

ПСИХОЛОГИЯ И ОТНОШЕНИЕ К БОЛЬНОМУ ЧЕЛОВЕКУ В МЕДИЦИНЕ*

О.Б.КОВАЛЕВСКАЯ

Медицинская практика, как никакая другая, имеет дело с человеком в его основной сущности, так как она видит человека перед лицом страданий и смерти, этих неустранимых и неизбежных составляющих бытия. От того, какие ответы дает та или иная медицинская система на смыслообразующие вопросы жизни, зависит устройство самих лечебных учреждений, реальная практика врача, персонала, их отношение к страдающему человеку. А за этими ответами стоит, в свою очередь, тот образ человека, в его связи с другими людьми и миром, на котором основана данная медицинская система.

«Образ человека» (как машины, как совокупности социальных отношений, как уникальной личности, как образа и подобия Божия) – конечно, удел философии, в то время как медицина – область прикладных наук. Посредующим звеном между ними, на наш взгляд, может послужить психология, которая говорит о конкретных механизмах и закономерностях жизнедеятельности той части человеческого бытия, которую постулирует философия и с которой имеет дело медицинская практика.

И именно общепