся совокупность нужд больного, поэтому критерием оценки своей работы мы считаем изменение качества его жизни, стабилизацию или улучшение состояния, включающее и духовное возрастание.

Такая мотивация и высокое качество оказываемой помощи неизбежно ограничивает количество обслуживаемых больных, так как требует внимательного и длительного сосредоточения сил сестры на каждом больном.

На всех звеньях работы требования к сестрам самые высокие, независимо от должности. Младшие сестры, медицинские сестры и старшие сестры несут юридическую ответственность и церковное послушание духовнику сестричества.

Как предоставить помощь, если больной пока еще не готов ее принять, но и обойтись без посторонней помощи не может.

Делать добро очень трудно. Это похоже на хождение по канату. Нужно быть осторожным, бдительным, соблюдать равновесие, внимание, терпение. Если переусердствовать при совершении добрых дел, то можно обратить любое самое благое начинание во вред. «Благими намерениями выслана дорога в ад».

Хотелось бы поделиться опытом и предупредить о некоторых сестринских ошибках.

1. Неумеренное рвение или рвение не по разуму.

Это попытка сестры безотлагательно совершить то, что непосильно в настоящий момент, на что необходимо время, труд, терпение и определенный уровень профессионализма. Чтобы не впасть в эту ошибку, необходима трезвая оценка своих сил и возможностей, учет ситуации и обстоятельств. Сестра, ставящая перед собой непосильную задачу, впадает в состояние раздражения, испытывает постоянный недостаток времени и сил, и наконец выдыхается, срывается, а иногда не может вернуться к своим обязанностям и уходит с внутренним надломом.

Уберечь от этих ошибок может умеренность, постепенность, терпение, надежда на помощь Божию, а не на свои усилия, благодарность Богу и людям за все то, что получается, умение проанализировать свои ошибки и извлечь пользу из отрицательного опыта. Из практики сестринского процесса уберечь от ошибок помогает последовательное и четкое ведение постовой документации, включающее постановку реальных, локальных и четко обозначенных сестринских задач и анализ полученных результатов.

2. Навязывание какой-либо помощи, если о ней не просят.

3. Обещания, которые не будут выполнены.

4. Желание угодить больному или его близким.

К нам обращаются за помощью люди, у которых в связи с заболеванием целый комплекс

проблем социальных, медицинских, бытовых, психологических и духовных. Сам больной под гнетом всех этих проблем не может выявить главное, не может сформулировать в чем же он нуждается в первую очередь и либо теряется, либо становится диктатором, заставляя сестру делать то, что ему представляется правильным и нужным. Во многом это связано с еще не достигнутой степенью доверия больного сестре, что требует времени и терпения сестры.

« Что касается того, как себя вести, то универсального правила на этот счет не существует. Можно лишь сказать, что не следует себя навязывать. И когда мы предпринимаем что-либо, нужно делать это с великим смирением. Состояние гордости может привести к результатам обратным тому, к чему приводит любовь. Общего правила нет: порой нужно вмешаться, порой – воздержаться; это зависит от конкретного случая, и это нельзя определить отвлеченно, это нужно почувствовать.

Любовь – это в первую очередь внимание к ближнему.

« В отношениях с людьми нам прежде всего нужно проявлять доброту, чтобы они чувствовали, что мы желаем им добра, стремимся им помочь и прежде всего, что мы их не осуждаем. Мы должны стараться им помочь, но не влезать в душу, навязывая себя. Советы можно давать, если нас об этом просят. Не нужно людей поучать, так как очень часто это раздражает и может привести к эффекту, обратному тому, на который мы надеялись. Нужно чаще за них молиться. Так они почувствуют, что мы сопереживаем и любим их. Мы молимся за них, но и сами при этом получаем духовную пользу, становясь добрее» (старец Сергий).

Профессиональные стрессы. Синдром выгорания.

В последние годы все чаще говорят не только о профессиональном стрессе, но и о синдроме профессионального выгорания медицинских сестер и волонтеров, длительно работающих в отделениях сестринского ухода, богадельнях, хосписах.

Профессиональное выгорание возникает в результате внутреннего накопления отрицательных эмоций. Это синдром, развивающийся на фоне хронического стресса и ведущий к истощению эмоционально-энергических и личностных ресурсов работающего человека,

Профессиональному выгоранию больше подвержены те, кто по роду службы вынужден много и интенсивно общаться с различными людьми, знакомыми и незнакомыми. Это руководители сестринских служб, медицинские и социальные работники, консультанты, добровольные помощники, сотрудники выездных служб, работающие в новой непредсказуемой обстановке, в которой должны проявить высокую эффективность.

Положение усугубляется тем, что все мы являемся жителями крупных мегаполисов, живущих в условиях навязанного общения и взаимодействия с большим количеством незнакомых людей в общественных местах.

К симптомам профессионального выгорания относятся:

- чувство постоянной, не проходящей усталости не только по вечерам, но и по утрам, сразу после сна (симптом хронической усталости);
- ощущение эмоционального и физического истощения;
- снижение восприимчивости и реактивности на изменения внешней среды общая астенизация (слабость, снижение активности);
- частые беспричинные головные боли; постоянные расстройства желудочно-кишечного тракта;
- резкая потеря или резкое увеличение веса;
- полная или частичная бессонница (быстрое засыпание и отсутствие сна ранним утром, или, наоборот, неспособность заснуть вечером до 2-3 час. ночи и “тяжелое” пробуждение утром, когда нужно вставать на работу);
- постоянное заторможенное, сонливое состояние и желание спать в течение всего дня;

- одышка или нарушения дыхания при физической или эмоциональной нагрузке;
- заметное снижение внешней и внутренней сенсорной чувствительности: ухудшение зрения, слуха, обоняния и осязания, потеря внутренних, телесных ощущений;

К социально-психологическим симптомам профессионального выгорания относятся такие неприятные ощущения и реакции, как:

- безразличие, скука, пассивность и депрессия (пониженный эмоциональный тонус, чувство подавленности);
- повышенная раздражительность на незначительные, мелкие события;
- частые нервные “срывы” (вспышки немотивированного гнева или отказы от общения, “уход в себя”);
- постоянное переживание негативных эмоций, для которых во внешней ситуации причин нет (чувство вины, обиды, подозрительности, стыда, скованности);
- чувство неосознанного беспокойства и повышенной тревожности (ощущение, что “что-то не так, как надо”);
- чувство гиперответственности и постоянное чувство страха, что “не получится” или человек “не справится”;
- общая негативная установка на жизненные и профессиональные перспективы

К поведенческим симптомам профессионального выгорания относятся следующие поступки и формы поведения работника:

- ощущение, что работа становится все тяжелее и тяжелее, а выполнять ее – все труднее и труднее;
- чувство бесполезности, неверие в улучшения, безразличие к результатам;
- невыполнение важных, приоритетных задач и “застревание” на мелких деталях;
- дистанцированность от сотрудников и пациентов.

Профилактика синдрома выгорания.

Руководителям служб сестринского ухода нужно быть внимательными к своим сотрудникам и постоянно принимать действия по профилактике и защите от синдрома выгорания.

К **внешним мерам защиты** можно отнести планирование работы и административный контроль: графика работы, нагрузок, объемов работы, интенсивности физических и психических нагрузок сестры. Осуществляется такой контроль общими усилиями руководителя, координатора и диспетчера патронажной службы, старшей сестрой команды и самими сестрами.

Очень важно сбалансированное распределение возможности сочетания нагрузок сестры.

Как пример приводится график работы сестры в течении недели:

Понедельник: 12 часовой рабочий день у тяжелого больного в терминальной стадии. От сестры требуется концентрация всех способностей психологических, физических, духовных.

Вторник, среда: 2 дня по 5 часов – перевязки ран, обработка пролежней, лечение трофических язв. Требуется профессиональная реализация.

Четверг: 8 часов – уход за адекватным больным, передвигающимся в пределах квартиры. Консультирование, организация досуга, общение, налаживание ритма и режима дня. Повышение качества жизни.

Пятница: 6 часов – выездная консультация. Требуется профессиональной реализации, коммуникации, общения с окружающими больногo: родственниками, соседями, друзьями, врачами.

Очень важны встречи и собрания всех, кто ухаживает за больным в единой команде, профессиональная и психологическая поддержка друг друга, совместные обсуждения и практика

работы в парах. Ресурсом сил является общение и взаимопомощь в бригаде, службе: проговаривание ситуаций, трудностей, ошибок на собрании бригады, обсуждение в группах; важным является фокусировка темы для обсуждения;

К **внутренним мерам защиты** прежде всего относится наставничество, духовное пастырское окормление сестер священником общины сестер милосердия, братства или сестричества, осуществляющего медицинскую деятельность.

Самым важным для сестер является совместная молитва о тех, за кем они ухаживают, участие в богослужениях и единение в Церковных таинствах, разрешение внутренних конфликтов через таинства покаяния и исповеди. Благодатным для сестер является время бесед с ними духовника о поиске своего пути в деле служения больным, о мере своих сил в деле этого служения.

То, что в светской мирской организации сейчас принято называть **супервизией**, издавна существует в практике православного духовничества.

Только руководство, поддержку и оценку своих поступков, намерений и сомнений сестра добровольно и по свободному выбору вручает своему духовнику. Ему же сестра может не боясь признаться в том, что ей трудно и попросить помощи, в том числе и молитвенной помощи.

Проживая свою жизнь в Боге созданном земном мире не будем забывать о прогулках, природе, встрече с родными и друзьями, поэзии, музыке, чтении, спорте.

Внешнее общение с миром во вне работы, совместные поездки сестер в путешествия и паломничества дают возможность не только отдохнуть, но и открыть новые грани личностных особенностей тех, с кем ты работаешь в одной команде. Общение в неформальной обстановке с единомышленниками, с теми с кем интересно, необходимо для снятия профессиональных стрессов и профилактики синдрома выгорания.

О форме сестры милосердия.

Требование нашей патронажной службы к сестрам — всегда и при всех обстоятельствах работать в форме, наполнено глубоким внутренним содержанием и не является формальным.

В исторической ретроспективе форма сестер милосердия менялась в разное время в разных общинах, но ношение формы было обязательным по уставу.

«На всех сестрах были коричневые платья с белыми накрахмаленными обшлагами; ярко-белые и тоже накрахмаленные чепчики на простых гладких прическах; белые фартуки с карманами и — главное и самое заметное — наперсные золотые продолговатые кресты на широких голубых лентах. В этой глубоко обдуманной униформе была и торжественность и отрешенность от светской жизни, которую вело до того большинство сестер и даже, пожалуй, обреченность», так описал форму сестер милосердия Крестовоздвиженской общины, учрежденной в 1854 году великой княгиней Еленой Павловной, один современник.

«Одежда сестер должна состоять из: платья коричневого цвета, белого передника с нашитым на груди красным крестом и белой головной косынки...» — из устава Вятской общины сестер милосердия, 1899.

Белый фартук с нагрудной эмблемой с изображением православного креста и плат с красным крестом на нем — форма сестер Свято-Димитриевской общины сестер милосердия.

«Форма дух бережет» — эти слова принадлежат одному из самых известных и чтимых священников нашего времени, священномученику новой Кавказской войны конца XX века, замученному чеченскими бандитами в сентябре 1999 года, протоиерею Петру Сухоносову. По свидетельствам его духовных чад, несмотря на все их просьбы побережь себя, отец Петр, настоятель Покровского храма в станице Слепцовской, одной из «горячих точек» Кавказа, выходя из храма, никогда не снимал священнического облачения со словами: «Форма дух бережет».

Свою последнюю службу отец Петр отслужил в праздник Похвалы Пресвятой Богородицы. Вооруженные чеченцы ворвались в храм с автоматами и схватили батюшку прямо в иерейском облачении.

Сестринская форма, также, прежде всего «Дух бережет», помогает сохранить внутреннее устройство, сообразовать внутреннее с внешним. Через форму одежды внутреннее и внешнее взаимодействуют.

Сестринская форма представляет патронажную сестру во внешних инстанциях и организациях, делая сестру неотъемлемой частью общины сестер милосердия.

В любом лечебном учреждении и дома у больного, сестра в форме являет больному не только свои личностные и профессиональные качества, но и принадлежность к сестричеству, дух общины сестер милосердия. Это важно не только для самой сестры, которая носит форму как награду, и ощущает эту награду как пока еще незаслуженную, как нечто взятое в долг, осознавая, что не ты представляешь форму, а форма рекомендует тебя, дает тебе некий аванс. Сестринская форма для внешнего мира определяет идентичность сестры милосердия: форма говорит о ее профессиональной принадлежности, принадлежности к сестричеству или общине сестер милосердия, а также о ее профессии. В контактах и взаимодействии со светскими организациями, например, руководством больниц, в которых сестры работают, форма помогает сохранять свою «инаковость», отличие от светского медицинского персонала и, следовательно, возможность осуществлять свою профессиональную деятельность в согласии с христианскими нравственными нормами.

Форма сестры важна и для выстраивания ее взаимоотношений с пациентом будь то в лечебном учреждении или при уходе на дому. Благодаря форме сестра являет больному не только свои личностные и профессиональные качества, но и дух общины сестер милосердия. В трудных ситуациях, в которые нередко попадают сестры, особенно при уходе на дому, форма их еще и защищает. Ведь дежурить приходится у больных, родственники которых могут быть и наркозависимыми, и алкоголезависимыми, и психически больными. С их стороны бывают проявления раздражительности, агрессии, попытки перейти границы в общении. В таких ситуациях форма помогает дистанцироваться, определить отношения, зачастую один лишь ее внешний вид снимает вспышки агрессии.

Это не менее важно и для больного, особенно тяжело больного, часто неадекватно воспринимающего окружающее или находящегося в состоянии спутанности сознания. По нашим наблюдениям, если в моменты прояснения сознания первое, что появляется в поле зрения больного, – это белый плат с красным крестом и белый фартук сестры милосердия, он быстрее успокаивается и возвращается к действительности. Особенно часто это встречается на ночных дежурствах, когда сестра сидит у постели больного и он внезапно пробуждается.

Форма «бережет дух» сестры, то есть помогает защитить ее внутренний мир, побуждает окружающих относиться к ней с уважением.

Ношение формы налагает большую ответственность, поскольку люди светские по сестре милосердия судят о Церкви в целом. Многие из них через сестру впервые знакомятся с Православием и порой воцерковляются.

Во многих сестричествах сестра получает право ношения формы не сразу, часто это право дается духовником сестричества по прошествии определенного испытательного срока. Конечно, форму сестры милосердия надо носить благоговейно, аккуратно, бережно, с прилежанием. Сестра в форме являет собой верность общине сестер милосердия, верность вере, верность Богу.

Выводы.

1. Обеспечить паллиативный уход на дому возможно только силами специально создан-

ной службы.

2. Такая служба, как один из возможных вариантов, здесь представлена.

3. Служба создана и действует силами сестер и является универсальной по структуре и мотивации.

4. Служба – динамичная и мобильная, что дает возможности открывать новые направления, отвечая на вопросы, поставленные жизнью. От детей в семьях до ВИЧ-инфицированных в терминальной стадии.

ОРГАНИЗАЦИЯ СУПЕРВИЗОРСКОЙ РАБОТЫ В ГРУППЕ ВОЛОНТЕРОВ. ОБОБЩЕНИЕ ОПЫТА

*Савкина С.Б.
супервизор проекта Ассоциации ХМДС
«Паллиативная Помощь ЛЖВС и со-зависимым» 2005-2006*

Паллиативная помощь (ПП), паллиативная медицина (ПМ), хосписная служба – такие направления оказания помощи больным людям появились в нашей медицинской системе не так давно, буквально в последние десять лет. Их возникновение, с одной стороны, обусловлено насущными потребностями общества в целом (открытость в обсуждении «страшных» тем, развитием психотерапевтического участия в решении проблем боли и страдания, снятием официального семидесятилетнего забвения «вечных» вопросов: жизни и смерти, признанием идеи христианского милосердия как имеющей право быть). С другой стороны, существование таких заболеваний, как рак и (или) ВИЧ/СПИД, т.е. диагнозов, являющихся в сознании людей синонимом приговора смерти без указания точного срока, выявило большой кадровый дефицит специально обученного персонала, способного оказывать необходимую помощь именно таким больным.

Трудность работы в оказании ПП обусловлена целым комплексом «вредностей и неприятностей». В нашем обществе в отношении людей, живущих с ВИЧ/СПИД (ЛЖВС), негласно, но устойчиво существуют и производ со стороны социальных и правоохранительных органов, и дискриминация со стороны медработников, и труднодоступность в получении качественного медицинского обследования. Кроме социальной стигмы, отсутствием социального сочувствия существуют и многочисленные необоснованные мифы и страхи, связанные с охраной собственного здоровья, с хранением «стыдной» информации, с чувством вины и т.п. Помимо этого, по результатам многочисленных проведенных тестирований известно: у большинства опрошенных ЛЖВС уровень тревожности сравним с уровнем классического психического расстройства. Все эти факты значительно затрудняют работу по привлечению добровольных помощников (волонтеров) к сотрудничеству в программах помощи ЛЖВС. Но именно участие волонтеров позволяет значительно дополнить человеческие и материальные ресурсы, улучшить качество ухода за больными, включить психосоциальную и духовную поддержку пациентам и членам их семей.

Традиционно считается, что подобной работой могут заниматься люди, сами затронутые проблемой ВИЧ, или специалисты, контактирующие с ними. Действительно, место ЛЖВС в команде волонтеров целесообразно, таковые имеют полное право быть. Кто, как не они лучше всех понимают, что значит жить с ВИЧ/СПИД. Но следует учитывать, что эти члены команды могут быть менее стабильны, нежели другие, в силу объективных причин: ухудшения их собственного психического и соматического статуса на более поздних стадиях заболевания или в результате какого-либо неожиданного заболевания. Наблюдение за страданиями больных ВИЧ/СПИД может спровоцировать у них серьезный внутриличностный кризис и нежелание оказывать помощь далее. У них, как правило, нет адекватной оценки собственного состояния (неразвитая психоэмоциональная сфера, невысокий интеллектуальный уровень, болезнь), частично или полностью отсутствует критика собственного поведения, поэтому им трудно слышать критику со стороны. Им тяжело дается учение – они не хотят или не умеют учиться, не всегда готовы прорабатывать собственные психологические проблемы. Конечно, вышеска-

занное касается далеко не всех, но в принципе, подобная тенденция поведения вероятна у многих. Люди могут начать саморазрушаться. Если у кого-то из членов волонтерской команды проявляются обозначенные признаки поведения, лучше, как можно быстрее, временно отстранить его от участия в совместной работе, дать возможность отдохнуть или вообще переключить на другую деятельность в рамках программы. Для некоторых ВИЧ-инфицированных участие в паллиативной помощи оборачивается насилием над собственной личностью.

Наш опыт убеждает, что сужение числа волонтеров только в спектре ЛЖВС малоэффективно и, даже, может быть не полезно ни самим пациентам, ни помогающим им волонтерам. В качестве добровольных помощников целесообразно привлекать (может быть, в первую очередь, сосредоточивать на них внимание) родственников ЛЖВС, членов религиозных общин, сестричеств, членов общественных и церковных организаций, а также добровольцев из числа студентов-медиков. Текучесть кадров волонтеров-ЛЖВС едва возмещается наличием стабильного контингента обычных верующих людей.

По отзывам наших волонтеров, помощь ЛЖВС на первых порах обычно приносит удовлетворение и подъем душевных сил. Затем приходит понимание и осознание того, что эта работа очень трудоемка и связана с большой личной отдачей. Поэтому любой член волонтерской команды, сделавший выбор в пользу помощи ЛЖВС уже достоин уважения, его нужды и личные запросы обязательно должны учитываться при общей координации деятельности ПП.

Важно понимать, что волонтеры ПП должны на деле грамотно осуществлять принцип ПП – помогать пациенту качественно жить, но не лечить заболевание. Именно поэтому волонтеры не участвуют в профессиональной помощи. Их вклад в общее дело – материальная, эмоциональная и психологическая поддержка в пределах их собственной компетенции. Нам приходилось сталкиваться с явлением «адвокатства» волонтеров по отношению к больным ЛЖВС. Волонтеры зачастую выступали как защитники «бедных» больных от «недобрых» врачей, т.е. указывали врачу, какие лекарства и обследования пациенту назначать, а что – с их точки зрения, противопоказано. Конечно же, здесь включались неосознанные явления психологического переноса, когда волонтер невольно идентифицировал себя с больным и как бы назначал лечение себе. Но встречающееся непонимание или слабое понимание представителей медицинских организаций роли и статуса добровольных помощников от этого только усугублялось, и отношения грозили принять конфликтный характер. Чтобы волонтеры стали стабильными партнерами, заслуживающими доверие, их нужно соответствующим образом подготовить и обучить. Работать они должны обязательно под контролем координатора проекта ПП и психолога/супервизора. Волонтерам необходимо дать базовые знания, инструкции, практические советы, поддержку в их собственных психологических трудностях.

Обучение обязательно должно сочетаться с тщательным отбором. Недостаточно иметь только готовность к оказанию помощи, важно осознавать имеющиеся для этого внутренние и внешние ресурсы.

Определение принципов отбора волонтеров

При отборе волонтеров необходимо учитывать их мотивацию для данной работы. Наш опыт показывает: волонтеры с устойчивой мотивацией – это, как правило, те люди, которые вполне ясно и осознанно, не противопоставляя друг другу, органично исповедуют идеи – «помощь другим» и «помощь себе».

Те волонтеры, которые в силу каких-либо причин, установок отрицают принцип оказания целостной помощи (как себе, так и другим), настаивая на каком-то одном её компоненте, очень быстро уходят из программы неудовлетворенными. Это следует учитывать, так как на них не стоит возлагать большие надежды, формируя основной костяк волонтерской команды.

Здесь вероятны сложности разных подходов к ПП. Разнообразные тенденции, которые

можно обозначить выражением: «зачем мне учиться? главное – верить, и Бог как-нибудь управит», не сбалансированные нормами религиозного сознания и элементарными психологическими понятиями, кстати, слишком часто наблюдающаяся среди верующих христиан, на мой взгляд, весьма опасны, во всяком случае, в системе оказания ПП. Согласно этой логике, все инакомыслящие, представители других социальных и религиозных традиций невольно (или вольно) будут лишены помощи или будут вынуждены на время умолкнуть и подчиниться диктаторскому настрою сторонников подобного прочтения ПП. А ведь среди ЛЖВС могут встречаться больные с жизненными установками, резко конфронтирующими с нормами христианской морали. Тогда идея оказания помощи страждущим может быть обесценена в принципе, так как появились религиозные фильтры: «наши» и «не наши».

ВОЛОНТЕР осуществляет				
помощь другим		помощь себе		
эффективно	не эффективно	конструктивно	не конструкт.	деструктив.
действует в «границах», использует полученные знания и опыт, участвует в групповых занятиях	идет в «разнос», «сгорает», уходит из программы, теряет интерес	осознает свои внутренние проблемы, не боится их решать, участвует в тренингах, супервизиях	компенсируется, решает собственные проблемы за счет больных	рецидив, наркотич. срыв

По этой причине крайне важно осуществлять тщательный отбор волонтеров уже на **начальном** этапе. Координатору программы (или психологу, или другому специалисту) нужно в индивидуальной беседе выяснить особенности личности будущего волонтера (дефициты и ресурсы), систему его ценностей и убеждений, оценить сложившуюся самоидентификацию, соотнести потребности в деятельности с внутренними мотивами. Особенно важно понять его собственные ожидания от участия в данной программе оказания помощи ЛЖВС. Идея милосердного служения близким, оказание помощи больным – исторически социально одобряема в обществе и выглядит весьма благородно. Но в воплощении этой идеи заложена некоторая психологическая «вилка»: полноценную помощь можно оказывать только «от избытка чего-либо». Например, если есть лишнее время, желание, душевные силы, то тогда человек имеет возможность посвятить себя уходу за больным в определенной мере. Но весьма часто люди хотят служить идее «от недостатка чего-либо». Например, женщина имеет серьезные проблемы в личной жизни, постоянные конфликты в семье, неустроенность в социальном плане и поэтому чувствует себя неполноценной и ущербной, обделенной и обиженной на судьбу. Приходя «на помощь» людям ещё более униженным и ущемленным в правах, чем она сама, такая добровольная помощница обязательно будет самоутверждаться в собственных глазах и компенсироваться за счет более убогих. Однозначно нельзя сказать, что волонтеры «от недостатка» не должны допускаться к ПП (тем более что таких большинство). Повторяю, их выбор достоин всяческого уважения. Но сам человек должен ясно давать себе отчет в том, чем обусловлен его выбор и должен обязательно работать над собой, решая свои собственные противоречия и конфликты. Таким образом, он должен быть настроен на индивидуальную работу со специалистом и работу в группе.

Тестовые методики, которые можно использовать на начальном этапе отбора волонтеров, должны быть просты и не требовать много времени для выполнения заданий. Психологическое тестирование, по нашему опыту, не обязательно, но желательно. Там, где оно прово-

дилось, стратегия работа обозначалась ясно и понятно. Можно порекомендовать:

тепинг-тест,
методику диагностики уровня эмпатических способностей (Бойко),
методику определения уровня субъективного контроля,
исследование коммуникативных и организаторских способностей,
методику самооценки личности, самооценка психических состояний (по Айзенку),
определение психологической защиты в форме эмоционального выгорания и др.

Волонтеры, работающие в программе помощи ЛЖВС, должны

- уметь грамотно оказывать эмоциональную и психологическую поддержку,
- уметь разделять ответственность, делегировать полномочия,
- сохранять границы собственной личности с целью обеспечения сохранности самооценки и собственного психического здоровья.

Для обеспечения высокого качества помощи, предоставляемой ЛЖВС и со-зависимым, организована система супервизий. Она включает в себя руководство, оценку и методическую поддержку деятельности, осуществляемой волонтерами. Основная задача супервизий – предоставление эффективной поддержки волонтерам в созданном общем безопасном пространстве, где возможно обсуждение трудных случаев работы, расширение репертуара методов взаимодействия волонтеров и их подопечных, повышение уровня осознанности собственных действий и психологической компетентности.

РЕГУЛЯРНОЕ, ЕЖЕНЕДЕЛЬНОЕ ПОСЕЩЕНИЕ ВОЛОНТЕРАМИ СУПЕРВИЗОРСКИХ ГРУПП ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ ДЛЯ УЧАСТИЯ ИХ В ПРОЕКТЕ ПП

Частные задачи, которые может решать супервизорская группа:

- обобщение уже имеющегося опыта работы волонтеров;
- формирование команды волонтеров как необходимое условие профилактики «синдрома сгорания»;
- формирование навыков работы в супервизорской группе и коллективе;
- обучение волонтеров основным практическим навыкам консультирования, эффективного общения и способам оказания психологической поддержки, обучение безопасным способам разрешения конфликтных ситуаций и оказание помощи в кризисных ситуациях;
- формирование понимания необходимости повышения собственной компетентности в работе и приобретение навыков нового поведения через обязательные тренинговые занятия;
- профилактика усталости и рецидива (употребления ПАВ) через осознание и прорабатывание собственных психологических проблем; умение осознавать собственные отношения, чувства и ожидания;
- успехи и ошибки, допущенные в работе; подведение итогов, в том числе, через оценивание численности команды волонтеров (кто отсоедился, кто «сгорел», кто остался и выражает желание работать, восполнение людских ресурсов).

Обозначенные знания и навыки волонтеры могут получить посредством организации серии тренинговых занятий и мини-лекций и ролевых игр, проводимых специалистами.

Формирование навыков работы в супервизорской группе и коллективе

Смешанная волонтерская команда, состоящая из людей, представляющих разные уровни – социального, интеллектуального, душевного развития на этапе формирования может испытывать определенные трудности: как внутреннего взаимодействия, так и единой слаженно-

сти внешних действий. Поэтому очень важно уже на начальном этапе проводить занятия, тренинги для получения навыков успешной работы именно в такой команде. Для этого подходят любые психологические упражнения, направленные на достижение эффективного общения, конструктивного диалога и корпоративной сплоченности. По мере вхождения и активизации волонтеров в рамках ПП целесообразно вводить в тренинговый репертуар ролевые игры на преодоление трудных, кризисных ситуаций, связанных непосредственно с их работой. Волонтерам нужно научиться повышать собственную психологическую компетентность и приобретать новые стереотипы поведения. Кроме этого, в супервизорской группе можно начинать серьезную психологическую деятельность, имеющей индивидуальную направленность на конкретного человека (осознание своих чувств, ожиданий, отношения, желаний). Здесь уже начинается личностный рост участников вне зависимости от их участия в ПП.

После того, как волонтеры почувствуют вкус от общей скоординированной работы и от продуктивного полноценного общения друг с другом, научатся ценить своё пространство, можно предложить им выработать собственные ритуалы и традиции группы, например, «посвящение в волонтеры» или «угадай мое чувство» и т.п.

По нашим наблюдениям, срок активной волонтерской деятельности ограничивается 6-10 мес. Естественно, кто-то из волонтеров уйдет из проекта, имея на то причины. Это – объективный процесс, который не должен пугать организаторов ПП. Следует иметь в виду, что вопрос своевременного восполнения человеческих ресурсов обязательно встанет рано или поздно. Хотя во все время реализации проекта паллиативной помощи этот вопрос является актуальным, поэтому даже во время успешной работы волонтерской команды в полном составе нужно искать и подготавливать свежие кадры для своевременной ротации уставшего коллектива.

Обязанности, не подкрепленные договором

Существует еще одна деликатная тема, вызывающая напряженность и определенные трудности в организации деятельности волонтеров ПП. Это тема осознанной ответственности. Априори, волонтер – это добровольный помощник, не имеющий коммерческих интересов в той деятельности, которой он занимается в свободное время. Он не получает зарплаты в рамках проекта, хотя имеет некоторые материальные дивиденды: продуктовые наборы, бесплатное обучение на тренингах и семинарах, бесплатный проезд к опекаемым пациентам и т.п. Основная идея, на которой строится ПП – идея мировоззренческая, христианское служение ближним. Но, как было упомянуто выше, наши волонтеры - в основном, люди, имеющие большие личностные дефициты. Длительное эксплуатирование одной «идеи» в чистом виде истощает человеческие ресурсы, размывает понятия «ответственность» и «обязанность», включает неосознанные манипулятивные действия со стороны волонтеров. Для того чтобы застраховаться от подобных осложнений, целесообразно с самого начала строить договорные отношения с каждым членом команды, желательно, закрепленные в письменном виде. Там следует четко прописать права и обязанности всех участвующих в ПП сторон, указать конкретный минимальный уровень посещений волонтеров в больнице, на дому, на супервизиях и обязательно включить систему поощрений (накопительных бонусов) для наиболее активных и сознательных добровольцев. Договорные отношения, конечно же, вносят некий оттенок формальности в реализацию идеи ПП, но, тем не менее, однозначно дисциплинируют слишком эмоциональных и неустойчивых, лишают возможности включать манипулятивные установки там, где они не нужны в принципе.

Экзистенциальные вопросы, решаемые при оказании паллиативной помощи

Паллиативная помощь больным, находящимся в тяжелом состоянии, при смерти – также

одна из сторон деятельности волонтеров. Умирание и смерть – часть нашей жизни, та её часть, осознание которой дается с громадным трудом в связи с особенностями нашего воспитания.

«Совместное переживание (проживание) с человеком ухода из этой жизни позволяет заметно расширить границы видимого мира, подняться до осмысления таких вневременных вопросов как смысл жизни, вера, безверие, Бог... Несформированное представление о смерти обедняет жизнь, тогда как попытка осмыслить это закономерное явление одарит каждого возможностью увидеть и ощутить мир заново, во всей его полноте и многообразии; оценить, а иногда и переоценить созданную систему ценностей» (Гнездилов А.В., врач-психотерапевт в онкологическом хосписе).

Эти мудрые слова не нуждаются в каком-либо комментарии, более того их подтверждают из собственного опыта оказания ПП и наши волонтеры. Ценность хорошего полноценного общения между волонтером и умирающим пациентом, состоит не только в облегчении участи последнего, но и в улучшении жизни первого.

Основной вывод: паллиативная помощь с участием волонтеров – важный элемент помощи при ВИЧ/СПИДе как в условиях с достаточными ресурсами, так и их нехваткой.

ИСТОРИИ ВОЛОНТЕРОВ

Меня зовут Алексей. Родился и вырос я в благополучной семье. Родители инженеры, у отца два высших образования, а у мамы одно. Учился неплохо, даже занимал места в областных и городских олимпиадах. Но тянуло к негативу – подвалы, чердаки, сигареты, вино. После школы учился в институте. Но не смог закончить, помешали наркотики.

Узнал о том, что я ВИЧ-инфицирован. Потом был долгий путь к вере...

Сейчас я участвую в программе Паллиативной помощи Ассоциации ХМДС. Это дает мне ощущение собственной полезности, востребованности. Если мне тяжело, есть возможность посоветоваться со специалистами проекта, поехать в паломническое путешествие. Участие в оказании помощи таким же, как я ЛЖВС помогает мне справляться с унынием, тревожными мыслями, комплексом неполноценности. Я участвую в ремонте часовни, находящейся на территории ц.СПИДа, прямо на отделении, на котором лежат ВИЧ-инфицированные ребята. Туда приходит священник, там совершаются молебны, бывает исповедь, соборование. Потихоньку и пациенты и персонал этого отделения начинают заходить в эту часовню. Помогите нам Бог принять нашу болезнь, и понести ее достойно.

Меня зовут Наташа, мне двадцать пять лет.

Так случилось в жизни что вследствие употребления наркотических веществ, я приобрела ВИЧ инфекцию. Инфицирована уже 6 лет. Пять лет ремиссии.

Когда я об этом узнала, мне было тяжело, больно, страшно. Но вскоре я узнала, что таких как я очень много. Разного возраста, социального положения и с разными проблемами.

В моей жизни давно все в норме: работа, семья, дом, любовь, но чего-то не хватало.

Четыре года назад меня заинтересовали на фоне своих проблем, проблемы ВИЧ-инфицированных, после того, как я полежала в больнице и увидела, как тяжело и сложно приходится больным, особенно тем, кому некому помочь и у кого тяжелое состояние здоровья – в моей голове крутилась мысль хоть о какой-нибудь помощи. Чтоб хоть как-то людям помочь, скрасить их и без того сложное положение. Случайно я узнала о проекте «Паллиативная помощь ЛЖВС», проект который ведет Ассоциация Христианского Межцерковного Диаконического Совета. Я обратилась туда с целью стать волонтером.

Мне нравится эта работа. Я чувствую себя полезной, востребованной. Этот проект мне помогает больше узнавать о проблеме заболевания, это общение, самореализация. Проводятся интересные тренинги, не только для обучения работы волонтеров, но и много необходимого и

полезного для себя лично. Проект осуществляет интересные поездки для волонтеров по православным местам и памятникам. Всегда можно найти духовную помощь и поддержку, если она тебе нужна. Да, иногда бывает, что работать волонтером не легко, особенно когда задумываешься, что это может на самом деле случиться со мной в любой момент не зависимо ни от чего, но паллиативная помощь заставляет задумываться о своем здоровье и заботиться о себе не только для себя, но и для тех, кому я сейчас нужна.

Это здорово, когда люди говорят спасибо, когда тебя ждут, когда ты им нужен. А когда особенно сложно самой, ребята, психологи и духовники всегда помогут и поддержат.

Вот так из болезненной ситуации в жизни можно почерпнуть много хорошего и научиться ни о чем не жалеть, жить, трудиться и быть востребованным.

НЕПРИДУМАННАЯ ИСТОРИЯ

Светлой памяти дорогого нашего брата.

Душан Деянович родился в 1961 году в пригороде Белграда Зелуне от родителей Деяна и Браниславы. Мама, Бранислава, родом из потомственной крестьянской семьи с севера Сербии, жила до своего сорокалетнего возраста со своей мамой и сестрой. Жили они благочестиво, даже по-монашески, простой крестьянской жизнью: знали только своё поле, свой дом и церковь. После смерти мамы, Бранислава, будучи 40 лет, решает выйти замуж за военного, и впоследствии переезжает в предместье Белграда. Душан был единственным сыном в этой семье. С раннего возраста он серьёзно увлекается рок-музыкой, и уже в начале 80-х он становится барабанщиком одной из трёх самых «передовых» рок-энд-рольных групп Югославии. С молодых лет Душан начал употреблять героин. Музыка, выступления, наркотики... – всё это продолжалось примерно до 86 года. Потом Душан несколько месяцев был в заключении. После освобождения, через некоторое время, его вызывают в больницу. Там в одном кабинете он встречает всех тогда уже освободившихся сокамерников, которых врачи собрали, чтобы сообщить, что результат анализа крови показал у всех наличие ВИЧ-инфекции. Находясь в заключении, все они вместе употребляли героин.

Это известие потрясло Душана и подвигло его на искание в этой жизни высшего смысла. По словам его, если бы не эта болезнь, то не пришёл бы он к Богу. Но путь этот не был лёгким и быстрым. Проходит несколько мучительных лет, прежде чем Душан сознательно приходит в церковь. Наркоман почти с десятилетним стажем, он бросает наркотики. Но борьба эта не оставляет его до самой его смерти.

Признаки СПИДа быстро начали проявляться: слабость, постоянное недомогание. Душан часто и подолгу болеет. Простуда, переходящая в затяжное воспаление лёгких, многие месяцы в больнице – это уже становится нормой жизни. Примерно в 95-96 годах он знакомится с монахами из Черногории. Душан пользуется их духовной поддержкой, и эти связи все более укрепляются. Он часто ездит к ним в монастырь ради душевной пользы, и сердце его возгорается ревностью к Богу – он решает посвятить себя на служение Богу – хочет стать монахом. Но по состоянию здоровья он не может жить в монастыре. Иммуитет сильно ослаблен, Душан часто болеет, подчас несколькими болезнями сразу; постоянная физическая немощь и чувство усталости... По этим причинам он не может выдержать ни ритма монастырской жизни, ни нести какие-либо серьёзные послушания. Кроме того, существует решение Синода Сербской Церкви, запрещающее принимать в состав братии монастырей ВИЧ-инфицированных. Но желание сердца Душана усиливается, и по благословению одного из епископов, весной 2000 года, после праведной кончины его мамы Браниславы, Душана тайно постригают в рясофор с именем Силуан в честь преподобного Силуана Афонского. После пострига, как и до него, Душан

поддерживает активные связи с монастырем Св. Николая в Риеке Церноевича в Черногории. Он часто туда приезжает, остаётся по несколько дней или недель, в зависимости от состояния своего здоровья. Возвращаясь в Белград, в свою маленькую квартирку на последнем этаже высокого дома, похожую на птичье гнёздышко, он ведёт в большом современном городе жизнь отшельника, почти всё своё время проводя в молитве, чтении псалмов и Св. Евангелия, в беседах и общении с приходящими к нему. По словам его лечащего врача, Душан вошёл в историю югославской медицины как долгожитель с ВИЧ-инфекцией – около 15 лет с инфекцией. Больше в Югославии таких примеров не было и пока нет. Для очень многих своих друзей, знакомых, он становится своего рода проводником на пути к Богу, даже иногда наставником; молитвенником за них, утешителем. Видимо, ради этого служения Господь и оставляет Душана в этой жизни. Многие из его старых друзей становятся серьёзными членами церкви благодаря ему. Душан, сам физически немощный и одержимый различными скорбями, для каждого из приходящих – опора, поддержка в тяжёлых обстоятельствах. Оставаясь один, он молится за всех, кто у него был, кто и самому ему помог. После его смерти мы нашли большую коробку, полную записок с именами. Душан всегда их перечитывал.

Жил Душан от средств от случайных редких приработков на компьютере, после смерти мамы иногда сдавал внаём комнату; часто просто помогали друзья. Обстановка его квартирки была по-настоящему нищенской: ничего лишнего; но не производила отталкивающего эффекта. Нужно сказать, что круг общения Душана был очень широк, и охватывал он, как и раньше, и «рок-элиту» Югославии. Некоторые музыканты, воодушевлённые примером Душана и поддерживаемые им, бросают наркотики, начинают иначе относиться к Богу и церкви, что отражается и на их песнях. Одна группа, и поныне остающаяся на вершине популярности у молодёжи в Югославии, даже захотела прекратить играть и совсем оставить музыку, но епископ, чьим духовным руководством они пользуются, не благословил это, а напротив, – увещевал их продолжать музицировать, но уже в ином качестве. И таким образом музыканты могут влиять на молодых людей, пробуждать их от сна, заставить задуматься о смысле и цели жизни.

Последние полгода жизни Душана были особенно тяжёлыми. Некоторое время из-за грибковой инфекции, поразившей пищевод и вызвавшей его срастание, Душан почти 40 дней не мог есть, пока друзья не достали фантастически дорогой и очень редкий антибиотик, после лечения которым наступило небольшое улучшение. Душан находился в катастрофическом истощении. И раньше он был всегда очень «худенький», а теперь – в буквальном смысле слова «кости да кожа» и глаза. Он уже почти не мог передвигаться, здоровье целого организма было подорвано, но лечиться в больницу он категорически отказывался. Дома он был окружён любовью и заботой близких друзей, и сам он, в свою очередь, старался их подбадривать и веселить.

Несмотря на сильную болезнь, его смерть наступила неожиданно для всех. В коме Душана доставляют в больницу, где он вскоре умирает. Смерть его была тяжелой и очень страшной мистически. Его близкие друзья, собравшиеся вместе в то время, как он умирал, чувствовали жестокую духовную брань. Битва за душу человеческую. А после его упокоения, на следующий день, его близкие, все, независимо друг от друга, находясь в разных местах, ощутили успокоение и мир.

Похороны на 4-й день проходили уже как возвышенное, радостное событие. Собралось очень много друзей Душана, его знакомые, и ни у кого не вызвала сомнений его загробная участь. Скорбь от расставания сменилась радостью за представшего Господу друга и брата.

После похорон, да и теперь, мы все, друзья Душана, твёрдо уверены: он жив у Бога, он остаётся среди нас, вместе с нами; и он молится за нас перед Богом.

*Прошу прощения за некоторые возможные
невольные неточности и неясности.*

Ваш Георгий К.

Некоторые вопросы духовного окормления ВИЧ-инфицированных

Игумен Мефодий (Кондратьев)

ВИЧ/СПИД поставил ряд непростых вопросов перед духовниками. В данной статье делается попытка ответить на некоторые из них.

Первоначальное мнение о СПИДе, наиболее укоренившееся среди православных после появления первых достоверных сведений об этой болезни, может быть кратко выражено следующим образом: «Это очень своевременная болезнь. Передается эта болезнь таким образом, что заболевают ею почти исключительно наркоманы, гомосексуалисты, а также проститутки и их клиенты. Бог послал в мир такую болезнь, чтобы замедлить динамику распространения греха среди людей. Одни через страх заразиться удерживаются от этих грехов, тогда как сами распространители духовной заразы избирательно наказываются смертью». Хотя говорить об этом вслух, публично – не принято, думаю, что значительная часть православных в нашей стране и по сей день придерживается относительно СПИДа именно этого мнения.

Несомненно, такому взгляду на болезнь присущи упрощение и однобокость, связанные как с недостатком сведений о самой болезни, так и с незнанием ситуации со СПИДом за пределами Европы, особенно в странах Африки и Азии. Но было бы несправедливо обвинять людей, думающих так, в злорадстве и жестокости сердца. Не следует забывать, у них несколько иной взгляд на мир, иное понимание добра и зла, иное видение блага, чем у людей нерелигиозных. Радость православных совсем не в том, что ушли из жизни некоторые люди, хотя бы и носители греховной заразы, а в том, что вследствие их удаления из тела человечества, само это тело духовно оздоровилось. Подобно и любой нормальный человек радуется после хирургического удаления у близкого ему человека раковой опухоли не тому, что больному укоротили один из его органов, и он стал инвалидом, а тому, что больной не умрет вскоре, а еще проживет после операции некоторое время. О гибели даже самых отчаянных грешников, выбитых СПИДом, в особенности об ушедших без покаяния, церковная паства скорбит не менее прочих людей.

Говоря о СПИДе, как о наказании Божиим, православные употребляют термин «наказание» только в смысле скорбного и болезненного для наставляемых вразумления, предупреждения свыше, а не в значении кары Божией. Представление о карающем, одержимым жаждой справедливого воздаяния за грехи Боге абсолютно чуждо сознанию Восточной Церкви. Для нас Бог, даже в «гневе» Своем, всегда любящий Бог Отец, мы не научены и не умеем видеть Его иначе. Мы также не научены думать, что на земле что-либо может происходить помимо Его воли и ведения. Появление ВИЧ – не исключение. Не получается ли тогда, что выступая на борьбу со СПИДом мы противимся воле Божией? Тем более что СПИД в какой-то мере замедляет греховное разложение мира? Но также не без ведения и не без воли Божией проникло в этот мир зло, и «мир во зле лежит». Что же нам в таком случае думать о зле, не устранившись ли нам от всякого сопротивления ему?

Не все, что происходит на земле угодно Богу, хотя все неуждое Ему попущено Им. Для разъяснения данного положения дадим слово преподобному авве Дорофею: «Все бывающее бывает или по благоволению Божию, или попустительно, как сказано у Пророка: **Аз Господь Бог, устроивый свет и сотворивый тму.** (Ис. 45, 7). И еще: **или будет зло во граде, еже Господь не сотвори** (Ам. 3, 6). Злом здесь названо всё, что отягощает нас, т. е. всё скорбное, бывающее к наказанию нашему за порочность нашу, как то: голод, мор, землетрясение, бездожде, болезни, брани — всё сие бывает не по благоволению Божию, но попустительно,

когда Бог попускает этому находить на нас для нашей пользы. Но Бог не хочет, чтобы мы сего желали или сему содействовали. Например, как я сказал, бывает попустительная воля Божия на то, чтобы город был разорён, но Бог не хочет, чтобы мы - поелику есть Его воля на разорение города - сами положили огонь и подожгли оный, или чтобы мы взяли топоры и стали разрушать его. Также Бог попускает, чтобы кто-нибудь находился в печали или в болезни, но хотя воля Божия и такова, чтобы он печалился, но Бог не хочет, чтобы и мы опечаливали его, или чтобы сказали: так как есть воля Божия на то, чтобы он был болен, то не будем жалеть его. Этого Бог не хочет; не хочет, чтобы мы служили таковой Его воле. Он желает, напротив, видеть нас столь благими, чтобы мы не хотели того, что Он делает попустительно.

Но чего Он хочет? Хочет, чтобы мы желали воли Его благой, бывающей, как я сказал, по благоволению, то есть всего того, что делается по Его заповеди: чтобы любить друг друга, быть сострадательными, творить милостыню и тому подобное - вот воля Божия благая».

Получив исчерпывающее разъяснение от преподобного, мы можем с легким сердцем сделать важный вывод относительно СПИДа: православные по совести и со всей энергией могут включиться в активную борьбу с этой смертельной болезнью, и вместе могут искренно благодарить за нее Бога, как и за всякое иное скорбное попущение Божие. Вывод о необходимости борьбы со СПИДом станет еще более очевидным, если мы вспомним, что ВИЧ заражаются не одни только отчаянные грешники, но среди инфицированных немало совсем неповинных в употреблении наркотиков и никогда не предававшихся разврату людей. Этой болезнью болеют и от нее умирают даже невинные младенцы. Да и многие из грешников не навсегда погрязают в грехе, но оставляют его и оплакивают. Если в порочный период своей жизни они заразились смертельной болезнью, то как же нам не бороться за продление их жизни, когда они вступили на путь покаяния? И о гибели даже самых нераскаянных грешников подобает не радоваться, согласно учению Церкви, а скорбеть.

Во многих случаях молодой человек, получив от врачей извещение об обнаружении у него ВИЧ-инфекции, переживает это событие, как произнесение над ним смертного приговора. В настоящее время данный диагноз является одновременно извещением и о гражданской смерти инфицированного вирусом иммунодефицита: о крайне негативном отношении к этим больным нашего общества известно всем. Юное создание с не устоявшимся мировоззрением испытывает сильнейшее переживание, которое необходимо как-то переварить и осмыслить, и в которое, одновременно, страшно посвятить даже родных людей, а зачастую объективно невозможно заговорить об этом именно с наиболее близкими людьми. Вот в это время и может начаться глубокое общение, или состояться самый первый разговор обеспокоенных диагнозом юноши или девушки с духовником.

Так либо иначе, тема смерти неизбежно станет одной из основных в разговоре, поскольку мысль о смерти властно вошла в сознание ВИЧ-инфицированного. Но является ли это памятование о смерти благодатью смертной памяти, которую так высоко ценят православные подвижники? Необходимо разобраться. Сделаем это с помощью цитаты из книги старца Софрония (Сахарова) «Видеть Бога, как Он есть».

«Вечен ли я, как и всякий другой человек, или все мы сойдем во мрак небытия? Этот вопрос из прежде спокойного созерцания ума становился подобным неоформленной массе раскаленного металла. В глубоком сердце поселилось странное чувство — бессмысленности всех стяжаний на земле. Все, что подлежало тлению, обесценивалось для меня. Когда я смотрел на людей, то прежде всякой мысли я видел их во власти смерти, умирающими, и сердце мое наполнялось состраданием к ним. Я не хотел ни славы от "мертвых", ни власти над ними; я не ждал, чтобы они меня любили. Я презирал материальное богатство и не высоко ценил интеллектуальное, не дававшее мне ответа на искомое мною. Если бы мне предложили века счастливой жизни, я не принял бы их. Мой дух нуждался в вечности, и вечность, как я понял позднее, стояла предо мною, действительно перерождая меня.

Смертная память есть особое состояние нашего духа, совсем не похожее на всем нам свойственное знание, что в какой-то день мы умрем. Она, сия дивная память, выводит дух наш из земного притяжения. Будучи силою, Свыше сходящею, она и нас поставляет выше земных страстей, освобождает от власти над нами временных похотей и привязанностей, и тем делает нас естественно свято живущими. Хоть и в негативной форме, она, однако, плотно прижимает нас к Вечному».

Необходимо отметить, что благодать смертной памяти в той или иной степени знакома всякому монаху: без ее помощи невозможно решиться на отречение от мира в должной степени. Это отречение имеет три ступени: телесное оставление всех богатств и стяжаний мира, оставление прежних нравов и порочных страстей, отвлечение ума от всего настоящего и видимого ради созерцания будущего и желания невидимого. Нельзя сказать, что эта благодать является достоянием всякого без исключения христианина. Даруется ли она пришедшему за результатом анализа на наличие у него ВИЧ-инфекции юноше вместе с утвердительным диагнозом? Проще всего обратиться за ответом к одному из них: «Есть батюшки, которые думают, что ВИЧ – инфицированные имеют память смертную, и это подвигает их на духовную жизнь и аскезу, но меня ВИЧ – статус подвигает на другое. Благодаря нему, думаю более о трезвой жизни с Богом по Его заповедям, потому что прежде ее у меня не было. Размышляю о том, как жить дальше, как лечиться, ведь мне всего 28 лет. Не могу сказать, что не задумываюсь о том, как буду умирать, скорее даже знаю, как хочу умереть – христианской мирной кончиной. Но не имею сил и не считаю нужным думать об этом постоянно, иначе впадаю в депрессию».

Получив свидетельство о наличии у него ВИЧ, человек не получает вместе и благодать смертной памяти, но испытывает потрясение от ясного осознания конечности и хрупкости своего земного существования. В его глазах ценность всех элементов земного бытия стремительно возрастает, с неожиданной силой заявляет о себе жажда жизни. Совершенное по выразительности описание предельной степени такого состояния дает, опираясь на свой личный опыт, Ф. М. Достоевский в романе «Идиот», раскрывая внутренний мир приговоренного к смерти преступника в последние минуты перед казнью. В действительности благодать смертной памяти и энергия данного чувства совершают в душе человека противоположную относительно земных ценностей работу: первая обесценивает все, что не перейдет за врата смерти, вторая учит благоговеть перед каждой земной радостью и пробуждает в юном сердце горячее желание насытиться ей. Жажда жизни (жить) и жажда вечности противостоят друг другу. Духовник должен отчетливо понимать, какая из этих двух энергий владеет человеком, когда тот заговорил с ним о жизни и смерти. Поскольку смертная память встречается много реже, то, как правило, духовник должен использовать счастливую возможность помочь пришедшему на беседу юноше правильно расставить иерархию ценностей жизни, посоветовав удалить из нее греховную нечистоту и указав, каким путем можно этого достичь. Он в силах поддержать молодого человека, начавшего трепетно относиться к своей жизни, в решимости закончить бездумно прожигать ее по образу прежних дней. Необходимо не упустить шанса дать жизни юного создания новое непорочное наполнение, примирить его с Богом. Наоборот, если человеку, испуганному диагнозом о неизлечимой болезни, начать прямую проповедь о вечной жизни, о смерти, как неизбежной участи всех людей и о возможности ее пришествия в любой день для каждого человека, о реальной призрачности и скоротечности всех земных радостей, о будущем суде и необходимости оплакать греховную жизнь, приведшую к смертельному заражению – то такая проповедь не найдет отклика в душе юноши, не будет воспринята конструктивно. Она может просто добить его. Подобное поучение лучше приберечь для ищущих монашества. Не следует загонять пришедших за поддержкой и утешением в состояние уныния и отчаяния.

Заканчивая эту часть статьи, необходимо добавить, что далеко не все воспринимают извещение о ВИЧ/СПИДе подобным образом, но переживающие его иначе гораздо реже выхо-

дят на контакты со священником. Те же, кто обратился за советом к православному батюшке, кроме вопроса о жизни и смерти, часто задают вопрос о возможности для них супружеской жизни, желают знать, могут ли они получить на брак церковное благословение?

Итак, могут ли ВИЧ-инфицированные вступать в брак, как смотрит на это церковь? Однозначно определиться с этим, опираясь на официальные документы РПЦ, пока сложно. В «Основах социальной концепции Русской Православной Церкви», принятых архиерейским собором в 2000 году, можно прочитать: «В настоящее время перечень оснований к расторжению брака дополняется такими причинами, как заболевание СПИДом, медицински засвидетельствованные хронический алкоголизм или наркомания...». В то же время, «Концепция участия Русской Православной Церкви в борьбе с распространением ВИЧ/СПИДа и работе с людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом», принятая Священным Синодом в 2004 году, допускает вступление в брак юноши и девушки как в случае, когда оба они ВИЧ положительны, так и в случае, когда положительный ВИЧ статус имеется только у одного из желающих вступить в брак. О разводе по причине выявления у одного из супругов ВИЧ/СПИДа данная концепция, чтобы не противоречить ни основам социальной концепции, ни себе самой, не упоминает. Таким образом, в настоящий момент можно сослаться на официальную позицию церкви, как благословляя, так и разваливая брак ВИЧ-инфицированных.

Что думают о браке ВИЧ-инфицированных духовники? Поскольку опроса священнослужителей на данную тему, как кажется, никто не проводил, то позволю дать ответ на означенный вопрос на основании мнений об этом некоторых духовников, услышанных мною непосредственно, либо через посредство третьих лиц. Ответ ни для кого не будет неожиданным: можно свидетельствовать отсутствие единого мнения о браке ВИЧ-инфицированных среди духовников. Более того, выявляется желание уклониться от ответа на данный вопрос у некоторой части духовенства, а иные, как оказывается, не желают даже думать об этом, наивно полагая, что лично их эта проблема никогда не коснется. Неудивительно, что ВИЧ-инфицированные в такой ситуации сами принимают решение о браке и ставят своих духовных руководителей, не занявших убедительной позиции по данному вопросу, перед свершившимся фактом.

В чем же камень преткновения для духовников? Выделим два наиболее сложных момента для принятия решения о браке ВИЧ-инфицированных: это, во-первых, вопрос о рождении в таком браке здоровых детей и о возможности затем больным родителям своих детей воспитать, не оставив их сиротами, а во-вторых, вопрос о контрацепции (конкретно — о презервативах). Острота первого вопроса устраняется после приобретения достоверной информации о возможности рождения свободных от ВИЧ-инфекции детей у ВИЧ-инфицированных родителей, и после ознакомления с эффективными методами терапии и паллиативной помощи самим больным. Нет необходимости более о нем говорить. Но со вторым вопросом ситуация гораздо сложнее: все упирается в отсутствие достаточно определенного богословского осмысления сексуальных отношений в православном вероучении.

Попытаемся разобраться с болезненным вопросом о допустимости использования презервативов для случая брака ВИЧ-инфицированных. Чтобы ответить на него, необходимо прежде выяснить, имеют ли сексуальные отношения в браке свою собственную ценность или всецело подчиненную целям деторождения? Хорошо известно, что думают об этом католики. Папа Павел VI в энциклике *Humanae Vitae* (1968 год), в полном согласии с многовековой традицией, берущей начало от учения о браке блаженного Августина, утверждает: «Церковь, призывая людей к соблюдению норм естественного закона, изъясняемого в ее неизменном учении, учит, что всякий, любой брачный акт должен быть открытым к передаче жизни». Изменения в католическом учении о браке, начавшиеся после II Ватиканского Собора, не затронули этого фундаментального положения вероучения. Но если каждый брачный акт должен быть открыт к зачатию и за сексуальными отношениями не признается никакой независимой ценности, то контрацепция в любой ситуации недопустима. Потому ВИЧ-инфицированным като-

ликам приходится смиряться перед следующим ответом: «Поскольку вне возможности зачатия половой акт теряет всякую ценность и является бессмысленным и греховным наслаждением, то либо откажитесь от презервативов, либо откажитесь от сексуальных отношений в браке». Но больные не имеют сил этот совет понести, а страдающие инфицированным больным католики, в том числе и клирики, также не желают с этим жестким советом смириться: в католичестве наблюдается серьезный кризис в связи с означенной проблемой.

Православное учение о браке отличается от учения католического. Нет необходимости что-либо в нем существенно менять, оно справляется с вызовами нового времени, хотя требуется его восполнение в тех областях, которые недостаточно проработаны. В зоне умолчания находится вопрос о сексуальных отношениях в браке. Именно благодаря тому, что не все здесь продумано и не дано по этому вопросу окончательных определений, есть возможность высказывать о нем богословские суждения.

Божие благословение первым людям: «плодитесь и размножайтесь, и наполняйте землю, и обладайте ею» Быт. 1:28 дано еще в раю. Образ райского размножения сокрыт от нас, но Святые Отцы, мнения которых на эту тему сохранились, отказываясь рассуждать о том, каким он был, согласно утверждают, что он отличался от известного ныне. В падшем мире люди размножаются по образу животных. Но сексуальные отношения личностных существ и размножение животных нельзя уравнивать, они далеко не одно и то же. На это, в частности, указывают:

- чувство стыда у людей
- наличие девственной плевы у девушек и ее отсутствие у самок прочих млекопитающих
- наличие оргазма у женщин и его отсутствие у самок животных
- соединение в половом акте лицом к лицу из всех млекопитающих только у людей.

Два последних пункта подсказывают, что сексуальные отношения в браке имеют собственную ценность, не подчиненную всецело цели чадородия. Общение лицом к лицу во время полового акта открывает супругам некоторое сокровенное знание друг о друге: «Адам познал Еву, жену свою» Быт. 4:1. Отметим, что «в Евангелии от Иоанна “жизнь вечная”, даруемая нам Христом, сопровождается предикатом “знать”, “познать”, что соответствует еврейскому слову, обозначающему брачные отношения между мужчиной и женщиной: “Сия же есть жизнь вечная, да знают Тебя, единого истинного Бога, и посланного Тобою Иисуса Христа” (Ин.17,3)». (Яннарас Х. «Вера Церкви»)

Приняв мнение о собственной ценности сексуальных отношений, вернемся к вопросу о контрацепции. Единственным допустимым методом предохранения от зачатия является календарный метод. Автору статьи известно мнение о нем авторитетного духовника о. Иоанна Крестьянкина: «Этот метод даже исповеди не подлежит, ибо это метод разумного воздержания. Всем и все рекомендуют делать с рассуждением и это естественно и не предосудительно». Но, как мы понимаем, в случае ВИЧ-инфицированных основная проблема не в предохранении от зачатия, а в заботе о здоровье «второй половины». Указание на календарный метод не упраздняет проблемы. Даже если оба супруга ВИЧ положительны, у них может быть различный тип вируса, и разная вирусная нагрузка. Невозможно уклониться от неудобного для духовников вопроса о презервативах. Почему сложно решиться отвечать на него? Потому, что с одной стороны, необходимо помнить церковный запрет на контрацепцию и учитывать жесткую позицию ревнителей благочестия, с другой стороны, нельзя отмахнуться от ставящих себя «вне закона» и угнетенных этим вступивших в брак православных ВИЧ-инфицированных, отнюдь не настроенных жить в браке «как брат и сестра». Необходимо найти ответ понятный и приемлемый для обеих сторон.

В поиске решения, укажем не менее сложную проблему совсем в другой области, ознакомимся с ясным церковным ответом, сотни лет принятым церковной полнотой по этой схожей проблеме. Посмотрим, нет ли возможности подход, выработанный там, применить как алгоритмом для решения вопроса об использовании презервативов в браке ВИЧ-инфицирован-

ных.

Вспомним, что думает Церковь об участии православных в военных действиях. Каноническое правило 13 Василия Великого гласит: «Убийение на брани отцы наши не вменяли за убийство, извиняя, как мнится мне, поборников целомудрия и благочестия. Но может быть добро было бы советовать, чтобы они, как имеющие нечистые руки, три года удержались от приобщения токмо святых Таин». Как его понимать? Церковь благословляет своих чад на войну в защиту веры и отечества, благословляет на самопожертвование, но не может благословить на убийство, не оправдывает ненависти к врагу. Увы, война без уничтожения врага на поле брани не происходит. Даже в этом случае за вынужденное убийство следует приносить покаяние. Насилие над мирным населением и издевательства над пленными абсолютно недопустимы. Преклоняясь перед подвигом защитников святынь веры и рубежей отечества, Церковь, в то же самое время призывает православных воинов принести покаяние, как за каждое убийство противника, так и за всю злобу и ненависть, за жестокость и безжалостность, которые овладевали ими в бою. Только при ясном разграничении в сознании солдат того, что следует воспевать от того, что достойно плача, они сами будут стремиться обуздывать себя и тем минимизировать трагические последствия войны.

Вернемся к обсуждаемой теме. Церковь благословляет брак ВИЧ-инфицированных и всю полноту их супружеского общения. Церковные пастыри не могут настаивать на полном оставлении сексуальных отношений в совместной жизни инфицированных супругов, поскольку не отрицают независимой от цели чадородия значимости этих отношений. Церковь благословляет и вменяет в святую обязанность людям, вступившим в брак, заботиться о здоровье друг друга. Духовники понимают, что забота о здоровье «второй половины» вынуждает ВИЧ-инфицированных, связанных узами брака, в моменты половой близости использовать презервативы. Все же выход за границы допустимого следует признать, и потому ВИЧ-инфицированным супругам необходимо приносить покаяние. Духовники не имеют власти благословить использование презервативов, но должны в данном случае быть предельно снисходительными к инфицированным: не следует отлучать их от участия в церковных таинствах. Понимание того, что контрацепция в данной ситуации является снисхождением, а не позволением, поможет зараженным не превратить возможность иметь сексуальную составляющую супружеских отношений в повод полностью отбросить всякое воздержание на брачном ложе. Думается, что временной интервал, в который они могут позволить себе сексуальную близость, не должен превышать того, который имеется в распоряжении здоровых супругов, применяющих неукоснительный календарный метод воздержания.

Если представленный здесь подход к вопросу о контрацепции для случая ВИЧ-инфицированных кому-то кажется слишком сложным и внутренне противоречивым, то интересно знать, не кажется ли ему таковым же отношение Церкви к войне? Впрочем, признает ли церковное сознание такой подход своим, или предложит иное, более точное решение, вновь покажет время.

Закончив рассмотрение болезненного вопроса, необходимо сделать важное примечание. Есть причины, по которым следует не очень громко говорить о том, что сексуальная составляющая брачных отношений имеет самостоятельную ценность, независимую от целей деторождения. Во-первых, это пока что только богословское мнение, которое разделяет автор статьи, но с которым согласны далеко не все. Некоторые придерживаются мнения, узаконенного в католической церкви. Во-вторых, проповедники сексуальных наслаждений могут выставить его как довод против церковной практики: если сами церковники согласны, что сексуальное общение супругов имеет самостоятельную значимость, то по какой причине Церковь запрещает применение контрацепции? Надо устранить возможность нападения на Церковь с этой стороны.

Установления и заповеди Божии имеют не одинаковую силу и степень достоинства: есть

большие и меньшие заповеди. Когда ситуация подпадает под действие сразу двух заповедей, которые предлагают разные решения, тогда большая заповедь отменяет меньшую, но не наоборот. Некоторые примеры. В Ветхом Завете Бог дал установление о хранении субботы и об обрезании. Второе установление больше первого, и Иисус Христос указывает, что второе в случае совпадения упраздняет первое: «в субботы священники в храме нарушают субботу, однако невиновны» Мф. 12:5. Еще пример: Бог учит и справедливости и милосердию. Соотношение между ними таково, что справедливость не может упразднить милосердия, тогда как «милость превозносится над судом» Иак. 2:13. Последний пример. Имеем заповедь: «Почитай отца твоего и мать твою, чтобы продлились дни твои на земле» Исх. 20:12. Но эта заповедь не того же достоинства, что заповедь о любви к Богу: «Кто любит отца или мать более, нежели Меня, не достоин Меня» Мф. 10:37. В некоторых случаях заповедь о любви к Богу упраздняет заповедь о любви к родителям: «если кто приходит ко Мне и не возненавидит отца своего и матери, а притом и самой жизни своей, тот не может быть Моим учеником» Лук. 14:26. Обратное всегда неверно.

Благословение плодиться и размножаться и наполнять землю, дано в раю и сохранило всю свою силу в падшем мире. Благословение независимого от цели размножения сексуального общения супругов – меньшего достоинства, дано после падения прародителей и вследствие утраты людьми райского образа бытия. Оно, как отмечалось, не очевидно и многими оспаривается. Применяя к данным благословениям только что рассмотренный принцип, вынуждаемся сказать, что сексуальные отношения супругов, хотя значимы, не должны устранять возможность зачатия там, где оно возможно. Получаем в результате вывод, который совпадает с церковной позицией: контрацепция полностью воспрещена, календарный метод не предпочтителен. При таком подходе в календарном методе не видится и лукавства. Но если считать, что «всякий, любой брачный акт должен быть открытым к передаче жизни», и при этом советовать придерживаться календарного метода, то лукавство есть: брачные акты в период, когда зачатие невозможно, закрыты к передаче жизни.

ВИЧ/СПИД явился вызовом не только для медиков, но и для общества в целом, он поставил целый ряд непростых духовно-нравственных вопросов. Подобно наркомании ВИЧ/СПИД не только болезнь, но вместе социальное и духовное явление. Необходимость участия Церкви в разрешении всей совокупности поставленных болезнью проблем никем особо не оспаривается. При этом требуется не только теоретическое осмысление возникшей в связи с ВИЧ-инфекцией ситуации, отдельным моментам которой посвящена данная статья, но и активная практическая деятельность служителей Церкви в совместном с медиками, психологами и социальными работниками противодействии ВИЧ/СПИДу. Соединение усилий на данном поприще из возможности должно стать реальностью.

ДУХОВНЫЕ АСПЕКТЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ВИЧ- ИНФИЦИРОВАННЫМ

Игумен Мефодий (Кондратьев)

*“Те, кто подлинно предан философии, заняты на самом деле
только одним – умиранием и смертью”
Сократ*

В отличие от светской медицины, церковь всегда сопровождала безнадежных, «бесперспективных» больных до самого порога смерти. В недавнем прошлом, забота об обреченных пациентах сокращалась у медиков до минимума: их обеспечивали обезболивающими средствами и, когда могли, сдавали на руки родственникам. Духовная и даже просто душевная забота об этих людях в обязанностях медперсонала не прописывалась. В самый сложный итоговый период своей жизни пациент лишался человеческого участия, поддержки. Разве что в нем старались поддержать ложную надежду на выздоровление, скрывали «приговор», играли в лукавую игру, унижающую достоинство всех ее участников. Человек имеет право посмотреть смерти в глаза, собраться с мужеством перед встречей с ней, не быть ею внезапно похищенным.

Церковь традиционно придает огромное значение последним дням жизни человека. Не только потому, что верит в загробную жизнь и вечное существование, и не из одного естественного людям сострадания к страждущим. Последние дни, иногда даже часы в жизни человека, в наибольшей степени определяют его вечную судьбу. Характер кончины позволяет делать основательные заключения о посмертной участи умирающего. Не всегда, но по большей части. Самоопределение человека в заключительный момент его жизни может, как перечеркнуть все прежде содеянные беззаконником грехи, так и обесценить множество благочестивых поступков в жизни праведника. **«И ты, сын человеческий, скажи сынам народа твоего: праведность праведника не спасет в день преступления его, и беззаконник за беззаконие свое не падет в день обращения от беззакония своего, равно как и праведник в день согрешения своего не может остаться в живых за свою праведность. Когда Я скажу праведнику, что он будет жив, а он понадеется на свою праведность и сделает неправду, — то все праведные дела его не помянутся, и он умрет от неправды своей, какую сделал. А когда скажу беззаконнику: “ты смертью умрешь”, и он обратится от грехов своих и будет творить суд и правду, ...будет ходить по законам жизни, не делая ничего худого, — то он будет жив, не умрет. Ни один из грехов его, какие он сделал, не помянется ему; он стал творить суд и правду, он будет жив».** Иез. 33:12-16. В данной цитате из книги пророка Иезекииля речь, конечно, идет о духовной жизни и духовной смерти человека. То духовное состояние, в котором человек пребывает в период исхода, становится его вечным достоянием.

Смерть человека великое таинство. Оно требует основательной подготовки. Перед кончиной человек испытывает не только доходящие до критического значения психофизические нагрузки, — осознанное приближение к последнему пределу жизни вызывает в нем величайшее напряжение и всех его духовных сил. Правильное отношение окружающих к уходящему из жизни собрату, облегчает кончину, помогает ему достойно пройти последнее испытание.

Значение последних приготовлений к встрече смерти при ее приближении так же невозможно переоценить. Христианские подвижники, в которых всегда действенно обитала благодать смертной памяти, почитали за великое благословение получить извещение свыше о приближении времени исхода, о дне своего преставления. В отличие от беспечно прожигающих свою жизнь сынов века сего они знали цену предупреждения и ведали, что им надлежит делать. Не забывая о своих обязанностях по отношению к умирающим и прочий церковный люд, в первую очередь церковные пастыри. Великое благо приближаться к кончине в окружении глубоко церковных людей.

Приведу один пример для прояснения степени церковной заботы об умирающих. «Известие учительное», руководство для приходских пастырей, указывает всего четыре благословенные причины для приостановки начавшейся службы божественной литургии, если та не достигла «великого входа»: нападение врагов, крушение храма, полное изнеможение разболевшегося внезапно священника, необходимость исповедать и причастить умирающего неподалеку христианина. В последнем случае оставшиеся в храме прихожане должны дожидаться возвращения выполняющего свой долг иерея за чтением молитв или духовных поучений. Вернувшись, священник закончит службу, но если будет вынужден задержаться надолго, литургия переносится на следующий день. Мы должны сделать вывод, что согласно церковному суждению цена времени уходящего в иной мир человека превышает совокупную цену времени всех прочих прихожан, а ситуация умирающего значительно важнее забот живущих.

В настоящее время, сначала на западе, а теперь и у нас, в медицине начинает развиваться как отдельное направление паллиативная помощь безнадежным больным. Согласно определению Всемирной Организации Здравоохранения «паллиативная помощь... повышает качество жизни пациентов и их семей, столкнувшихся с угрожающим жизни заболеванием, занимаясь профилактикой и устранением страданий путем раннего выявления, точнейшей оценки и лечения боли и прочих проблем – физических, психических, социальных и духовных...». Церковный опыт служения страждущим от неизлечимых болезней оказался востребованным, медицинские учреждения приглашают к участию в оказании паллиативной помощи церковных людей, священников и мирян.

Наступил момент прояснить кто, для кого и о чем пишет эту статью. Автор статьи – православный духовник, намерен поделиться с мирянами, начинающими уход за зараженными ВИЧ/СПИДом в хосписах и больницах, своими мыслями о паллиативной помощи именно этим больным в последний, заключительный период развития их заболевания. Как священник, автор служил умирающим людям, имеет опыт общения и совместной жизни с ВИЧ положительными молодыми людьми на приходе, хотя еще не присутствовал при кончине умирающих от СПИДа (пока немногие в нашей стране сопровождали их до самого конца). Мы можем по годам проследить, какое количество российской молодежи заражалось вирусом иммунодефицита, нам известно, каким образом развивается эта болезнь, поэтому должны ждать появления в ближайшее время заметного количества пациентов подходящих к терминальной стадии заболевания, и должны думать о том, какая помощь потребуется этим уходящим из жизни молодым людям.

Перед началом работы с умирающими от СПИДа пациентами, надо принять, что мы в данном случае не встретимся с совершенно новым, не имеющим аналогов событием. Просто то, что происходило прежде крайне редко, начнет совершаться гораздо чаще. Почти в каждом случае мы увидим сочетание трех факторов: умирающий человек молод или очень молод, у него крайне противоречивое эклектичное и убогое мировоззрение, он находится под тяжестью общественного осуждения и отвержения. О каждом факторе поговорим отдельно, начав с последнего.

Ни для кого не секрет, что ВИЧ/СПИД в нашей стране распространяется в первую очередь в среде наркоманов, среди мужчин «нетрадиционной половой ориентации», поражает людей,

вступающих в беспорядочные половые связи. Известны лишь единичные случаи заражения вирусом иным путем. Общественное сознание в нашей стране, под давлением средств массовой информации, начинает снисходительно относиться пока только к половой распущенности молодежи, наркомания и гомосексуализм однозначно отвергаются подавляющим большинством населения. Церковное сознание смотрит на наркоманию и на все разновидности блуда, как на смертный грех. Каково при таком раскладе объявить о своем положительном ВИЧ статусе заразившемуся молодому человеку, если вдобавок в среде обывателей распространено множество басен и необоснованных страхов относительно заразности данной болезни? Не удивительно, что по этой причине даже некоторые из родителей не подозревают, что их ребенок ВИЧ-инфицирован. Случалось и то, что, узнавшие о таком заболевании своего сына или дочери отцы семейства или хранительницы семейного очага, отказывали своим чадам от дома. Заболевшие прекрасно понимают ситуацию, в какой оказались и посвящают в свою горькую тайну ограниченный круг самых доверенных людей, теряя иногда даже этих немногих. Испытывают большую психологическую нагрузку.

Малая часть инфицированных ВИЧ/СПИДом начинает ходить в храм, постепенно воцерковляется. Церковь учит не гнушаться кающимися грешниками. Грех, оставленный и оплаканный, не является поводом для прохладного обращения с человеком, для отвержения его. Даже к людям, поработанным греховой привычкой, церковное предание наставляет относиться милостиво. Но в реальности отношение церковной паствы даже к ищущим Бога ВИЧ-инфицированным остается часто негативным, не многим отличается от отношения к ним во внецерковной среде. Все же осведомленность церковных прихожан и населения в целом о самой болезни постепенно повышается, и отношение к больным становится более терпимым, но процесс ослабления стигматизации идет очень медленно.

Что можно сделать для улучшения отношения к больным ВИЧ/СПИДом среди церковного народа? Инициатива должна исходить от самих инфицированных. Можно рекомендовать им оповещать на исповеди духовника о своем заболевании: во-первых, это безопасно, поскольку духовники по большей части люди благоразумные и, к тому же, обязанные хранить тайну исповеди, во-вторых, это поможет духовнику правильно оценить жизненную ситуацию исповедника и при необходимости дать более точный совет, в-третьих, духовник узнает, что среди его паствы появился ВИЧ-инфицированный прихожанин. Когда священник услышит такое признание на исповеди еще раз, и еще, он осознает, что пришло время создавать атмосферу благожелательного отношения к ВИЧ-инфицированным на своем приходе, что проблемы этих людей становятся частью его жизни и частью жизни его пасомых. Прежде он мог думать, что он к таким людям не имеет прямого отношения. Поскольку милостивому отношению к ближнему учит Евангелие, пастырю не сложно будет исправить заблуждение прихожан относительно больных ВИЧ/СПИДом, если оно обнаружится.

В больнице или хосписе ВИЧ-инфицированные, имеющие живую веру, будут редким явлением. В чем будет состоять медицинская, психологическая и духовная забота о них, для церковных людей, имеющих медицинское образование, понятно. Эти пациенты и обслуживающий их, равно почитающий Бога, медперсонал говорят на «одном языке» (вкладывают в слова одинаковый смысл), исповедуют одну систему нравственных ориентиров, у них единая ценностная шкала. Им легко понимать друг друга и общаться. Причины, в свое время приведшие пациента к заражению, оставлены и оплаканы. Проблемы с внецерковными пациентами, иногда абсолютно неверующими, часто малокультурными, социально несостоявшимися, духовно «воспитанными» в лоне молодежной субкультуры (антихристианской по замыслу) или попросту в криминальной среде, нераскаянными, обозленными на весь мир, – будут качественно иными. А таковых будет большинство среди ВИЧ-инфицированных пациентов, нуждающихся в медицинской опеке. В нашей стране заражение вирусом в первые годы происходило почти исключительно в среде наркопотребителей (только в последнее время увеличивается процент

больных, заразившихся половым путем). Этим «бывших» наркоманов (как правило, не сумевших отказаться от употребления), имеющих по целому «букету» болезней при угасающем иммунитете, намаявшиеся с ними родители (родственники) будут стараться спихнуть на попечение медиков, чтобы те проводили несчастных до могилы.

Изначальная проблема: взаимное нерасположение, неприятие. Пациенты в последние годы наркотизации приучились смотреть на окружающих однобоко: можно ли через данного человека достать деньги на дозу, или нельзя? Отношение у них ко всем достаточно агрессивное, недоверчивое, часто ироничное (циничное) и всегда потребительское. Наличие ВИЧ только усугубило проблему их отчуждения от людей. По-человечески они выглядят крайне непривлекательно. Другая сторона - медперсонал. В дополнение к негативному впечатлению от этих пациентов, он в той или иной степени находится под влиянием расхожего мифа о наркоманах, представляющего их в самом ужасном свете. Возникает соблазн с первой встречи разделить настроение их уставшей семьи: «Хоть бы побыстрее Бог его (ее) прибрал» (как будто им обеспечено место на небе). Но медицинская этика, не говоря о христианской, не позволяет никого туда торопить.

Как избежать этого искушения? Священное писание подсказывает: «Уготовихся и не смутихся». Чего ожидал человек, когда принимал решение ухаживать за умирающими людьми? Что каждый уходящий на тот свет будет праведником? Праведники отдают дух в окружении родственников, друзей или учеников, в клиники близкие стараются сдать, в первую очередь, самых капризных, непослушных, озлобленных, труднопереносимых больных. К этому надо готовить себя. И в этом отношении ВИЧ-инфицированные не очень выпадают из общего ряда. А страшная сказка о наркоманах не отражает всей реальности. Наркоманы, наверное, злодеи, но в гораздо большей степени они жалкие жертвы настоящих злодеев, скотливших на их трагедии состояния. Приближаясь к кончине, эти несчастные молодые люди являются физическими, душевными и духовными калеками, загубившими свою временную жизнь и теряющими шанс войти в жизнь вечную. И если о первом большинство из них сожалеет, то о втором, более важном, редко кто задумывается. Они сеяли вокруг себя хаос и разрушение, но самый горький плод достался им самим. Так что возможно злобу на них погасить состраданием, а неприязнь, с Божьей помощью, покрыть милосердием. И настроиться на это заранее.

Отношение христиан к смерти неоднозначное. Вслед за Платоном, святитель Василий Великий и другие христианские мыслители древности считали, что «созерцание смерти» — это вершина всякой истинной человеческой философии. Смерть является страшным проклятием человечества. Она — предел богоотчужденности и крайняя степень униженности, обезображенности человека. Смерть — истинная мера и последнее испытание не только для самого человека, но и для всех его дел и добродетелей. Осознание присутствия смерти, смертности, налагает свой отпечаток на всю систему человеческих ценностей: все, что рано или поздно может стать добычей смерти, ненасытной и прожорливой, теряет смысл. Этот ужасающий лик смерти, как ни удивительно, имеет другую сторону. Мы можем увидеть в смерти выражение Божественного человеколюбия. Попустив смерть, Бог прерывает жизнь в тленности и застое, направляя жало смерти против тленности и против ее причины — греха, ограничивая тление и грех. Бог попустил смерть, чтобы «зло не стало бессмертным» (Григорий Богослов). Временная человеческая смерть упраздняет вечную смерть, яд становится лекарством, рана — источником исцеления. Сотрясая до основания все человеческие ценности, смерть пробуждает жажду истинных ценностей, вечной Истины и неугасимого света. Так смерть воспитывает и, что важнее всего, отрезвляет и будит от «тяжкого сна» (митрополит Амфилохий (Радович) «Воспитательное значение смерти»).

Вторая, упоминаемая нами, характерная особенность ВИЧ-инфицированных: отсутствие целостного, глубокого, основанного на традиции мировоззрения. Приближение к кончине, требует осознания ситуации, легкомысленно отшутиться и пройти мимо проблемы, что было

как-то возможно в недавнем прошлом, не удастся: смерть заставляет думать о себе. Как приобщить их к сокровищнице религиозной мудрости, как помочь им воспринять ответы, полученные через Божественное откровение, как подействовать их примирению со Спасителем? Анализировать или критиковать их систему убеждений уже нет никакой необходимости: она бессильна ответить на вызов, который предъявили страдания и смерть.

Здесь возникает следующее серьезное искушение: заняться «пропагандой» православия среди уходящих из жизни людей. Мотивация вполне понятна, вместе с жизнью временной, эти люди могут потерять и вечную, если до конца пребудут вне церкви. Верующий человек не может не беспокоиться о последней участи своих ближних. К сожалению, в жизни попытки решить ситуацию «в лоб», часто приводят не к тем результатам, которых от них ожидали («думали, как лучше...»). В чем особенности миссионерства в хосписе или в больнице среди безнадежных пациентов? Во-первых, эти люди находятся и будут до конца находиться полностью в руках медперсонала, который начинает проповедовать им свое мировоззрение. Эта проповедь – совсем не проповедь среди свободных, независимых людей. Пациенты могут воспринимать ее, как давление (и не будут совсем неправы), а давление в вопросах, касающихся совести, мировоззрения, религиозного выбора, как правило, вызывает негативную реакцию: человек, не желая разбираться в том, что ему говорят, начинает противиться давлению как таковому. Неприятие «формы», приводит к неприятию «содержания». Еще хуже, если пациент, не желая портить отношения с сотрудниками, начнет лицемерить: поддакивать, брать предлагаемые книги, даже даст согласие на приход священника – внутренне испытывая только дополнительный душевный дискомфорт от своего малодушия. Известно, что благодать всегда считается со свободным самоопределением человека, в отличие от не по разуму ревностных проповедников, остается бездейственной в лицемерах. Во-вторых, люди, о которых мы говорим, имеют многолетний стаж наркотизации. В поисках средств на наркотики, они научились безошибочно угадывать, кого и как «раскрутить» на деньги для дозы, в умении лгать и притворяться приблизились к совершенству. Как только пациенты смекнут, что за симуляцию воцерковления смогут иметь дополнительный «паек» и более участливую заботу персонала, то не преминут воспользоваться представившейся возможностью. Особенно, если заметят в перспективе шанс выключить дополнительную порцию снотворного или увеличенную дозу наркотического анальгетика. Персонал не должен попасться на эту удочку. В-третьих, в период приближения смерти человек начинает все более жить сердцем, все постороннее его перестает интересовать, все непосредственно касающееся, переживается глубже. Поэтому евангельская весть должна прийти к нему не через ум, все более теряющий свои властные полномочия, а через сердце. На этом следует подробнее остановиться.

Одним из следствий грехопадения является рассогласование в деятельности душевных сил человека: ума, воли и сердца. Наш разум, несмотря на невозможность совершенно оторваться от сердца, стремиться к этому обособлению, замыкается в себе. (Ум и сердце имеют разные функции, например, ум констатирует, сердце оценивает). В повседневной жизни обычного человека его ум живет своей жизнью, по правилам, заданным системой научного образования, оправдывая существующие социальные нормы, сердце – своей, руководствуясь несколько иной логикой. Страдание способствует соединению ума и сердца, восстановлению утраченной целостности познавательного процесса, в котором равно значимы интеллектуальная зрелость и озарения сердца. Большинство людей находят Бога через страдание именно по этой причине. Страдающий человек отходит от рассудочного, научного типа познания, вложенного воспитанием, но не свойственного человеку изначально, возвращается к личностному типу познания. Человек, будучи личностью, как бы вступает в личностный диалог с персонифицированной им природой, с другими человеческими личностями (с любви или ненависти), в разговор с Богом. Как в далеком детстве он может вновь с глубокой вовлеченностью начать «общаться» с куклами (известно применение куклотерапии в некоторых хосписах).

Умиравший человек страдает во всех планах: в физическом, в психическом, в духовном.

Проповедуя человеколюбивого Бога, мы должны показать страдальцу наличие доброты и человеколюбия, прежде всего, в нас самих. Тяжелобольные воспринимают окружающих подобно детям. Дети обращают больше внимание не столько на то, что родители говорят (не вполне понимая взрослые речи), сколько на то, что они делают. Те и другие, больные и дети, отзывчивы на ласку и внимание, отказываются воспринимать то, что им толкуют злые дядя или тетя. Борьба за доступ к сознанию страдающего человека идет через доступ к его сердцу.

Приведу пример из священнического опыта. По благословению духовника, в гости к молодому иеромонаху приехала верующая женщина Александра из соседней области. На третий день по приезду у нее произошло кровоизлияние в мозг. Состояние после инсульта не было тяжелым, больная была в памяти, но должна была строго соблюдать постельный режим. Находилась в отдельной комнате в доме священника, за нею круглосуточно ухаживали прихожанки. По просьбе больной о случившемся не сообщили ее дочери, тем более что та была внецерковным человеком и агрессивно реагировала на религиозную жизнь своей матери. Поскольку и прежде Александра совершала длительные паломнические поездки, семья дочери не должна была беспокоиться ее долгим отсутствием. К сожалению, больная, стараясь не обременять просьбами ухаживающих женщин, не всегда считалась со строгостью постельного режима. Почувствовав себя лучше, решила отправиться в туалет, результатом чего явился повторный удар. На этот раз смертельный. Вскоре после второго инсульта, у Александры отключилось сознание, и до самой кончины, последовавшей через восемь дней, она пребывала в бессознательном состоянии. Прихожанки продолжали ходить за ней, была срочно вызвана дочь. Через час по ее приезду, все как одна участницы ухода за больной, подошли к священнику и сказали, что раз дочь приехала, пусть теперь она заботится о больной, а они считают себя свободными. У всех были обиженные лица. Священнику дочь ничего не сказала, но эти женщины в первую же минуту, как остались с нею наедине, услышали все, что та думает о глупой матери, о сумасшедших верующих, о ... попах и, в довершение всего, об этом Боге. Священник ответил, что отставки их не принимает, просил с пониманием отнестись к состоянию приехавшей дочери, тем более что они сами женщины и понимают, как несправедлива может быть в своих оценках озлобленная горем дочь Евы, сказал, что они, как христианки, должны не заметить обиды, а продолжить уход и за беспомощной матерью и за ее несчастной дочерью, проявляя всю возможную для них доброту и сострадание. Попечение об обеих приехавших продолжилось. Уже через сутки озлобление дочери прекратилось, она начала спокойно общаться с женщинами, на третий – четвертый день воспринимала их, как родных. Мать скончалась. Женщины взяли на себя заботу об оформлении документов, о гробе, о машине до родного города приехавших. Дочь была спокойна, в атмосфере сострадательной любви она неузнаваемо преобразилась. Во время прощального общего ужина накануне отъезда улыбалась, сказала: «Мне так хорошо сейчас. Даже не помню, когда чувствовала себя такой счастливой». Глаза подтверждали искренность слов. В соседней комнате стоял гроб ее матери. Перед самой кончиной и вплоть до отъезда начала просить наставлений о молитве, о хождении в храм, о посте, об участии в таинствах. Принимала все с абсолютным доверием. Священник своими глазами увидел лучший путь приобщения к церкви.

Этот подход к воцерковлению наиболее приемлем при служении больным в хосписе. Пытаясь войти в сердечный контакт с пациентом, сотрудник сам должен быть открыт к нему сердцем. Общение на сердечном уровне не допускает лукавства, тени лицемерия, «невинной» лжи. Следует помнить, что «маленькая ложь рождает большое недоверие», а персонал, ради блага больного, намерен достичь как раз противоположного: глубокого доверия. Если не находится нужных слов или сил сказать правду на прямо поставленный вопрос, лучше промолчать. Люди, переходя к сердечному восприятию ближних, становятся необыкновенно прозорливыми, способными непосредственно чувствовать тончайшие сердечные движения человека, когда он

открывается им. Страдание обостряет эту способность. Всякая фальшь становится очевидной.

Какие темы доверительных разговоров могут возникнуть и представляются наиболее важными? О смерти. О смысле жизни и смысле страданий. О различных предметах веры: о загробном мире, о Боге, о пути спасения, о важности церковной жизни для человека. Больной может поведать о своем, обычно небогатом, религиозном опыте, может попросить его растолковать. Может рассказать о том, что мешало ему уверовать. Спросить о покаянии, в чем его смысл и как к нему подготовиться. О молитве. Многое другое. В разговоре желательно понимать не только сам заданный вопрос, знать поднятую больным тему, но и почему вопрос задан, отчего эта тема волнует.

Немного о смысле жизни. Бог задумал нас «прежде создания мира» (Еф. 1:4). О каждом у Него была своя особая мысль, особая мечта. Земные родители тоже мечтают о своих будущих детях, но мечты их часто весьма неосновательны. Нельзя сказать такого о замыслах Бога: каждому из нас дано потенциально все, чтобы мы с Его помощью могли реализовать в себе Его мечту о нас, могли актуально «состояться» (сотворенные по «образу» стали по «подобию»). К сожалению, ошибкой первой человеческой пары космос исказился, изменился сам образ рождения и бытия людей, в мир пришли страдания и смерть. Но самый конечный замысел Божий о каждом рождающемся в мир человеке остался тем же. И достижение, реализация вечной мечты Бога о каждом сыне человеческом или дочери человеческой является для них конечным смыслом их явления в мир, смыслом их жизни. Ничего более высокого, более грандиозного никто о себе и для себя не вообразит. Поскольку замысел Божий о каждом человеке особенный, неповторимый, то и смысл жизни у каждого свой, у каждого свое призвание. Конечно, восхождение к последнему совершенству продолжится в вечности Царства Небесного, но какие-то начальные шаги, определяющие и саму возможность вхождения в это царство, человек должен сделать в пределах этого, катастрофически испорченного и обреченного на уничтожение мира. В этом мире Богом каждому задаются начальные условия его существования, во многом определяющие земную судьбу человека: он рождается в такое-то время, в такой-то стране, у таких-то родителей. С этого начинается его самореализация.

Кто бы из больных ни начал с нами разговор о смысле жизни, надо настроиться на разговор об их жизни, не о жизни вообще. Человек у порога смерти готов сделать последние оценки прожитого, ищет максимально возможного для него осмысления своей судьбы, понимания смысла уходящей жизни. Допуская до разговора об этом, человек оказывает огромное доверие. У каждого человека свой сокровенный смысл жизни, который он не выдумывает, но с большей или меньшей степенью прозорливости находит. Только он сам может его действительно понять. Другие могут быть его помощниками в этом поиске, не более. Хорошо когда помощники задумываются о смысле собственного бытия.

Всякая деятельность, смысл которой для человека не понятен, тяжела для него. Но перенесение страданий, когда их смысла человек не сознает, наиболее тяжело. Даже мелкие неприятности в таком случае вызывают ропот и сетования. Но если страдалец увидит смысл в своих мучениях, тот же самый человек способен удивить окружающих своей стойкостью и терпением. Христианство дает исчерпывающий ответ о значении и смысле страданий, хотя принять этот ответ не легко: благовестие о кресте кажется жестоким для сынов века сего, воспитанных в лоне западной гедонистической цивилизации (важно отметить, что отторжение у людей вызывает, более всего, католическое учение об искуплении, «юридическая доктрина искупления», вполне чуждая разуму восточной церкви). Но в период «скорбного посещения» сознательное принятие своего креста и проникновение в тайну страданий духовно укрепляет человека. Помочь пациенту осмыслить его мучения более важно, чем обеспечить хорошими анальгетиками (против применения которых церковь, конечно, ничего не имеет). Общение на тему страданий должно быть осторожным, надо в течение всего разговора чувствовать, как пациент воспринимает беседу. Если сотрудник не вполне владеет темой, слаб в «теории», луч-

ше ограничиться примерами. Привести какие-то конкретные примеры в любом случае необходимо. Примеры желательно брать не из житийной литературы: на фоне святых подвижников и мучеников даже герои выглядят порой бледно, а для упавшего духом больного они еще менее могут стать примером для подражания. Приведу без комментариев три свидетельства о перенесении страданий. Первое перескажу своими словами.

История описана в книге «Райские цветы с русской земли», повествует о подвижнице благочестия XIX века. Благочестивая женщина, согласно евангельской заповеди, посещала заключенных в тюрьме. Вела с ними душеспасительные беседы, читала и раздавала книги, помогала вещами, исполняла некоторые их поручения на воле. Среди заключенных находился один, посаженный за убийство арестант, никогда не принимавший участия в общении: при появлении посетительницы он отворачивался к стене на своей постели и так лежал до ее ухода. Он был прикован кандалами к стене для ограничения свободы передвижения даже по камере. После вынесения смертного приговора, до его исполнения, он был переведен в одиночную камеру. Через некоторое время, по его просьбе к нему пригласили эту женщину. Он признался ей, что только делал вид, будто не слушал ее, на самом деле был очень внимателен к беседам. Проникся к ней глубоким доверием. Теперь просил объяснить ему сон, который произвел на него глубокое впечатление. Снилось следующее: арестант видел себя на лесном болоте в ужасном виде, в лохмотьях, он был весь черный, кроме ног: только ноги ниже лодыжек были чистыми и белыми. Заключенный полагал, что сон был ниспослан свыше и в нем дано для смертника указание, смысла которого он не понимает, только верит, что женщина сможет сон истолковать. Понимая ответственность, праведница ответила то, что пришло ей на сердце. За грехи своей жизни убийца по правде Божией подлежал вечному отлучению и муке, от которой освободились только белые части его ног, потому что закованные в кандалы, они уже перенесли большее страдание, чем прочие части тела заключенного. Немного подумав, смертник ответил, что ему предлагают писать прошение о помиловании, и есть большие надежды на изменение приговора, но он писать не будет, пусть весь он, через добровольное принятие казни, получит свободу от вечной муки. Женщина не стала его отговаривать, хотя в сердце желала сохранения его жизни.

Вторая из книги Виктора Франкла «Психолог в концентрационном лагере». Франкл провел в нацистских лагерях несколько лет. В книге он, в частности упоминает о своем товарище, «который в самом начале лагерной жизни заключил «договор» с небесами: пусть любые его страдания и его смерть станут той ценой, которую он платит за то, чтобы смерть любимого человека стала легкой. И для него страдания и смерть перестали быть бессмысленными, они наполнились высоким смыслом. Да, он не хотел мучиться и умирать просто так. И мы этого тоже не хотим!»

Последняя из книги Александра Солженицына «Архипелаг Гулаг»: «Однажды Осоргин назначен к расстрелу. И в этот самый день сошла на соловецкую пристань его молодая (он и сам моложе сорока) жена! И Осоргин просит тюремщиков: не омрачать жене свидания. Он обещает, что не даст ей задержаться более трёх дней, и как только она уедет — пусть его расстреляют. И вот что значит это самообладание, которое за анафемой аристократии забыли мы, скулящие от каждой мелкой беды и каждой мелкой боли: три дня непрерывно с женой — и не дать ей догадаться! Ни в одной фразе не намекнуть! не дать тону упасть! не дать омрачиться глазам! Лишь один раз (жена жива и вспоминает теперь), когда гуляли вдоль Святого озера, она обернулась и увидела, как муж взялся за голову с мукой. — “Что с тобой?” — “Ничего”, — прояснился он тут же. Она могла еще остаться — он упросил её уехать. Когда пароход отходил от пристани — он уже раздевался к расстрелу».

Чего в разговоре с безнадежно больным на духовные темы следует избегать? Не надо настойчиво намекать ему на возможность чудесного исцеления в случае появления у него веры в Бога, исполнения над ним некоторых обрядов. Это серьезная «приманка» для больного, но

с миссионерской точки зрения очень грубый ход. Цепляющемуся за жизнь человеку, не имеющему религиозных убеждений, все равно, кого к нему пригласят, священника или шамана, был бы шанс выжить. Он формально выполнит все, о чем его попросят, выглядеть будет все достаточно благопристойно. Но желание жить дольше, не то же самое, что желание жить вечно. И жажда чуда – не жажда Бога. (Особенно, чуда ради себя). Чуда не произойдет, проповеднику и «обращенному» им пациенту будет немножко неловко и стыдно друг пред другом, одному за свой соблазнительный намек (не обещание), другому за проявленное малодушие (если стыдно не будет, это еще хуже). Такая «вера» испарится гораздо раньше, чем скончается больной. Серьезные свидетели будут разочарованы, более всего в православных. Если они и пожелают в будущем мириться с Богом, то, весьма вероятно, без их посредства, вне церкви.

Как относиться к тому, что, несмотря на всю заботу, больной остался «закрытым», не предоставил возможности для доверительного разговора о Боге, ушел без покаяния? Что же, это его выбор, его свободное самоопределение. Даже Бог отступает перед свободой человека. И нам надо учиться со всей серьезностью относиться к этому величайшему дару Творца и в самих себе и в ближних. В качестве некоторого утешения примем в соображение то, что иные пациенты, видя бескорыстное и равно попечительное служение персонала нераскаянным больным до самой тех кончины, скорее расположатся доверием к православным сотрудникам больницы. Сами сотрудники преуспеют в милосердии

ДУХОВНАЯ ПОДДЕРЖКА ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ, ИХ СЕМЕЙ И РОДСТВЕННИКОВ

Иерей Роман (Бацман)

I. Церковь оказывает духовную поддержку:

- как самим болящим,
- так и их близким
- и медицинскому персоналу, заботящемуся о больных.

1. Духовная помощь больным, **которые являются членами Церкви** или желают стать таковыми, включает в себя:

- 1) преподание благодатных даров Святого Духа через церковные Таинства: Крещения (если болящий не был крещен), Исповеди, Причастия и Соборования; молитва Церкви о болящих за богослужением (литургическое поминовение, молебны); присутствие больных на богослужении. Совершение церковного обряда погребения усопших (отпевание), их заупокойное поминовение (на Литургии и панихидах);
- 2) помощь в осознании духовного смысла своей жизни, выходящего за рамки земного бытия, в духовном обновлении, в осознании значения своей болезни в деле собственного спасения.

2. Церковь в лице своих священнослужителей, социальных работников, сестер милосердия оказывает также нравственную поддержку и людям **невоцерковленным или исповедующим иные религии**.

В этом случае помощь должна оказываться очень деликатно: следует уважать свободный выбор, убеждения и чувства пациента. Вместе с тем, своим искренним участием, милосердием и добросовестным трудом православные социальные и медицинские работники, облегчая страдания больного и его близких, призваны быть примером христианского отношения к ближним. Своим поведением и отношением к окружающим они несут православное свидетельство о Христе.

3. В процессе ухода пациент чаще всего общается с **медсестрами**. К православным сестрам милосердия нередко адресуются вопросы о смысле жизни и о вере. Медсестра должна быть готова к тому, что о Христе и о Церкви больной может услышать первый раз именно от нее, что на нее ляжет подготовка пациента к первой исповеди, к Таинствам. Возможно, потребуются совет о том, как молиться, как выбрать первую духовную литературу и пр.

У людей невоцерковленных порой проявляется легкомысленное, потребительское отношение к Таинствам и к вере как к одному из видов целительства. Ни в коем случае нельзя потакать такому отношению, но разъяснять глубокий истинный смысл христианской жизни. Для того чтобы суметь удовлетворить эти запросы пациентов, православные медики нуждаются в соответствующей специальной подготовке.

4. **Верующий медик** должен понимать, что человек, нуждающийся в помощи, ждет от него не только соответствующего лечения, но и духовной поддержки, особенно когда сам обладает мировоззрением, в котором раскрывается тайна страдания и смерти.

«Быть для пациента милосердным самарянином из евангельской притчи - долг каждого православного медицинского работника» (Основы социальной концепции Русской Православной Церкви, XI, 2).

Однако при этом очень важно помнить, что отношения между медиком и пациентом должны строиться на уважении свободного выбора и достоинства личности. Недопустимо, воспользовавшись немощью человека, навязывать ему какие-либо убеждения даже ради самых благих целей.

5. Врачи не меньше своих пациентов нуждаются в духовной и нравственной помощи. Наиболее действенным является молитвенное попечение Церкви, суть которого можно выразить словами из молитвы к Божией Матери перед Ее иконой «Всецарица»: «Ум и руки врачующих нас благослови, да послужат орудием Всемогущего Врача, Христа Спаса нашего».

Ежедневное соприкосновение с болью и страданиями, подчас трудные условия работы и груз ответственности за жизнь, и здоровье пациентов - все это, безусловно, делает необходимым православному медику совершенствоваться в добродетели милосердия. В особой степени это относится к медицинскому персоналу, работающему с ВИЧ-инфицированными: им приходится иметь дело не только с болью, отчаянием, страхами людей перед лицом смертельного диагноза, но и с отверженностью обществом, утратой значимых отношений.

С другой стороны, остро стоит вопрос и о «духовной реабилитации» самих медицинских работников, поскольку ежедневное соприкосновение с большим количеством человеческих страданий со временем может привести к появлению цинизма, черствости, безразличия. Во избежание этого медицинские работники должны регулярно получать психологическую и моральную помощь, а верующие — поддержку молитвой и духовным советом.

6. Для верующих ВИЧ-инфицированных важным аспектом помощи со стороны Церкви является их интеграция в богослужебную жизнь общины (участие в богослужениях, приобщение к Таинствам), а также в церковно-приходскую жизнь вне богослужения, например, участие в церковной социальной работе. Здесь важная роль принадлежит священнику, к которому в большинстве случаев к первому обращаются за помощью люди, живущие с ВИЧ и ищущие поддержки Церкви, либо их близкие. Священник в проповедях, в беседах, при личных встречах с прихожанами должен вести разъяснительную работу относительно этого заболевания (о путях заражения, о профилактике) и христианского отношения к страждущим и больным, о миссии Церкви по отношению к ним.

Образ Божий в человеке неуничтожим даже в состоянии греха и отпадения от Бога. Чужой грех не может служить причиной для превозношения или презрения. Церковь учит, что следует ненавидеть сам грех и противостоять ему, но при этом не переносить чувство ненависти и отторжения на согрешившего человека, согласно святоотеческому принципу: «Ненавидь грех, но люби грешника».

В ситуации эпидемии ВИЧ/СПИДа священнослужители и миряне должны сделать все возможное для того, чтобы попытки людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, прийти в Церковь — не были встречены холодом равнодушия, а тем более презрения и осуждения. Человек с ВИЧ/СПИДом призван обрести в Церкви дом Отчий, тихую гавань спасения и заботливую семью.

II. Христианское отношение к болезни и врачеванию

Человек стремится побороть болезни, вернуться в нормальное, здоровое состояние. Отношение Церкви к медицине и врачебному призванию является определенно положительным.

Обращаясь к проходящим монашеский подвиг, св. Диадокх Фотикийский говорит, что «в

киновиях надо приглашать врача для излечения болезни» и не впадать «в тщеславие и искушение дьявола, по которым некоторые объявляют, что не имеют нужды во врачах» (Преп. Диадок Фотикийский. Слово подвижническое. Гл. 53 // Добротолюбие. Т. 3, с. 35).

Болезнь и страдание имеют не только негативное значение, но могут стать противоядием греху.

Страдания подвигают христианина к духовному переосмыслению жизни. Болезнь может научить человека соучастию в страданиях другого, обратить его взор к Богу как Небесному Отцу. Болезнь напоминает человеку о его смертности, однако для христианина смерть – не только последний враг; она связана с упованием на посмертное соединение с Богом, основанием чего является пасхальная вера в воскресшего из мертвых Христа, Победителя смерти.

Православное Предание не рассматривает болезнь и страдания как “плату” за наши грехи. Страдания являются следствием греховности человека и попускаются Богом, но они не обязательны для достижения спасения, ибо грех преодолевается покаянием и исполнением заповедей Божиих.

Святые отцы не считают возможным установить однозначную связь болезни с тем или иным личным грехом человека.

Так, преподобный Марк Подвижник говорит: “Не думай, что всякая скорбь находит на людей за грехи”.

Предостерегает от поспешных выводов о причинах болезней и святитель Иоанн Златоуст: “Есть много людей неразумных, которые из несчастий другого обыкновенно выводят дурное заключение о его жизни. Так было и с Иовом. Не зная за ним ничего худого, говорили ему: по грехам твоим ты еще мало наказан (Иов. 33. 27)”.

Такова же позиция в этом вопросе и святителя Филарета Московского: “Кто может измерить глубину, исследовать пути Божиих судеб? Кто решится каждого больного признать осужденным и всякую болезнь – вывеской виновности?”

III. Духовная помощь

Духовная помощь, в отличие от психологической помощи, ставит своей целью не достижение душевного благополучия, а спасение души. Духовная помощь включает в себя и психологическую помощь, но основная цель не просто утешить человека, а помочь ему прийти к Богу и через этот приход облегчить душевное состояние и достичь главного – спасения.

Умиравший человек вольно или невольно поставлен перед необходимостью **подведения итогов своей жизни, ее осмысления**. Перед ним, как правило, встают «вечные» вопросы: Зачем ты приходил в этот мир? Так ли ты жил? Что будет после смерти? Есть ли Бог? Как подготовиться к смерти? Почему я должен страдать?

На эти, без сомнения, чисто духовные вопросы, медики не могут дать ответа больному. Они признают, что их этому не учат и ответы на эти вопросы не входят в сферу их профессиональной компетенции.

Если человек, пока был здоров, жил внутри религиозной традиции, ответы на эти вопросы у него, скорее всего, есть.

Другое дело – человек неверующий. Если человек никогда не задумывался над «вечными» вопросами, и они впервые встали перед ним во время болезни, окружающие его люди должны помочь ему найти на них ответы.

1. Вопрос о смысле жизни

К вопросу о смысле жизни можно подойти по-разному. Если мы имеем дело с неверующими людьми, то для начала придется оставить в стороне проблему смысла и замысла мира в целом, так же как и переживаемую пациентом растерянность перед судьбой, сопротивление испытаниям, которые выпали на его долю, поскольку положительные ответы на эти вопро-

сы относятся к области религии. Для человека религиозного, который верит в Промысл Божий, подобного вопроса не существует вовсе. Для многих пациентов характерна искаженная постановка вопроса о смысле собственной жизни. Например, больной может категорически утверждать, что смысл жизни состоит в удовольствии.

Удовольствие никак не может придать жизни смысл. Ибо что такое удовольствие? Состояние. Материалист сказал бы даже, что удовольствие – это состояние клеток мозга. И разве стоит жить, чувствовать, страдать и вершить дела ради того лишь, чтобы вызвать такое состояние?

С течением времени, особенно в связи с неизлечимой болезнью, нарастает острота вопроса о смысле жизни. Хотя для некоторых людей острота этого вопроса с течением времени может наоборот снижаться, т.к. они все сделали для того, чтобы заглушить голос совести, который ставит перед каждым человеком вопрос о смысле жизни. Или они постарались себя обмануть, говоря, что – «смысл жизни в семье, в работе», тем самым утверждая, что частные, временные смыслы, такие, как семья, наука, служение людям являются универсальными и вечными. В этом случае, с прекращением деятельности в тех областях, с которыми связывался смысл жизни, приходит понимание бессмысленности дальнейшего существования; это может привести к депрессии.

Психология и философия могут решить эту проблему, подыскав какие-то новые занятия для людей или заменители разрушенным мировоззрениям, с которыми связывался смысл жизни, но это лишь на некоторое время.

Кто-то, недолго думая, скажет: «смысл жизни в самой жизни», тогда как та же философия говорит нам о том, что смысл любой вещи и любого явления трансцендентен по отношению к этой вещи или явлению, т.е. находится за их пределами. Так смысл любого инструмента не в нем самом, а в том для чего он применяется, и что из этого получается. Смысл любого поступка человека, в том, что произошло после этого поступка, за пределами промежутка времени, в котором совершен тот или иной поступок. Так и смысл жизни человека находится за ее пределами – там, куда эта жизнь устремлена. Если она устремлена к вечности, то и смысл у нее вечный, а если к временному, земному, то и смысл такой жизни временный, т.е. наступает такой момент, когда смысл жизни исчезает, несмотря на то, что жизнь вроде бы продолжается.

От успешности решения вопроса о смысле жизни, и еще более от успешности осуществления истинного смысла жизни, зависит и успешность решения многих психологических и духовных проблем, с которыми сталкивается ВИЧ-инфицированный и его родственники, – и не только в какой-то ограниченный промежуток времени, но и на протяжении всей их жизни.

2. Вопрос о вере

Духовные проблемы в любом возрасте есть как у людей верующих, так и у неверующих. Только для неверующих многие духовные проблемы неочевидны, и потому не могут быть решены, а душевные проблемы, так называемые психологические, не все могут быть решены по причине их связи с духовными.

В решении проблемы нельзя человеку помогать частично, не доведя дела до конца или до какого-то момента, после которого человек сможет дальше справиться сам. Иначе последнее будет хуже первого. Так частично помогал известный литературный герой Дон Кихот. Тем, кого защищал Дон Кихот становилось еще хуже, когда защитник удалялся. А в случае с освобождением каторжников, (когда освобожденные побили камнями своего освободителя) причиной печальной развязки явилась непоследовательность героя: произнес красноречивую тираду в защиту свободы человеческой воли, он тут же пытается навязать освобожденным свою, отправив их на поклон к Дульсинее Тобосской.

В Евангелии от Матфея рассказывается, как из одного человека вышел бес (может по причине такого частичного исцеления), а потом не находя себе места решил вернуться обратно и, увидев дом, откуда вышел, незанятым, выметенным и убраным, взял с собою семь других

духов, злейших себя, вошел в человека, что оказалось худшим, чем было (Мф. 12:43-45).

Многие рекомендации современной психологии для больных и людей, имеющих различные проблемы, похожи как раз на этот случай. У человека депрессия, включили ему телевизор, депрессия вроде прошла, а то что через экран в больного человека (который во многом становится, как ребенок беззащитным) может войти не 7, а 77 духов – никого не волнует. Т.е. нельзя человека, больного телом и душой лечить только обезболивающими лекарствами, от этого он может стать наркоманом. Нельзя останавливаться на таком решении проблем. От решения психофизиологических проблем нужно переходить к решению духовных проблем. Иначе будет похоже на вспаханный, но ничем не засеянный огород. Можно даже порадоваться, какая красивая черная земля, как хорошо ее вспахали, может, даже сорняки убрали. Проблему с не-красивой землей решили, а зачем и что делать дальше – не знают.

Рассказывая человеку о том, что жизнь может не иметь смысла, необходимо не просто рассказать в чем смысл жизни, - необходимо показать этот смысл. Один человек рассказывал, что он долго искал Истину, размышлял о вечности, но окончательно утвердился в Православии после того, как встретился взглядом с пожилой женщиной, возвращавшейся с церковной службы. "Сколько простоты, скромности, благородства было в ее внешности, походке. А в глазах было столько доброты!" – вспоминал он.

Серьезный поиск смысла жизни никогда не минует вопроса о вере в Бога. Чем отличается человек верующий от неверующего? Не тем, что один лучше, а другой хуже. Отличие в том, что верующие видят свои недостатки и проблемы и борются с ними, т.к. у них есть точка отсчета, эталон и Помощник, они проверяют свою жизнь и сравнивают ее с жизнью Иисуса Христа, с Его заповедями. Неверующий может быть очень хорошим человеком, но, во-первых, это состояние неустойчивое, а во-вторых, не имея Истинного Идеала, он не может стать лучше, чем он есть.

3. ХРИСТИАНСКОЕ ОТНОШЕНИЕ К СМЕРТИ

Для христианина смерть – великое таинство. Она – рождение человека из земной, временной жизни в вечность.

В то же время – «что для человека всего ужаснее? – пишет святой праведный Иоанн Кронштадтский. – Смерть? Да смерть. Всякий из нас не может без ужаса представить, как ему придется умирать и последний вздох испускать». Истинно христианское отношение к смерти включает в себе элемент страха, неуверенности, именно тех эмоций, которые хочет упразднить наша современная безбожная цивилизация. Однако в христианском отношении к смерти нет ничего от низкого страха, который могут испытывать умирающие без надежды на вечную жизнь, и христианин с умиротворенной совестью приближается к смерти, по Божией милости, спокойно.

Митрополит Московский Макарий (Булгаков) говорит: «Смерть есть предел, которым ограничивается время подвигов для человека и начинается время воздаяния, так, что по смерти невозможно ни покаяние, ни исправление жизни. Эту истину выразил Христос Спаситель своею притчею о богатом и Лазаре, из которой видно, что тот и другой немедленно по смерти получили воздаяние, и богатый, как ни мучился во аде, не мог освободиться от своих страданий».

Однако по отношению к смерти иногда можно наблюдать бесстрашие у тех, кто не верит в Бога. Святитель Игнатий Брянчанинов объясняет это тем, что всякий человек, не сознавая того, чувствует бессмертие своей души и поэтому подсознательно не считает смерть реальностью. «Бесстрашие протестантов и неверующих перед лицом смерти – это прямое следствие неосведомленности о том, что их ожидает в будущей жизни и что можно сделать сейчас, чтобы подготовиться к ней. По этой причине истинные опыты или видения загробной жизни потрясают до глубины души и, если человек не вел ревностной христианской жизни, изменяют его жизнь до конца дней».

По маловерию некоторые из христиан бывают заражены взглядом на смерть безбожного мира, который считает смерть величайшим из бедствий и даже надеется, что некогда она, может быть, будет преодолена наукой.

Когда молятся в церкви о даровании нам «христианской кончины живота нашего» — молятся о даровании нам возможности подготовки к смерти, покаяния перед ней и причащении Святых Таинств перед смертью. Господь говорит: «В чем застану, в том и сужу». Здесь указывается на возможность того, что смерть застанет нас в такой момент, который будет решающим для нашей судьбы в вечности. Хорошо, если смерть застанет нас за добрым делом — в молитве, в состоянии покаяния и примирения со всеми людьми и т. д. Очевидно, что душу нашу постигнет тогда, по словам Господа, светлая участь.

Все святые и подвижники благочестия искали памяти о смерти и старались пользоваться всеми средствами, чтобы укрепить ее в себе. Память о смерти, как и все другие добродетели, есть Божий дар душе, и усвоение этой памяти есть великое приобретение для христианина. Священник Александр Ельчанинов пишет: «Многое облегчилось бы для нас в жизни, многое стало бы на свое место, если бы мы почаще представляли себе всю мимолетность нашей жизни, полную возможность для нас смерти хоть сегодня. Тогда сами собой ушли бы все мелкие горести и многие пустяки, нас занимающие, и большее место заняли бы вещи первостепенные».

Помня о возможности каждодневной внезапной смерти, нам легче будет в согласии с советом святых отцов, проводить каждый день, как последний день нашей жизни, в страхе перед Богом и в служении ближним. Обычно, человек гонит от себя мысль о физической смерти, и, в сущности, почти каждый день живет так, как будто бы ему одному из всех людей было даровано физическое бессмертие. На пути жизни духа человек должен, прежде всего, окончательно преодолеть эту иллюзию и уметь всегда смотреть правде в глаза и верить лишь в бессмертие души.

Но не только о близости своей смерти должны мы думать: мы должны предполагать, что и наши ближние и друзья могут быть взяты смертью сегодня же или что мы видимся с ними последний раз в жизни. Если мы это почувствуем сердцем, то мы всегда будем относиться к ним с любовью, лаской, нежностью, а когда надо — с терпением. Известно, как переживаются невнимательность и пренебрежительность к людям, которые затем внезапно ушли с земли. Такие случаи черствости сердца непоправимы и вспоминаются всегда с горьким сожалением. Поэтому в отношениях с людьми — безразлично — близкими или дальними — надо всегда думать, что мы говорим с ними в последний раз, служим им перед самой их смертью и, что следующая наша встреча будет уже перед Престолом Всевышнего Судьи. И, как важно, какова была у нас последняя встреча, под впечатлением которой наш ближний будет свидетельствовать о нашем к нему отношении.

К часу смертному святые и праведники готовились, как к самому важнейшему и решающему моменту жизни для человеческой души. И если человек чувствует, что в нем еще силен грех, что над ним еще имеет власть темная сила, он не может не бояться смерти. Но если сердце живет любовью ко Христу, то смерть должна уже не пугать, а манить к себе: душа христианина, как невеста, должна стремиться к встрече со своим Женихом-Христом. Она должна радоваться при надежде на скорое свидание и со своими любимыми покровителями из числа святых Торжествующей Церкви и возможности увидеть их славу. Об этом пишет преподобный Исаак Сирий: «Человек, пока в нерадении, боится часа смертного, а когда приблизится к Богу, боится встречи суда, когда же всецело подвинется к Богу вперед, тогда любовью поглощается тот и другой страх». Так достигается бесстрашие в отношении смерти тела.

Отношение христианина к приближению смерти является показателем его духовной зрелости. Как прискорбно бывает смотреть, когда умирающий христианин упорно не хочет примириться с сознанием приближающейся смерти — призывает одного доктора за другим, хвата-

ется за всевозможные лекарства и с отчаянием стремится лишь к тому, как бы продлить жизнь тела.

Бывают, однако, случаи, когда память смерти сопровождается такими чувствами, которые не полезны душе. Об этом так пишет игуменья Арсения: «Хорошо иметь память о смерти, но с разумом – когда она служит к отречению, к умилению, к сокрушению духа, к смирению. Если же она производит уныние, то и самая память смерти будет вести не ко спасению, а к гибели. Во время уныния полезнее иметь память милости Божией, Его благодати, Его дарований, благодеяний. Все хорошо в свое время, а не вовремя и самое хорошее может послужить во вред». Здесь, впрочем, говорится о редких исключениях.

Основным же случаем является необходимость для всякого христианина постоянной памяти о возможной близости смерти. Нужно знать, что этого не терпят наши враги – темные силы. Архиепископ Варлаам (Ряшенцев) говорит: «Памяти смертной враг боится больше всего, больше чем молитвы, и все свое лукавство употребляет на то, чтобы отвлечь человека от этой памяти, увлекая чем-либо земным».

4. Опасности неправильного отношения к смерти. Посмертные опыты

Каждому возрасту присущи свои страхи по отношению к смерти и соответствуют свои попытки по преодолению этих страхов.

В **детстве** каждый ребенок однажды нахмурится и спросит: «А я умру?» Каким бы ни был ответ родителей, он вскоре отвлечется и забудет об этом, ведь ничто не напоминает о неизбежном конце. Незрелая психика ребенка, незнакомого с христианством, может быть повреждена преждевременным знанием о прекращении земного существования.

Отсутствие перспективы жизни пагубно для детей. Ребенок обращен в будущее по своей изначальной природе. Но если это будущее его страшит, то отсутствие перспективы является для ребенка не просто трудностью, но сильно травмирует его сознание. Конечно, дети из неверующих семей верят в «живую воду», в псевдонаучные теории об открытии бессмертия или фантастические путешествия со сверхсветовой скоростью, благодаря которым можно остановить время и не умирать. Особенно детская душа жаждет вечности и бессмертия. И это следствие не недоразвитости ребенка, а чистоты его души, которая бессмертна.

В тех семьях, в которых ребенок болен неизлечимой болезнью, от которой умирают, или ему предстоит тяжелая операция, родители переосмысливают свою жизнь. Многие из родителей приходят к вере, крестятся, крестят своих детей, начинают вместе молиться, читать с ребенком Евангелие, жития святых. Те из людей, которые работают в больничных храмах, знают и много случаев чудесных исцелений детей, совершившихся по вере родителей с Божией помощью.

Страдание во время тяжелых болезней и ребенка делают взрослее. В этом состоянии он очень нуждается в нашем внимании, в нашей беседе с ним, особенно на темы Евангелия. Потому что Евангелие говорит нам о победе жизни над болезнями и смертью, говорит нам о Христе, о Том Кто является источником жизни, радости и счастья.

Беседовать с ребенком легче всего, потому что у ребенка еще нет каких-то предрассудков или ложных стереотипов, но беседовать с ним нужно абсолютно искренне и с максимальной любовью. Потому что дети очень хорошо чувствуют фальшь, а вот простить неискренность или даже раздражение, тем более холодность, им очень трудно, потому что у них у самих, в отличие от взрослых, этого всего еще нет. С ребенком проще, ему не нужно много объяснять. Если есть настоящая любовь, он просто будет брать с вас пример. Если ребенок не почувствует, что он нужен тому человеку, который пришел с ним поговорить о вере, что этот человек его любит, тогда все, что этот человек будет говорить, или делать, даже церковь, храм будут не нужны ему.

Какие же возникают страхи и проблемы с вопросом о смерти у **молодых людей**?

Прежде всего, пугает неизвестность. У людей, вышедших из детского возраста, страх не-

известности может быть более тяжелым, чем представление о смерти как уничтожении всего. В последнем ложном утверждении есть некоторая определенность, которая к тому же поддерживалась идеологией атеизма.

Возможен другой вид страха. Это тревога отделения, когда человек точно знает, что придется расстаться с этим миром, где все привычно и знакомо, с любящими людьми. И если с первым страхом – с неизвестностью, человек борется с помощью знания и науки, которая «доказала», что загробного мира нет, то со вторым страхом – с «точным знанием, что все мы умрем», человек, как это ни парадоксально, борется незнанием, то есть неведением. Абсолютная неизбежность смерти вызывает у человека сильнейшее чувство тревоги, настолько сильное, что он предпочитает об этом не думать, т.е. не хочет ничего знать.

Как можно ощущать себя, зная, что рано или поздно тебя не будет? Как жить, творить и действовать в мире, зная, что все закончится для тебя? Наука, культура, идеология не дают ответов. Человек остается со смертью один на один. Ничто не спасает его, даже «глубокомысленные» рассуждения, типа «когда ты есть – смерти нет, когда смерть наступила - тебя уже нет».

Итак, мир бежит от смерти. В этом беге молодежь впереди. Не случайно молодые люди недолюбливают пожилых. Родителям даются презрительные клички: предки, черепа. Кому охота общаться со стариками? Иногда проговариваются: «Хорошо бы вас всех изолировать». Откуда такая неприязнь? Не от страха ли стать похожими на них, не потому ли, что они напоминают о неминуемом?

Рассмотрим некоторые молодежные мифы, благодаря которым сформировалось неправильное отношение к смерти.

Культ хиппи. Здесь – безграничное принятие и абсолютная вседозволенность. Однако от подлинной духовной христианской любви идеология хиппи отличается отвержением любой ответственности. Насколько легко тебя приняли, столь же легко от тебя отвернутся. Даже твоя смерть пройдет незамеченной – ведь никто не плачет об увядшем растении.

В романтическом ореоле предстает образ рокера-байкера. Это воин на ревущем мощном мотоцикле. Мифологически он рыцарь. Он утрированно мужественен и верен закону стаи «ночных волков». Страх смерти здесь презирается, о разбившихся лихих наездниках слагаются легенды. Смерть здесь привлекательна и романтична, а жизнь имеет смысл лишь тогда, когда ты подчиняешься неписанным законам чести. Твоя личность значима лишь настолько, насколько ты соответствуешь несложному кодексу поведения: выглядишь круто, едешь быстро. До глубины твоих переживаний никому нет дела.

Панк-культура. Опьяняющий нигилизм, абсолютное непризнание любых ценностей, развенчание кумиров. К смерти здесь отношение соответствующее: «мол, туда и дорога, все равно нет будущего».

Различные элитарные движения. Страх смерти здесь блокируется разработанной системой «приличного» поведения. Отношение равнодушное – лишь бы смерть была «красивой».

Следующий молодежный миф, отзвуки которого присутствуют во всех субкультурах – «хорошо умереть молодым». Это может быть не только самоубийство, но и медленное уничтожение себя наркотиками.

Когда человек достигает зрелого возраста, он обычно отходит от юношеских увлечений, оставляет романтизм и теперь он попадает в сети функционального мира. Он озабочен тем, чтобы поудобнее устроиться в этих сетях. У него нет времени остаться наедине с собой, его преследует призрак незавершенного дела, упущенной возможности. Все это может оказаться дополнительным грузом у человека, умирающего в этом возрасте.

Мы видим, что для многих жизнь становится бегством от смерти. Так человек бежит от самого себя, от подлинной близости с другими, от правильных взаимоотношений с Богом. Это бег через овраги соблазнов, через барьеры карьеры, через кустарники страстей. Но от себя не убежишь. Критерий правильного устройства души или, что одно и то же, духовной зрелости

– осознанное принятие факта собственной конечности.

Необходимо понять, в чем **смысл смерти**, чтобы ее принять осознанно.

– Во-первых, она смиряет человека. Чувство смертности подчеркивает бессилие человека спасти самого себя; ведь тот, кто призван к жизни как свободный творец, может опьяниться успехами, почувствовать себя неуязвимым победителем, дойти до «безумной гордости».

– Во-вторых, сознание смерти облагораживает жизнь, не позволяет человеку потерять себя в суете. В Вавилонском талмуде описан диалог Александра Македонского с древними иудейскими мудрецами. Завоеватель спросил: Что должен делать человек для того, чтобы жить? – Он должен умертвить себя, – ответили старцы. – Как человеку умертвить себя, – продолжал Александр. – Он должен по-настоящему жить, – загадочно отвечали мудрецы.

– В-третьих, смерть объединяет нас. Столкнувшись со смертью человека, мы осознаем свою причастность человечеству. В Ветхом Завете о смерти говорится: приложися к народу своему (Быт. 25:8,17). Мы прощаем умершего, как бы ни были обижены на него, – «о мертвых либо хорошо, либо ничего», – и нередко начинаем выше ценить близких, оставшихся с нами. «Любовь к отеческим гробам» является добродетелью. Первый проблеск религиозного сознания – благоговение – часто просыпается на кладбищах.

Все в человеке противится сознанию конца. Это мудро устроенное тело, это творчество, вкладываемое в жизнь, эта любовь, которую мы отдаем и получаем, – разве можно представить себе, что это исчезнет бесследно? Мы всегда испытываем боязливо почтительное отношение к телу умершего человека. Мы бережно храним память об ушедших, дорожим их изображениями, видим их во сне.

Благодаря прогрессу **техники реанимации** (оживления) число людей, переживших состояние клинической смерти, непрерывно возрастает.

Были предприняты попытки проведения систематического опроса умиравших об опыте, пережитом ими на грани жизни и смерти. Результат был поразительным. Рассказы людей, переживших посмертный опыт, содержат много общего. Они говорили о выходе из тела, о встрече с умершими близкими, о присутствии некоего «света» и т. п. Достоверность этого открытия теперь общепризнанна.

Возникает вопрос, можно ли для поддержания и укрепления умирающих широко использовать эти современные наблюдения психологов?

Интересно, что ответ на этот вопрос мы можем найти в предании Древней Церкви. Оказывается, христианская древность имела подобные свидетельства о переживании посмертного опыта. Киево-Печерский Патерик, например, рассказывает нам о преподобном Афанасии Печерском (память 2 декабря), который на третий день восстал из гроба. Сколько ни просили преподобного Афанасия открыть что-нибудь о жизни за гробом, он ничего не рассказывал, а только заметил: «Если я скажу вам, вы не поверите мне и не послушаете меня... Кайтесь всякий час и молитесь Господу... Дальше же не спрашивайте меня, но, молю вас, простите». Сказав это, он затворился в пещере, где провел еще двенадцать лет.

Это свидетельство преподобного еще раз говорит нам о том, что посмертный опыт уникален. В основном он помогает изменить жизнь и свое отношение к смерти – пережившим этот опыт и тем исследователям, которые очень близко соприкасались с этими людьми.

После ознакомления с современными книгами о потусторонней жизни после смерти у читателя создается впечатление, что смерть совершенно не страшна, что человека, перешедшего в «тот» мир, автоматически ожидают приятные ощущения умиротворенности, радости и пребывания во вселюбящем и всепрощающем Свете; что поэтому нет различия между праведными и грешными, верующими и неверующими. Это обстоятельство заставило некоторых христианских мыслителей насторожиться и отнестись с недоверием к такого рода литературе. Стали спрашивать: «Не являются ли эти видения света хитрым дьявольским обольщением, направленным на усыпление бдительности христиан? – Живи, как хочешь, все равно попадешь

в рай».

В этих рассказах есть некоторая опасность. Главная проблема состоит не в самих присмертных видениях, а в их интерпретации врачами и психиатрами, далекими от христианства.

Действительно, далеко не все временно умершие удостоиваются видеть Свет. Есть основания предполагать, что многие люди иногда сознательно, а иногда несознательно умалчивают о своих неприятных посмертных видениях. В рассказах самоубийц как раз нет ничего светлого в посмертных видениях.

Вот несколько современных рассказов, иллюстрирующих потустороннее состояние самоубийц. Один мужчина, горячо любивший свою жену, покончил с собой, когда она умерла. Он надеялся так соединиться с ней навсегда. Однако оказалось совсем иначе. Когда врачу удалось его реанимировать, он рассказал: «Я попал совсем не туда, где находилась она... То было какое-то ужасное место... И я сразу понял, что сделал огромную ошибку» (1, стр. 143).

Некоторые возвращенные к жизни самоубийцы описывали, что после смерти они попали в какую-то темницу и чувствовали, что здесь они останутся на очень долгий срок. Они сознавали, что это им наказание за нарушение установленного закона, согласно которому каждому человеку надлежит претерпеть определенную долю скорбей. Самовольно свергнув с себя возложенное на них бремя, они должны в потустороннем мире нести еще большее.

За последнюю четверть столетия документировано множество рассказов людей, переживших клиническую смерть. Значительный процент этих рассказов включает описание того, что люди видели поблизости от места своей кончины. В большинстве случаев души этих людей еще не успели побывать в раю или в аду, хотя иногда созерцали эти состояния.

Как более древние рассказы в религиозной литературе, так и современные исследования врачей-реаниматоров подтверждают учение Священного Писания о том, что после смерти тела какая-то часть человека (назовите ее, как хотите – «личность», «сознание», «Я», «душа») продолжает существовать, хотя и в совершенно новых условиях. Это существование не пассивное, потому что личность продолжает мыслить, чувствовать, желать и т. д., – подобно тому, как она это делала во время своей земной жизни. Понимание этой изначальной истины исключительно важно, чтобы правильно строить свою жизнь.

Однако далеко не все заключения врачей-реаниматоров следует принимать за чистую монету. Иногда они высказывают мнения, основанные на неполных, а иногда и на неправильных сведениях. Христианину надо все, относящееся к духовному миру, обязательно проверять учением Священного Писания, чтобы не запутаться в сетях философских построений и личных мнений авторов книг, которые пишут на эту тему.

Главная ценность современных изысканий в вопросах жизни после смерти состоит в том, что они независимым и научным путем подтверждают истину бытия души и загробной жизни. Кроме того, они могут помочь верующему человеку лучше понять и подготовиться к тому, что он увидит непосредственно после своей смерти.

Наряду с христианским учением о спасении человека во Христе, существует **ложное учение о перевоплощении**, которое не требует от человека особого подвига жизни и изобретено людьми для некоторого самоуспокоения.

Это учение привлекает к себе приверженцев тем, что, с одной стороны, оно обещает своего рода «бессмертие» души (в его примитивном языческом виде), а с другой стороны, отрицая верховного Судью над людьми и наказание в аду, оно освобождает грешника от чувства ответственности и страха за свои неблагоприятные поступки. Логичный вывод из этого учения тот, что если человек и нагрешит в этой жизни, то в следующем своем перевоплощении он сможет поправить дело. После неограниченного цикла перевоплощений каждый человек в конце концов достигнет того же конца, что и остальные люди: слияния с абсолютным. Разница лишь в количестве циклов.

Кроме того, учение о перевоплощении дает возможность объяснить и оправдать любые

страсти и даже преступления человека. Например, если содомит чувствует влечение к другим мужчинам, то это, очевидно, потому, что в одной из своих «прежних жизней» он был женщиной. Если жена изменяет своему мужу, то это, вероятно, потому, что ее любовник был ее супругом в какой-то другой жизни. И так далее.

Помимо того, что это учение есть сплошной ничем не доказуемый вымысел, оно при некоторой кажущейся привлекательности в действительности ужасно мрачно. Во-первых, что собственно перевоплощается после смерти человека? Очевидно, это не та душа, которую мы отождествляем с нашим «Я». Ведь наше «Я» сознает себя единым и непрерывным существом на протяжении всей жизни. Наше «Я» познает, набирается опыта, развивает свои таланты. А тут получается, что весь этот духовный багаж, приобретенный с большим трудом, во время смерти стирается, и человек в своем новом теле должен начинать учиться с нуля: в момент нового воплощения его сознание – белый лист бумаги. Если человек страдает за плохую карму, собранную в прежней жизни, то он никогда не сможет понять, за что именно он наказывается. Ведь он ничего не помнит. Получается, что он несет наказание за дела, совершенные им в состоянии невменяемости, что несправедливо и недопустимо.

Кроме того, если все люди раньше или позже достигнут той же цели, то зачем трудиться или стараться развивать свои добрые качества, делать добро? Да и что это за награда раствориться в нирване, где нет ни мысли, ни чувств, ни воли? К тому же и современные рассказы о жизни после смерти в корне ниспровергают оккультное учение о перевоплощении.

Действительно, во всех случаях, записанных врачами-реаниматорами, душа после смерти продолжала сознавать себя единой с той, которая жила в теле до смерти. Если она хотела вернуться в прежний мир, то лишь для того, чтобы довершить свою незаконченную миссию. Встречаясь с душами умерших родственников, душа временно умершего узнавала в них живые личности, и они в свою очередь узнавали ее. Во всех случаях души умерших сохраняли свое сформировавшееся «Я».

Таким образом, отрицая сохранение личности, учение о перевоплощении отрицает бессмертие вообще и делает человека игрушкой слепых космических процессов. Оно настолько же ложно, насколько пессимистично.

Заключение

Последнее, о чем я бы хотел сказать – это о цели наших действий.

Цель всякого служения в Церкви, как вы знаете, цель всякой добродетели – это стяжание дара Духа Святаго. Очень бы хотелось, чтобы мы внутренний характер этой жизни не забывали. Потому что можно увлечься социальной деятельностью, заниматься многочисленными делами и забывать о самом главном, о том, что главное для нас в этом деле – это стяжание дара Духа Святаго. Важно, чтобы эта работа делала бы нас с вами лучше, учила любви. Эта деятельность должна быть так организована, чтобы она была деятельностью благодатной, помогала нам обрести большую веру, покрыть множество наших грехов и стяжать дар Духа Святаго.

«Разумно помогает больному тот, кто занимается этим для того, чтобы смягчить свое сердце», – говорит авва Дорофей.

Не для наград, не для выгоды, не для денег и не для славы, не для того, чтобы устроить на земле рай – вы сами знаете, что как бы мы ни старались, мы всякую слезу не сможем стереть с лица тех, кто плачет на земле, но стяжать этот дар и сделать свое сердце другим и помочь тем людям, которые нас окружают, нашим ближним – конечно, это наша прямая задача. И чем больше будет в нас этой любви, чем больше будет благодати, тем лучше будет это дело организовываться, не только нашими усилиями, но и действием Духа Святаго, Господа, который Сам будет направлять эту деятельность, Сам будет ее устраивать – это самое главное, о чем мы с вами ни в коем случае не должны забывать.

Хорошая смерть: помощь умирающему

Рисунок 1. Составляющие качества жизни



Таблица 1. Динамика состояния в терминальной стадии болезни

6 месяцев	Как правило, пациент самостоятельно передвигается, сознание ясное, возможны побочные эффекты лечения и лекарственных средств, первые проявления реакции горя, гнева, отрицания.
5 месяцев	Небольшая потеря веса, слабость, проявляются симптомы, признаки стресса, нарастает осознание приближающейся смерти, страх, депрессия.
4 месяца	Потеря веса, снижение аппетита, нарушение физического состояния и симптомы выражены сильнее. Работа горя, планирование, решение старых проблем.
3 месяца	Явное ухудшение физического состояния, симптоматика и боль нарастают, пациент постепенно уходит в себя, смиряется с близкой смертью.
2 месяца	Дальнейшее ухудшение состояния, симптомы нарастают, на первый план выходит лечение боли, возможна потеря подвижности, пациент все больше замыкается, спешит решить все вопросы и завершить дела.
Последний месяц	Последняя стадия – выраженная самоизоляция, требуется полный уход, интенсивное симптоматическое лечение и обезболивание, аппетит отсутствует.

По: National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO). (1996). Time line phases of terminal care. Alexandria, VA: Author.
Печатается с разрешения.

**Таблица 2. Клиническая картина приближающейся смерти
и помощь умирающему**

Симптомы, примечания	Причины	Помощь
<p>Спутанность сознания, дезориентация и деменция. Этим симптомам многие больные боятся больше всего. Они нередко обусловлены лихорадкой, теми или иными физиологическими изменениями, побочным действием лекарственных средств и зачастую поддаются лечению</p>	<p>Прогрессирование болезни Наркотические анальгетики Боль Задержка мочи Запор Побочное действие лекарственных средств (симптомы часто обратимы) Гипоксия Метаболические нарушения, ацидоз Накопление токсических веществ в результате нарушения функции печени или почек Основное заболевание (симптомы необратимы)</p>	<p>Дифференциальный диагноз: предчувствие близкой смерти, расстройства сознания, дезориентация, делирий. Выявить причину и лечить соответственно. Принять меры безопасности, в том числе установить круглосуточное наблюдение. При необходимости сообщить что-либо пациенту, говорить четко и только правду. Не выказывать снисхождения. Если больной находится дома, найти возможность дать отдых ухаживающему за ним человеку, поскольку его усталость растет вместе с ростом потребностей больного. Привлечь профессиональных сиделок или добровольцев.</p>
<p>По мере приближения смерти слабость и утомляемость нарастают. Нарастающая слабость может спровоцировать упреждающую реакцию горя в связи с утратой самостоятельности или некоторых функций, а также привести к тому, что больной осознает, что его слабость связана с прогрессированием болезни. Уход за пациентом на дому усложняется, и его близкие и люди, которые за ним ухаживают, устают больше.</p>	<p>Прогрессирование болезни</p>	<p>Активнее помогать больному ухаживать за собой (мыться, причесываться, питаться, передвигаться), привлекая медсестер, сиделок, добровольцев, родных. По необходимости предоставлять вспомогательные средства: стул для душевой, больничную кровать, инвалидное кресло, ходунки. Если кровать трансформируется, увеличить объем пассивных движений, поворачивать больного, менять его положение; подкладывать подушки и подголовники, проводить профилактику пролежней, при необходимости использовать надувной матрас, для улучшения кровообращения и снятия отеков круговыми движениями массировать кожу над костными выступами. При уходе на дому рассказать о потребностях пациента его близким и обучить их приемам помощи. По необходимости предоставлять ухаживающим лицам возможность отдыха. При упреждающей реакции горя по необходимости привлекать социальных работников, служителей церкви. Активизировать поддержку и помощь, обращаясь в хоспис, к родственникам, друзьям. Если пациент спрашивает, не связана ли его слабость с прогрессированием болезни, отвечать прямо и честно.</p>

Симптомы, примечания	Причины	Помощь
Изменение характера и силы боли. Иногда родственники, медсестры и другие лица, ухаживающие за больным, опасаются, что очередная доза анальгетика станет «последней каплей» и спровоцирует или приблизит смерть	Прогрессирование болезни	Чаще оценивать боль. Корректировать медикаментозную терапию и дозы лекарственных средств согласно правилам лечения боли. При соблюдении правил лечения боли смерть наступает не от анальгетиков, а от болезни. Важно прислушиваться к тревогам родственников и ухаживающих лиц, обучать их правилам лечения боли и разъяснять разницу между смертью в страданиях и в покое.
Возможен переход от продолжительного сна к снижению сознания и коме	Прогрессирование болезни	Иногда больной, утративший прочие виды восприятия, сохраняет способность слышать. Входя в комнату, где лежит больной в коме, надо говорить ему, кто вы, что вы делаете и беседовать с ним на протяжении выполняемых действий и процедур. Рассказать родственникам больного о признаках прогрессирования болезни и необходимости разговаривать с больным в коме – слова могут вызывать ответную реакцию. Позволить общаться с больным, создавая спокойную, тихую обстановку, включая приятную музыку, находясь рядом с ним, легко касаясь его, уверяя его, что он не один. Помочь родным больного высказать то, что им нужно высказать. Выявлять и изучать духовные потребности. Возрастает риск синдрома отмены, поэтому, когда больной впадает в кому, введение анальгетиков нельзя резко прекращать. Оценивать боль и соблюдать правила лечения боли.

По: The Hospice of the Florida Suncoast, 1999. Печатается с разрешения.

Таблица 3. Психические, социальные и духовные изменения перед смертью и помощь умирающему

Изменения	Причины	Помощь
Страх умирания. Страх умирания зачастую сильнее страха смерти	Причины страха у каждого больного свои Страх неизвестности: какой будет смерть, что будет происходить перед смертью. Страх мучений: удушья, боли, утраты ясности мышления и способности к принятию решений, потери контроля над собой, невозможности выполнить религиозные обряды, исповедаться. Страх осуждения и обвинения, связанный с чувством вины, и, как следствие, страх боли и страданий во время смерти (Doka & Morgan, 1993).	*Выявит страх и его причины, в том числе физические, психические и духовные. *Рассказать больному и его родным о психических, социальных и духовных изменениях перед смертью. *Узнать у больного или его родных, какая смерть представляется им хорошей. *Подчеркнуть естественность чувств. *Заверить, что пациент будет обеспечен всеми возможными удобствами. *Обозначить свое присутствие и при необходимости быть рядом.

Изменения	Причины	Помощь
<p>Страх оказаться покинутым. Большинство людей не хочет умирать в одиночестве.</p> <p>Возможные проявления: беспокойство, тревожность, непрестанные вызовы постовой медсестры.</p> <p>Уважая желание больного не оставаться в одиночестве, можно разрешить его близким постоянно находиться у его постели.</p>	<p>Страх одиночества.</p> <p>Человек боится, что за ним никому будет ухаживать, когда сам он этого делать не сможет.</p>	<p>*Заверить больного, что будет сделано все возможное, чтобы рядом с ним всегда кто-то был.</p> <p>*Быть рядом.</p> <p>*Постараться обеспечить круглосуточное дежурство у постели больного: медработники (медсестры, социальные работники, сиделки), родственники, друзья, добровольцы, представители церкви и др..</p> <p>*Советовать дежурящему у постели больного родственнику чаще отдыхать, предлагать подменить его.</p> <p>*Некоторые люди не могут заняться собой без разрешения медсестры.</p>
<p>Страх неизведанного</p>	<p>Страх перед тем, что будет после смерти.</p> <p>Больной боится попасть в ад или что загробная жизнь окажется не такой, как он ожидал</p>	<p>*Выявить и изучить страх.</p> <p>*Быть рядом.</p> <p>*Дать возможность обсудить жизнь, загробную жизнь, вопросы веры с представителем церкви или духовником.</p> <p>*Поддерживать культурные и религиозные убеждения.</p>
<p>Предчувствие близкой смерти.</p> <p>Больной утверждает, что говорил с кем-то из мертвых или видел нечто невидимое родным или медсестре. Иногда видит ангелов, святых, яркий свет, иной мир.</p> <p>Возможны не свойственные больному заявления, жесты, просьбы.</p> <p>Иногда больной сообщает членам семьи или другим близким людям точное время своей смерти. (Callanan & Kelley, 1992)</p>	<p>Попытки умирающего описать, что он чувствует, как умирает, свою смерть.</p> <p>Уход из жизни.</p> <p>Умиравший пытается дать понять, что ему важно сделать перед смертью, например, получить разрешение умереть от родных, помириться с кем-то, увидеть кого-то, узнать, что без него с его близкими все будет хорошо.</p>	<p>*Не противоречить, не спорить, не разубеждать, не принижать и не шутить над словами больного.</p> <p>*Внимательно и чутко слушать пациента, подтверждать его слова и стараться понять, не пытается ли он завершить какие-либо дела или высказать просьбу.</p> <p>*Посоветовать членам семьи и близким людям попрощаться с больным, отпустить его, как он хочет.</p> <p>*Поддерживать родных и ухаживающих лиц.</p> <p>*Рассказать родным больного и ухаживающим лицам о разнице между предчувствием смерти и спутанностью сознания.</p>
<p>Возможен отказ от общения с родными, друзьями, медсестрами и медработниками</p>	<p>Уход из жизни, расставание с жизнью.</p>	<p>Объяснить родным, что отказ от общения перед смертью естественен. Быть рядом, легко касаться. Иногда надо сказать родным больного, что им следует отпустить его. Иногда родным надо посоветовать проститься.</p>

По: The Hospice of the Florida Suncoast, 1999. Печатается с разрешения.

Другие источники:

Callanan, M., & Kelley, P. (1997). Final gifts: Understanding the special awareness, needs & communication of the dying. New York, NY: Bantam Books.

Doka, K., & Morgan, J. (1993). Death and spirituality. Amityville, NY: Baywood Publishing Co.

Предчувствие близкой смерти (образец памятки для пациентов и их родственников)

Предчувствие близкой смерти – это особый род общения умирающего. Обычно оно возникает, когда смерть действительно близка. Как правило, больной, испытавший предчувствие близкой смерти, становится спокойнее, чем раньше. Предчувствие близкой смерти испытывают не все умирающие.

Признаки предчувствия близкой смерти

Ниже перечислены внешние проявления, которые могут наблюдаться, когда человек испытывает предчувствие близкой смерти.

- Больной в смятении, дезориентирован.
- Утверждает, будто говорил с кем-то, кто уже умер.
- Описывает видимые ему картины, которых другие не видят.
- Описывает ангелов, святых, яркий свет.
- Разговаривает вслух с умершими людьми (матерью, отцом, близким другом).
- Делает не свойственные ему заявления, странные жесты, просит о чем-то необычном.
- Описывает картины тихого и прекрасного загробного мира.
- Сообщает точное время своей смерти.
- Жестикულიрует, будто держит что-то невидимое, тянется к чему-то, машет кому-то.

Все это не означает, что у больного спутано сознание, возникли галлюцинации или проявляется побочное действие лекарственных средств. Считается, что в этот момент человек начинает уходить из жизни. Иногда наблюдаемые проявления – это попытка умирающего описать свою смерть или сообщить, что ему необходимо сделать нечто перед смертью.

Сообщения умирающего могут символизировать его просьбу отпустить его, разрешить ему умереть или некое его желание. Возможно, он хочет уладить давний спор, увидеть друга или услышать, что без него с вами все будет хорошо. Слова умирающего часто имеют для него глубокий смысл и в них кроется связь между его жизнью и смертью. Так, человек, который много путешествовал, может сказать: «Пора собирать чемоданы» или «Мне пора на самолет». Человек, связанный с морем, может заговорить об отливе, а сельский житель – об ожидающей его лошади.

Что делать?

- Не противоречьте, не разубеждайте, не умаляйте значения слов и не спорьте. Это переживание может быть очень полезным и умиротворяющим для больного.
- Будьте рядом. Просто сядьте у постели больного и будьте готовы говорить с ним.
- Слушайте внимательно и чутко, подтверждайте реальность переживаний.
- Осторожно расспрашивайте больного о том, что он видит или делает. Например: «Что ты увидел?», «Что ты видишь?», «Что ты чувствуешь?»
- Дайте больному возможность поделиться с вами тем, что он испытал.
- Обсудите увиденное и услышанное с сотрудниками хосписа. Самый близкий больному человек может лучше других понять, о чем он говорил.

Человек, который испытал предчувствие близкой смерти и рассказал, что смерть не страшна, что она несет мир, помогает другим больше узнать о смерти. Возможно, это его прощальный дар вам. Если же вас что-то тревожит или вы захотите о чем-то спросить, позвоните в хоспис в любое время. Сотрудники помогут вам найти силы в себе, получить поддержку и легче пережить тяжелые времена. Вы не одиноки.

Подробнее о предчувствии близкой смерти написано в книге Мэгги Калланан (Maggie Callanan) и Патрисии Келли (Patricia Kelley) «Прощальные дары» («Final Gifts»).

Источник:

Lo, K. (1996). Care at the time of death. Largo, FL: The Hospice Institute of the Florida Suncoast. Печатается с разрешения.

Помощь перед неизбежной смертью

Рекомендация. Распознавать и сообщать признаки приближающейся смерти и предоставлять пациенту и его семье помощь, соответствующую данной стадии болезни.

Описание.

- По возможности, следует понять, что для больного и его близких наступает последний этап – приближение смерти больного. Это следует отметить в медицинских документах и должным образом сообщить больному, его родственникам и персоналу.
- Тревоги и надежды, страхи и ожидания необходимо обсуждать и разрешать открыто и честно, соблюдая социальные и культурные традиции и согласуясь с возрастом и уровнем образования собеседников.
- Симптомы, наблюдающиеся в последние дни жизни, следует оценивать с необходимой частотой и лечить согласно пожеланиям больного и его родственников.
- План ведения на этой стадии следует пересматривать, чтобы он соответствовал индивидуальным потребностям больного и его семьи. Если перед смертью требуется более интенсивная и неотложная помощь, ее необходимо предоставлять, регистрируя проведенные мероприятия в медицинских документах.
- Пожелания больного и членов его семьи в отношении условий смерти следует внести в медицинские документы. Сотрудники бригады паллиативной помощи должны переоценить и по возможности устранить все препятствия к исполнению этих пожеланий.
- При ухудшении состояния больного, не получающего хосписной помощи, следует предложить (или повторно предложить) перевод в хоспис.
- Членам семьи больного необходимо рассказывать о признаках приближающейся смерти, учитывая их возраст, образование и культурные особенности.

Источник:

Учебный курс ELNEC «Хорошая смерть: Помощь умирающему. Учебные материалы»

© ALCNQCON, 2000, февраль 2006 г.

www.nationalconsensusproject.org, по состоянию на 9 января 2006 г.

Профилактика синдрома сгорания

Marianne Matzo, PhD, APRN, FAAN

СТРАХ СМЕРТИ, МНОЖЕСТВЕННЫЕ УТРАТЫ И РЕАКЦИЯ ГОРЯ У МЕДРАБОТНИКОВ

(Fallowfield, 2004; Vachon, 2006)

А. Страх смерти

1. В большинстве медицинских учреждений медработникам приходится сталкиваться с угрожающими жизни заболеваниями и смертью больных. Больные умирают в хосписах, больницах (в том числе отделениях интенсивной терапии и приемных покоях), в домах для престарелых, тюрьмах, интернатах и других медико-социальных учреждениях.

2. При работе с умирающими у медработника могут появиться мысли о своих собственных утратах, конечности жизни и страх собственной смерти.

3. Иногда у медработников появляется страх не совладать со своими эмоциями, в то время как на работе они «должны держать себя в руках».

4. Страх смерти возникает, когда у работника появляются тревожные мысли об умирании и смерти, но справиться с ними и выразить свои чувства он не может, так как не получает должной поддержки и не имеет подходящих для этого условий.

В. Психологическая защита

1. Испытывая страх смерти, работник в качестве психологической защиты может отчуждаться от больных, при этом он может ограничивать свою работу только физическим уходом, избегать эмоционально насыщенных разговоров с больными и их родственниками, разговаривать с больными только по необходимости, когда они об этом просят, и говорить только на удобные для себя темы.

2. Такое поведение приводит к тому, что работник не вступает в эмоциональный контакт с больным и его близкими, отдаляется от них и избегает общения, в то время как на пороге смерти его пациенты особенно нуждаются в тесном человеческом общении и участии.

3. Для того, чтобы в работе с больными и их близкими проявлять участие и отзывчивость, понимание и уважение, и чтобы правильно строить общение с ними, работник должен разобраться со своими собственными чувствами, представлениями и переживаниями, связанными со смертью.

С. Личное отношение к смерти (Vachon, 2006)

1. Отношение человека к смерти зависит от личностных, культурных и социальных особенностей, вероисповедания, жизненного опыта и собственных переживаний, связанных со смертью.

2. Чтобы адаптироваться к уходу за умирающими, работнику может потребоваться проанализировать свой опыт, разобраться в себе и выразить свои чувства, связанные со смертью.

3. Отношение к собственной смерти

a. Отношение к собственной смерти может строиться по пути уклонения, отрицания, отмежевания, фантазирования, отождествления или принятия.

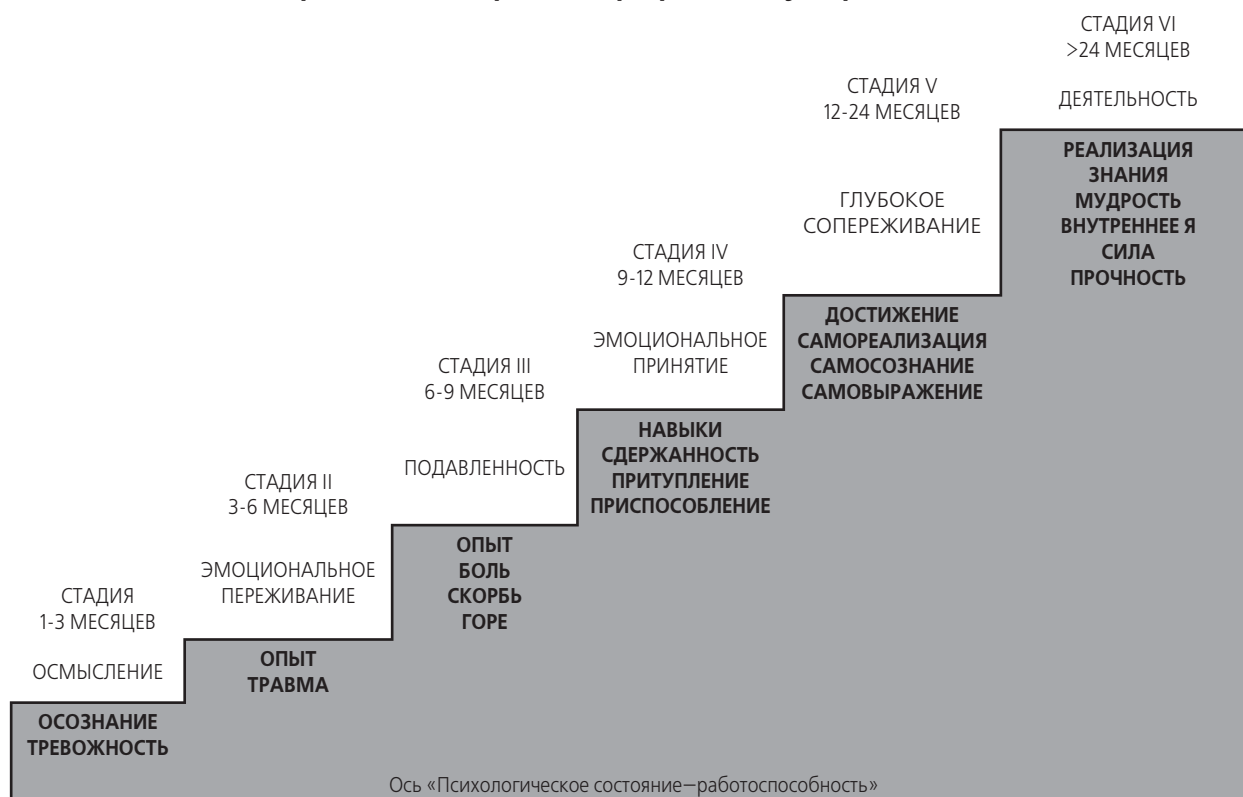
b. «Духовная биография определяет тот путь, по которому мы приходим к последнему соглашению со смертью» (Kastenbaum, 2000b, p. 222).

4. В понимании и принятии смерти помогают психологические занятия и тренинги по личному осмыслению смерти, обсуждение с друзьями, коллегами и духовными наставниками различных систем взглядов на смерть и жизнь после смерти, а также самопознание и размышления.

D. Множественные утраты

(Vachon, 2006)

Таблица 1. Преодоление тревоги при работе с умирающими больными



Печатается с разрешения: Harper, B. C. (1994). Death: The coping mechanism of the health professional. Greenville, SC: Southeastern University Press.

1. Множественные утраты приходится испытывать людям, работающим с умирающими больными и их близкими; многим работникам приходится сталкиваться со смертью пациентов постоянно. Чувство горя перед смертью больного и после нее – предсказуемая и нормальная реакция ухаживающего за ним медработника.

2. Утрата – это не только боль. Когда медработник часто сталкивается со смертью, иногда он не успевает справиться с горем после смерти одного пациента, как умирает другой.

3. В раскрытии и выражении чувств, связанных с утратой и горем, помогают специальные тренинги по психологическому преодолению множественных утрат.

Е. Стадии адаптации медработника

(Harper, 1994; Vachon, 2006)

1. Начиная работать с умирающими больными, медработникам приходится адаптироваться к такой работе эмоционально и духовно.

2. Адаптация к работе с умирающими больными проходит шесть стадий (см. табл. 1):

- Осмысление
- Эмоциональное переживание
- Подавленность
- Эмоциональное принятие
- Глубокое сопереживание
- Деятельность.

3. При переходе через эти стадии медработнику нужна помощь в преодолении страха умирания и смерти, достижении личного и профессионального роста и адаптации к

успешной помощи умирающим и их близким.

Ф. Факторы, влияющие на профессиональную адаптацию (Vachon, 2006)

1. Профессиональная подготовка
 - a. В прошлом медработникам часто говорили о необходимости сдерживать эмоции и держать «эмоциональную дистанцию» с больными и их близкими. Однако на пороге смерти больные нуждаются в человеческом участии и сопереживании.
 - b. Говоря о своих чувствах и выражая свои эмоции, работнику легче перенести горе и утрату и легче оказывать должную помощь умирающему.
2. Собственные переживания, связанные со смертью
 - a. Пережитая смерть близких или пациентов, а также, возможно, неразрешившаяся реакция утраты, может влиять на способности медработника справляться с уходом за умирающими и общаться с их близкими.
 - b. Рабочее окружение влияет на реакцию на смерть. Люди, которые работают в домах престарелых, могут бояться старости, так как нередко видят пренебрежение стариками и отсутствие к ним должного уважения.
3. Перемены в жизни
 - a. У работника могут произойти такие перемены в жизни, как смерть близкого человека, расставание с близкими, необходимость ухода за престарелыми родителями, начало самостоятельной жизни детей, развод, болезнь.
 - b. Эти перемены могут означать утрату, провоцировать реакцию горя и делать работу с умирающими и их близкими особенно трудной.
4. Поддержка
 - a. Наличие или отсутствие поддержки может влиять на способность перехода от одной стадии адаптации к другой.
 - b. Эмоциональная поддержка коллег, близких и наставников значительно помогает адаптироваться и справляться с уходом за умирающими.

Г. Поддержка для медработника. (Vachon, 2006)

1. Психологическое равновесие
 - a. Психологическое равновесие – это способность к состраданию и качественному уходу за умирающим и его близкими и получению удовлетворения от своей работы.
 - b. Цель психологической поддержки – скомпенсировать последствия связанной со смертью тревоги и множественных потерь с помощью поддержки, оказываемой медработнику в осознании и выражении чувств, связанных со страхом, утратой и горем, и в адаптации к работе с умирающим и его родственниками.
2. Оценка поддержки
 - a. Помогают ли условия работы адаптации медработника к уходу за умирающими и его близкими, а также его профессиональному росту, или, наоборот, мешают?
 - b. Созданы ли условия для поддержки работника, чтобы он мог свободно высказать свой страх смерти, выразить свои эмоции, разделить горе и утрату?
3. Организованная поддержка может включать:
 - a. Заранее запланированные собрания, на которых работники могут свободно говорить о наблевшем.
 - b. Клинические разборы для анализа опыта, которые помогают снять тревогу, так как новички могут соотнести свои эмоции с происшедшим, осознать и выразить свои чувства, связанные с умиранием и смертью.
 - c. Церемонии и программы для признания и выражения скорби, например плановые службы в память всех умерших больных.
4. Неформальная поддержка. Неформальное общение «один на один» с коллегами, инструктором, духовным наставником и врачом для обмена опытом.

5. Поддержка со стороны наставника. Помощь наставника, руководителя или инструктора во время ухода за умирающим, в дни встреч с родственниками больного и смерти больного помогает значительно сократить тревожность и приносит неоценимую пользу медработнику. Сознавая, что ты не один, работник чувствует себя увереннее.

6. Духовная поддержка. Работники пастырского попечения и духовные наставники помогают медсестрам в духовном осмыслении, поиске и развитии.

7. Обучение помощи умирающим. Знания и навыки помощи умирающим обеспечивают компетентность и уверенность в своих силах, которые снижают тревожность при уходе за умирающими и общении с их родственниками.

8. Самоподдержка. Медработник также несет личную и служебную ответственность за самостоятельные меры по преодолению страха смерти, реакции утраты и горя. К этим мерам относятся:

- а) Признание ограничений.
- б) Обращение за помощью к коллегам, а также социальным работникам, духовным наставникам, руководителям, инструкторам. Говорите, в чем вы нуждаетесь и как вам можно помочь.
- в) Ведение дневника: записывание своих впечатлений зачастую хорошо помогает в выражении эмоций и позволяет освободиться от эмоционального груза и обдумать ситуацию в спокойной обстановке.
- г) Спорт
- д) Отдых
- е) Общение с друзьями
- ж) Хобби
- з) Игры

Неизвестный автор

(стихотворение написано медсестрой — ветераном войны во Вьетнаме)

*Здравствуй, Дэвид. Меня зовут Дасты,
Я твоя медсестра. Всю ночь
Я буду с тобой.
Каждые четверть часа
я буду считать твой пульс.
Буду записывать
все до конца.
Я налажу капельницу
и избавлю тебя от боли.
Я буду с тобой,
буду касаться твоего лица.
Да, конечно,
Я напишу твоей матери,
и расскажу, каким ты был мужественным.
Я напишу ей,
как сильно ты любил ее.
Я напишу ей
и попрошу крепко обнять и поцеловать
твою шалунью сестренку.*

*Я не скажу ей,
как ты исхудал.
Я буду с тобой
и буду держать тебя за руку.
Я буду с тобой
и буду смотреть, как твоя жизнь
перетекает по моим пальцам
ко мне в душу.
Я буду с тобой до тех пор,
пока ты будешь со мной.
Прощай, Дэвид. Меня зовут Дасты.
Я последняя,
кого ты увидишь.
Последняя,
кого ты коснешься.
Последняя,
кто будет любить тебя.
Прощай, Дэвид, меня зовут Дасты.
О, Дэвид, а мне-то как больно...*

Жизнь бесконечна

*Я стою на морском берегу.
Рядом яхта. Утренний бриз
Надувает ее паруса, и она
Начинает свой путь в океан.
Она так прекрасна, и так прочна,
Я стою и смотрю пока
Далеко-далеко она
Не станет облачком, точкой
Там, где встречаются море и небеса.
И чей-то голос мне говорит:
«Смотри! Она уходит!»
Уходит куда?
Уходит из виду, вот и все.
Она по-прежнему величава,
Те же мачты, корпус и паруса,
Она та же, что была
Рядом со мной, и так же легко
Везет своих пассажиров туда,
Где им должно быть.
Мала для меня, но она все та же.
И в миг, когда чей-то голос
Мне говорит: «Смотри! Она уходит!»
Другие глаза встречают ее,
И голос другой в восторге кричит:
«Смотри! Она пришла!»*

Приложение

Московский патриархат

Концепция участия Русской Православной Церкви в борьбе с распространением ВИЧ/СПИДа и работе с людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом

Одобрена Священным Синодом
Русской Православной Церкви
1 октября 2004 года

Введение

В конце XX века народы, окормляемые Русской Православной Церковью, вслед за многими странами мира, столкнулись с эпидемией инфекции вируса иммунодефицита человека (ВИЧ).

Сегодня эта эпидемия, поражающая в первую очередь молодежь и экономически активное население и требующая все больших затрат для лечения больных, является одной из наиболее серьезных угроз для стран СНГ.

Питательной средой эпидемии ВИЧ в наших странах является массовое распространение асоциальных и аморальных форм поведения: потребления инъекционных наркотиков и беспорядочных половых контактов. В то же время нередки случаи, когда заражение происходит из-за халатности медицинского персонала, в результате изнасилования, неверности супруга; растет число детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей. Заболевание, первоначально распространявшееся среди "групп риска", постепенно охватывает все более широкие слои общества.

Русская Православная Церковь в лице священнослужителей и мирян принимает участие в борьбе с эпидемией вируса иммунодефицита человека / синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИДа) и в преодолении ее последствий.

Сознавая свою ответственность перед Богом и людьми, Церковь считает своим первоочередным долгом духовно-нравственную оценку эпидемии ВИЧ/СПИДа. Социальные и медицинские факторы и явления, способствующие формированию так называемых групп риска, являются причинами эпидемии ВИЧ лишь опосредованно и вторично. Подлинной же первопричиной и источником стремительного распространения эпидемии является достигшее невиданных прежде размеров умножение греха и беззакония, утрата обществом фундаментальных духовных ценностей, нравственных устоев и ориентиров. Все эти разрушительные процессы свидетельствуют о тяжелых духовно-нравственных недугах, поразивших общество, которые, в случае их последовательного развития, могут привести и к более масштабной катастрофе.

Церковь ясно свидетельствует, что болезни и связанные с ними страдания, в том числе переживаемое больными отчуждение и презрение со стороны окружающих, - это последствия греха, пренебрежения богозаповеданными нравственными нормами и интересами ближних. Обличая грех, Церковь, следуя примеру своего Господа, совершает служение милосердия в отношении больных. Церковь ведет работу с наркозависимыми, составляющими основную группу риска заболеваемости ВИЧ/СПИДом. В последнее время ВИЧ-инфицированные все чаще оказываются в сфере пастырского попечения приходских священников.

Призвание Церкви в ситуации эпидемии ВИЧ/СПИДа не отличается от веками исполняе-

мого ею служения, возложенного на нее Богом. В то же время современная ситуация с эпидемией ВИЧ/СПИДа является во многих отношениях новой для Церкви и имеет свою специфику, связанную с характером заболевания, его нравственными корнями и социальными последствиями, а также с масштабом эпидемии.

Часть 1. Богословские и этические аспекты болезни

I.1. Достоинство и предназначение человека

Христианское утверждение о достоинстве человека основано на учении о сотворении мира и человека Богом, а также на учении о воплощении Сына Божия. Согласно Божественному Откровению, выраженному в Священном Писании, человек создан по образу и подобию Божию (Быт. 1. 26), что поднимает его на высочайшую ступень бытия. Ценность человека связана также с воплощением Сына Божия - Господа Иисуса Христа. Будучи единосущным Богу Отцу по божеству, Сын Божий стал единосущным нам по человечеству, во всем подобным нам кроме греха.

В святоотеческой традиции подобие принято рассматривать в том числе как задачу по реализации заложенного в человеческой природе образа Божия, то есть как уподобление Богу в праведности и святости. В православном богословии стяжание человеком подобия Божия называется также обожением, то есть достижением такого состояния, когда человеческая природа по благодати приобретает свойства божественного естества. Именно в обожении, по учению Церкви, состоит высшее предназначение каждого человека.

I.2. Грех и его последствия

Грехопадение есть духовный разрыв человека с Богом. Оно значительно ослабило возможность человека совершенствоваться согласно Божию замыслу о нем. Произошло изменение состояния человеческой природы, затронувшее разумную, чувственную и телесную части человеческого существа. В результате греха телесному существованию человека от рождения до смерти сопутствуют болезни (Быт. 2. 17; 3. 16-19; Рим. 5. 12; 6. 16; 8. 6; 1 Кор. 15. 56; Евр. 2. 14-15; Иак. 1. 15). В болезнях проявляется власть смерти над человеком (ср. Рим. 5. 14; 1 Кор. 11. 28-32).

Будучи причиной разрыва между человеком и Богом, грех вносит разрыв и в отношения между членами человеческого общества, приводя ко все усиливающемуся взаимному отчуждению, соперничеству и вражде (Быт. 3. 12; 4; 11. 1-9).

I.3. Христос - Искупитель человека от греха, болезни и смерти

“Бог не сотворил смерти” (Прем. 1. 13). Он создал человека не для того, чтобы дать ему умереть (Иез. 18. 32), но чтобы он жил (Прем. 1. 13 сл.; 2. 23). Хотя человек сотворен не бессмертным по природе, он призван Богом к вечной жизни, которая возможна только как пребывание человека в общении с Ним.

Согласно учению Церкви, Сам Бог приходит на помощь человеку, ставшему пленником греховных страстей и, как следствие, смерти. Сын Божий становится Сыном Человеческим. Христос побеждает грех и дает спасение от него (Мф. 9. 13; Лк. 5. 8). Сделавшись за нас “грехом” (2 Кор. 5. 21) и “проклятием”, которые навлечены грехом, Христос “искупил нас от клятвы закона” (Гал. 3. 13).

Исцеление от болезней, очищение от греха, избавление от страданий и смерти - суть плоды победы Христа над “князем мира сего”, “имеющим державу смерти” (Ин. 12. 31; Евр. 2. 14; Откр. 7. 13 сл.). И хотя после пришествия Спасителя болезнь не исчезает с лица земли, Божественная сила, которая ее в конце концов победит, уже действует на земле. Чудеса исцелений предвозвещают состояние совершенства, которое человечество обретет окончательно в Царствии Божиим. Смерть и воскресение Господа Иисуса Христа открывают путь каждому человеку к победе над грехом и к обретению вечного спасения от смерти.

I.4. Христианское отношение к болезни и врачеванию

“Попечение о человеческом здоровье — душевном и телесном — искони является заботой Церкви”, — говорится в Основах социальной концепции Русской Православной Церкви. — При этом Церковь всегда помнит библейские слова о том, что “от Вышнего врачевание” (Сир. 38. 2)”.

Болезнь и страдание не только имеют негативное значение, но могут стать противоядием греху. Страдания подвигают христианина к духовному переосмыслению жизни. Болезнь может научить человека соучастию в страданиях другого, возбудить в нем чувство солидарности, единства судьбы человеческого рода и обратить его взор к Богу как Небесному Отцу. Болезнь напоминает человеку о его смертности, однако для христианина смерть — не только последний враг; она связана с упованием на посмертное соединение с Богом, основанием чего является пасхальная вера в воскресшего из мертвых Христа, Победителя смерти.

Православное Предание не рассматривает болезнь и страдания как “плату” за наши грехи. Страдания являются следствием греховности человека и попускаются Богом, но они не обязательны для достижения спасения, ибо грех преодолевается покаянием и исполнением заповедей Божиих.

Святые отцы не считают возможным установить однозначную связь болезни с тем или иным личным грехом человека. Так, преподобный Марк Подвижник говорит: “Не думай, что всякая скорбь находит на людей за грехи”. Предостерегает от поспешных выводов о причинах болезней и святитель Иоанн Златоуст: “Есть много людей неразумных, которые из несчастий другого обыкновенно выводят дурное заключение о его жизни. Так было и с Иовом. Не зная за ним ничего худого, говорили ему: по грехам твоим ты еще мало наказан (Иов. 33. 27)”. Такова же позиция в этом вопросе и святителя Филарета Московского: “Кто может измерить глубину, исследовать пути Божиих судеб? Кто решится каждого больного признать осужденным и всякую болезнь вывеской виновности?”

I.5. Больные и Церковь

Люди, страдающие от различных заболеваний, в том числе тяжелых и неизлечимых, являются предметом особой заботы Церкви. Церковь совершает ежедневные соборные молитвы о даровании болящим здравия и спасения.

Евангелие призывает человека не просто к состраданию другому, но к деятельному проявлению любви, которое должно выражаться в трудах милосердия, в духовной и материальной поддержке нуждающихся.

В отношении к страданию, к отторгнутому человеку любовь Христова издревле являла себя как высшая духовная сила, действия которой не следуют мирским установлениям, но могут побеждать мир и нести спасение обреченным. Праведники и святые Церкви, встречаясь со страждущими, отчаявшимися, пребывающими на краю смерти людьми, проявляли не просто милосердие и сочувствие, но любовь преизбыточествующую. Эта любовь изливается и на тех страждущих, которые оказались презренными и отверженными, изгоями, на тех, кого социальная мораль считает недостойными сострадания. Участие и любовь к прокаженным, к наказанным преступникам, к людям, от которых все с презрением или ужасом отвернулись, — исконно христианская, евангельская добродетель. Ибо Спаситель Христос “пришел призвать не праведников, но грешников к покаянию” (Мф. 9. 13).

Образ Божий в человеке неуничтожим даже в состоянии греха и отпадения от Бога. Чужой грех не может служить причиной для превозношения или презрения. Церковь учит, что следует ненавидеть сам грех и противостоять ему, но при этом не переносить чувство ненависти и отторжения на согрешившего человека, согласно святоотеческому принципу: “Ненавидь грех, но люби грешника”.

В ситуации эпидемии ВИЧ/СПИДа священнослужители и миряне должны сделать все воз-

можное для того, чтобы попытки людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, прийти в Церковь не были встречены холодом равнодушия, а тем более презрения и осуждения. Человек с ВИЧ/СПИДом призван обрести в Церкви дом Отчий, тихую гавань спасения и заботливую семью.

В современном обществе, где часто культивируются жестокость и ненависть по отношению к другому, поощряется борьба с другими людьми за обретение высокого социального статуса и присвоение максимума материальных благ, Церковь должна проповедовать словом и проявлять на деле свою веру и убежденность в том, что сострадание, милосердие, жертвенная любовь к другому человеку являются универсальной и абсолютной этической ценностью.

Часть II. Задачи по организации церковной работы с людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом, и их близкими

II.1. Приходской уровень

Роль и задачи пастыря

а) Строение Тайн Божиих

Священническое служение — это прежде всего строение Тайн Христовых, то есть постоянное созидание и укрепление Церкви посредством богоустановленных Тайнств и иных священнодействий. Сама Церковь есть таинство в глубочайшем и всеобъемлющем смысле слова, и центром ее сакраментальной жизни является Святейшая Евхаристия. Служение слова и пастырская забота о прихожанах имеют целью достойное участие верных в Евхаристии, через которую они вступают в общение с Богом, “составляя одно тело во Христе” (Рим. 12. 5).

Тем, кто уверовал во Христа и очищен Таинством Покаяния, не может быть возбранен вход в Царство; в том числе и ВИЧ-инфицированный не может быть отлучаем от участия в Таинстве Евхаристии.

Это же касается и других Тайнств. Люди, живущие с ВИЧ/СПИДом, которые во дни своей болезни открывают свое сердце вере во Христа и, если не крещены, искренне желают принять Таинство Крещения, должны быть с любовью принимаемы в церковное общение, равно как и те, кто, будучи крещены, не жили прежде церковной жизнью, но желают, принеся покаяние Богу, воссоединиться с Церковью.

Важной задачей пастыря является содействие включению людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, в приходскую жизнь, которое должно начинаться с их вхождения в молитвенный и литургический ритм прихода. При решении вопроса о безопасности для других членов общины участия в церковных Таинствах людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, следует руководствоваться следующим.

С медицинской точки зрения (при условии отсутствия у больного открытых кровоточащих ран) нет препятствий для совершения Таинства Крещения над ВИЧ-инфицированным в приходском баптистерии. Также нет препятствий для совершения над такими больными Таинств Миропомазания и Елеосвящения. То же самое справедливо относительно причащения ВИЧ-инфицированных, а также целования ими икон и иных святынь.

С уважением относясь к медицинским рекомендациям, верующие помнят, что Крещение — это не “прием общей ванны”, но церковное Таинство, и вода для его совершения освящается. То же касается и прикосновения верующих к святыням, и прежде всего приобщения высочайшей Святыни — Тела и Крови Христовых. По глубочайшему убеждению многих поколений верующих, передача инфекции через лжицу, погружаемую в истинную Кровь Христову, невозможна.

Одной из форм духовной помощи членам прихода, живущим с ВИЧ/СПИДом, могут стать особые молебны об их здравии, а также включение особых прошений о них в сугубую ектению. В ряде приходов Русской Православной Церкви уже в течение ряда лет существует тра-

диция совершения специальных ежемесячных молебнов о здравии людей, живущих с ВИЧ/СПИДом.

б) Церковная проповедь

При рукоположении в священный сан пастырю подается дар свидетельствовать от полноты церковного Предания. Священник призван к постоянной проповеди Слова Божия и истолкованию Евангелия в применении к жизни общины и каждого христианина. Церковная проповедь должна быть обращена к нуждам и проблемам сегодняшнего мира и человека, разрешать которые следует в свете Божественного Откровения и учения Церкви.

Ситуация с эпидемией ВИЧ/СПИДа, причины ее распространения, а также отношение общества к больным ВИЧ/СПИДом должны побуждать священнослужителей чаще обращаться к данной теме на проповеди. При этом, всемерно обличая грех и бездуховность, являющиеся подлинным источником распространения эпидемии, одновременно следует настаивать на святоотеческом принципе “ненавидь грех, но люби грешника”, обличая фарисейство и греховный навык осуждения других.

Непременным элементом проповеди священника должно быть обращение к верующим призыва Спасителя о деятельной любви к ближним, в первую очередь к больным, нуждающимся, заключенным, отверженным.

в) Пастырское душепопечение о лицах, живущих с ВИЧ/СПИДом

Важнейшим основанием и принципом пастырского душепопечения является сострадательная, жертвенная любовь пастыря к своим пасомым. При этом излюбленным святоотеческим образом пастырства является деятельность врача (см. Св. Григорий Богослов, III Слово). “Врачевание” души должно осуществляться с учетом индивидуальных особенностей тех, кто нуждается в таком врачевании.

Следует помнить, что существует большое разнообразие способов заражения и ситуаций, в которых обратившийся к священнику человек с ВИЧ/СПИДом мог заразиться. ВИЧ-инфицированный может оказаться вовсе не закоренелым грешником. Священник должен относиться к ВИЧ-инфицированному как к любому другому человеку, страдающему каким-либо серьезным заболеванием.

Человек, живущий с ВИЧ, испытывает чрезвычайную психологическую нагрузку, особенно трудно переносимую в первое время после получения известия о своем положительном ВИЧ-статусе. Это психологическое бремя усиливается рядом иных обстоятельств - отвержением со стороны общества, утратой смысла жизни, чувством страха. Пастырь должен проявлять максимальное внимание к обратившемуся человеку с ВИЧ/СПИДом. Прежде всего важно помочь ему преодолеть отчаяние и обрести надежду. Главная же задача пастыря при общении с ВИЧ-инфицированным — дать ему возможность обрести подлинный смысл жизни, встретиться со Христом.

Священник должен призывать человека, живущего с ВИЧ/СПИДом, ответственно относиться к самому себе и к своим близким. В отношении самого себя больному следует заниматься лечением и вести здоровый образ жизни, в отношении близких — делать все возможное для предотвращения их заражения. Больной также может принести пользу обществу, в частности, помогая тем ВИЧ-инфицированным, которые нуждаются в поддержке, чтобы справиться с психологической нагрузкой и отчаянием.

Для священника, окормляющего людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, будет полезным знание особенностей протекания болезни, специфики лечения и его доступности, методов преодоления трудностей, связанных с социальной адаптацией.

г) Пастырское попечение вне прихода

Священнику следует уделять внимание посещению ВИЧ-инфицированных на дому, в больнице, в хосписе — особенно больных, находящихся в терминальной стадии.

Большое значение будет иметь наличие у священника опыта пастырской заботы об умира-

ющих, особенно недостаточно воцерковленных. В силу особенностей распространения ВИЧ/СПИДа в России, в терминальной стадии могут находиться люди молодого возраста, многие с опытом употребления наркотических веществ.

В случае инфицирования и смерти обоих супругов может возникнуть вопрос о дальнейшей судьбе детей и близких, находящихся на их иждивении, что может потребовать той или иной помощи со стороны прихода.

Важна пастырская работа священника с ВИЧ-инфицированными в тюрьмах. В связи с высокой степенью распространенности наркозависимости и ВИЧ-инфекции среди заключенных, большое значение приобретает подготовленность священника для работы с данной категорией лиц.

д) Вопросы семейной этики в пастырском попечении о лицах, живущих с ВИЧ/СПИДом

Факт обнаружения ВИЧ-инфекции у одного или обоих супругов, как правило, оказывается серьезным испытанием для семьи. Такие случаи требуют особого пастырского внимания и такта.

Особый случай – вопрос о вступлении в брак лиц, из которых одно ВИЧ-инфицировано, а другое об этом информировано и желает вступления в такой брак. Оба будущих супруга, в случае решимости вступить в брак, должны ясно понимать, что существует риск заражения супруга (супруги) и будущих детей. Пастырю в этой ситуации следует сделать все возможное, чтобы такое решение не было лишь результатом временной эмоциональной реакции: оно должно быть взвешенным, ответственным, духовно и нравственно мотивированным.

Вместе с тем современные профилактические и терапевтические методы снижают риск передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, что открывает возможность рождения здоровых детей в семьях, где один или оба супруга ВИЧ-инфицированы. В таких ситуациях следует рекомендовать супругам обязательное наблюдение у врача.

Диаконическая (церковно-социальная) работа с людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом

Там, где это необходимо и возможно, на приходах следует создавать службы оказания духовной и психологической помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИДом, и их близким. В работе этих служб должны участвовать специально обученные миряне и священнослужители. В приходах могут быть созданы телефоны доверия для оказания духовной и психологической поддержки специалистами из числа мирян и священнослужителей.

Приходские патронажные службы, окормляющие больных и престарелых в больницах и на дому, могут осуществлять уход и за ВИЧ-инфицированными. Сестры милосердия и иные специалисты, работающие в хосписах, также могут оказывать помощь людям, живущим с ВИЧ/СПИДом. Миряне, участвующие в тюремном служении, могут оказывать психологическую и духовную поддержку ВИЧ-инфицированным, находящимся в местах лишения свободы. Важным направлением работы является реабилитация ВИЧ-инфицированных наркозависимых. Для этого могут создаваться специальные реабилитационные программы и центры, действующие при приходах и монастырях.

Все эти виды служения в отношении людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, и их близких требуют специальной подготовки и обучения. Важное значение в приходской диаконии имеет вовлечение ВИЧ-инфицированных в активную социальную и иную приходскую работу, включение их в жизнь прихода.

Образование и катехизация на приходском уровне

Священнослужитель на приходе должен вести разъяснительную работу в отношении ВИЧ-инфекции и лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом, сообщая прихожанам объективную и достоверную информацию. Эту работу следует вести как среди взрослых прихожан, так и среди детей. Образовательная и воспитательная работа с детьми в отношении ВИЧ-инфекции может

проводиться в рамках приходских воскресных школ, специализированных приходских детских и молодежных программ, летних лагерей. Основная цель этой работы - воспитание в духе христианских нравственных принципов, усвоив которые, дети смогут самостоятельно и ответственно контролировать свое поведение. Образовательная и воспитательная работа на приходе должна учитывать те опасности, с которыми сталкивается современная молодежь, и учить противостоять им. Следует с раннего возраста воспитывать детей в духе семейных ценностей, супружеской верности и целомудрия, милосердия и сострадания, отвержения наркотиков и других греховных искушений.

II.2. Монастыри

В силу организации и внутреннего уклада жизни монастыри предоставляют хорошую возможность для реабилитации лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом. Поэтому при монастырях целесообразно создание центров реабилитации ВИЧ-инфицированных. В подобные центры для наркозависимых целесообразно принимать людей, живущих с ВИЧ/СПИДом.

II.3. Специализированные церковные организации

Полезно создание специализированных церковных организаций по оказанию различной помощи ВИЧ-инфицированным и их близким. Эти структуры могут взять на себя также задачу обучения приходских диаколических тружеников работе с людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом. Работа с ВИЧ-инфицированными может вестись и на базе существующих церковных организаций, например, душепопечительских центров по реабилитации наркозависимых, уже действующих в ряде городов. При таких центрах могут создаваться специализированные подразделения по духовно-психологической реабилитации ВИЧ-инфицированных, организации паллиативного ухода за больными на дому.

II.4. Епархиальный уровень

Социальным отделам епархий Русской Православной Церкви следует включить в сферу своей деятельности работу с людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом, координируя и поддерживая эту деятельность на приходах, в сестричествах и братствах, в монастырях и специализированных церковных организациях.

Необходимо вести разъяснительную работу среди священнослужителей в отношении ВИЧ, о необходимости и способах оказания поддержки ВИЧ-инфицированным, особенностях литургической практики и душепопечения в отношении таких людей.

Епархиальные пастырские совещания

Вопрос пастырского попечения о ВИЧ-инфицированных и весь комплекс связанных с этим проблем должен стать предметом обсуждения и изучения на епархиальных пастырских совещаниях - от получения объективной научной информации о ВИЧ-инфекции, путях заражения и профилактики, психологических особенностях ВИЧ-инфицированных, и до анализа накопленного опыта разрешения сложных нравственных, пастырских и церковно-практических вопросов.

Епархиальные пастырские совещания могут стать инструментом налаживания сотрудничества приходов в организации совместных диаколических инициатив в помощь людям, живущим с ВИЧ/СПИДом, и их близким.

Курсы по подготовке пастырей и мирян для работы с людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом

Важное значение в организации участия Церкви в борьбе с распространением эпидемии ВИЧ/СПИДа имеет специальная подготовка и переподготовка как будущих, так и уже несущих свое церковное послушание священнослужителей.

В связи с этим следует считать необходимым в рамках учебного процесса в Духовных школах чтение специальных курсов и проведение иных образовательных мероприятий по различным аспектам пастырского попечения о людях, живущих с ВИЧ/СПИДом. Также следует

считать целесообразным проведение регулярных епархиальных, межъепархиальных, общецерковных пастырских курсов для священнослужителей, где они могли бы получать необходимые сведения о болезни ВИЧ/СПИД, о принципах и методах пастырского попечения о ВИЧ-инфицированных. Следует считать полезной организацию диаконической подготовки мирян для служения милосердия и заботы о людях, живущих с ВИЧ/СПИДом.

Координация и информация

Для эффективной работы по оказанию помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИДом, необходима координация соответствующих инициатив как на епархиальном, так и на общецерковном уровне, а также обмен различной, в том числе методической, правовой и медико-психологической информацией между ними.

II.5. Общecerковный уровень

Социальная и образовательно-воспитательная деятельность Церкви по противодействию распространению эпидемии ВИЧ/СПИДа, а также по пастырской и диаконической работе с ВИЧ-инфицированными, осуществляемая в епархиях и в специализированных церковных организациях, должна координироваться на общецерковном уровне. Это позволит обеспечить единые подходы к решению сложных канонических и пастырских проблем, способствовать выработке общецерковной позиции во взаимоотношениях со светскими организациями, охватывать вопросы обеспечения информационной и методической базы для организации тех или иных форм помощи ВИЧ-инфицированным, обучения священнослужителей и мирян.

Часть III. Сотрудничество с государством и обществом

III.1. Взаимодействие в деле нравственного воспитания

Основным средством противодействия распространению эпидемии ВИЧ/СПИДа является укрепление духовных и нравственных норм в обществе, реализуемое посредством духовного воспитания.

Церковь и воспитание подрастающего поколения

Русская Православная Церковь традиционно играла ключевую роль в деле воспитания нравственности, патриотизма, гражданственности и социальной ответственности молодежи, содействуя утверждению в обществе ценностей духовно-нравственного ряда. И в современных условиях Церковь способна авторитетно и ясно говорить молодежи о сложных вопросах этико-экзистенциального и ценностно-смыслового характера, тем самым всемерно содействуя укреплению нравственного и физического здоровья нации.

Церковь открыта к сотрудничеству с государством и обществом в сфере духовно-нравственного воспитания и образования детей и молодежи; развития образовательной и просветительской работы по профилактике ВИЧ и наркомании среди детей и подростков; созданию церковных и совместных с общественными и государственными организациями образовательных и обучающих программ по профилактике ВИЧ/СПИДа.

При этом Русская Православная Церковь считает необходимым выступать против упрощенческих схем, когда так называемое сексуальное просвещение воспринимается как панацея от всех бед, единственное средство воспитания и образования молодежи в вопросах профилактики СПИДа. Церковь не считает возможным сотрудничество с теми общественными силами, которые, эксплуатируя тему СПИДа и ВИЧ-инфекции, отстаивают образ жизни, поведенческие нормы и этические взгляды, неприемлемые для христианской морали. Подобная принципиальная позиция не исключает готовности Церкви к открытому диалогу по всему спектру сложных аксиологических, медицинских, социальных проблем, возникающих в контексте проблематики ВИЧ/СПИДа.

Церковь и СМИ

Учитывая особую значимость средств массовой информации в деле формирования общественной нравственности в условиях информационного общества, Церковь полагает целесообразным свое активное участие в деятельности СМИ - самостоятельно или в сотрудничестве с общественными организациями и государственными структурами (см. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви, гл. XV).

Современные тенденции развития политики СМИ не способствуют укреплению общественной нравственности. Так, современное телевидение, благодаря бесчисленным фильмам и программам, пронизанным культом насилия, вседозволенностью, безнравственностью, распущенностью, несет немалую долю ответственности за разрушение нравственных устоев общества.

Средства массовой информации, в первую очередь телевидение, могли бы стать важным средством борьбы с распространением ВИЧ/СПИДа. Но при этом информационные кампании по профилактике ВИЧ/СПИДа и наркомании не смогут быть эффективными, оставаясь вне твердых этических оснований. Должна быть указана реальная альтернатива наркотикам, пороку, бездуховности. Усилия государства, общества и Церкви должны быть совместными при формировании государственной информационной политики, направленной на пропаганду твердых духовно-нравственных ориентиров, личной и социальной ответственности. Немалую пользу в деле нравственного просвещения может принести такое средство коммуникации и информации, как интернет, являющийся для многих людей постоянной средой общения, получения знаний и информации.

III.2. Диакония и социальное служение

Важнейшими направлениями работы Церкви по предотвращению распространения ВИЧ/СПИДа и заботы о ВИЧ-инфицированных в сфере социальной деятельности, где возможно сотрудничество с общественными организациями и государственными структурами, являются:

- создание церковной анти-СПИД сети, призванной осуществлять координацию православных инициатив в сфере профилактики и борьбы со СПИДом;
- поддержка церковно-общественных проектов на местах по созданию консультационных служб и телефонов доверия по проблемам ВИЧ/СПИДа;
- содействие социальной реабилитации и защите прав людей, живущих с ВИЧ/СПИДом;
- правовая консультация ВИЧ-инфицированных и их близких;
- психологическая помощь людям, живущим с ВИЧ/СПИДом (в медицинских учреждениях – больницах, клиниках, роддомах, в местах заключения и так далее), а также их близким;
- уход за детьми-сиротами, рожденными от ВИЧ-инфицированных матерей;
- патронаж и уход за ВИЧ-инфицированными детьми-сиротами;
- патронаж и уход за взрослыми ВИЧ-инфицированными, в том числе в терминальной стадии;
- работа в заведениях пенитенциарной системы, в том числе с ВИЧ-инфицированными заключенными.

Эффективная церковная работа невозможна без организации системы подготовки и переподготовки священнослужителей, а также церковных социальных работников, занимающихся проблемами СПИДа. Учитывая медицинскую и социальную специфику эпидемии, целесообразно также сотрудничество Церкви в данной сфере с государственными и общественными организациями.

Основными направлениями в этой сфере являются:

- медико-психологическая подготовка священнослужителей, призванных духовно

окормлять людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (в том числе в условиях пенитенциарной системы);

- подготовка социальных работников (например, патронажных сестер) и консультантов (телефоны доверия, консультационные центры) для работы с ВИЧ-инфицированными и их близкими;
- проведение семинаров, круглых столов, тренингов и прочих методических, образовательных и просветительских мероприятий, посвященных различным проблемам профилактики и борьбы со СПИДом;
- издание методических пособий для священнослужителей и церковных социальных работников, работающих с ВИЧ-инфицированными и их близкими, осуществляющих патронаж и уход за больными с ВИЧ/СПИДом;
- консультирование по методам православного социального служения в сфере профилактики и борьбы со СПИДом.

III.3 Социальное партнерство Церкви и государства

Необходимым условием эффективной борьбы с распространением эпидемии ВИЧ/СПИДа должно стать социальное партнерство Церкви, государства и общества.

В сфере церковно-государственного сотрудничества в данной работе Русская Православная Церковь признает приоритетным сотрудничество с федеральными и региональными министерствами, ведомствами и другими организациями, их структурными подразделениями как в соответствии с ранее подписанными соглашениями, так и исходя из вновь достигаемых договоренностей. Развивая социальное служение в сфере профилактики и борьбы со СПИДом, Русская Православная Церковь считает необходимым свое участие в работе межведомственных и межсекторальных советов и комитетов по выработке и реализации государственной политики по вопросам ВИЧ/СПИДа, в том числе в деятельности Консультативного совета по ВИЧ/СПИДу Российской Федерации.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Ведение	3
«Паллиативная помощь» М.Е. ЛИПТУГА	4
«Особенности ухода за ВИЧ-инфицированными больными» Э.В. КУЗНЕЦОВА, Д.А. ЛЮЗНОВ	13
«Особенности оказания паллиативной помощи сестрами милосердия» ЕГОРОВА О.Ю.	20
«Организация супервизорской работы в группе волонтеров», Савкина С.Б.	31
Истории волонтеров	36
Непридуманная история – светлой памяти дорого нашего брата	37
«Некоторые вопросы духовного окормления ВИЧ-инфицированных» Игумен Мефодий (Кондратьев).....	39
«Духовные аспекты паллиативной помощи ВИЧ-инфицированным» Игумен Мефодий (Кондратьев).....	46
«Духовная поддержка ВИЧ-положительных, их семей и родственников» Иерей Роман (Бацман)	55
Хорошая смерть: помощь умирающему	66
Профилактика синдрома сгорания Марианна Матзо.....	72
Приложение Концепция участия Русской Православной Церкви в борьбе с распространением ВИЧ/СПИДа и работе с людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом	77

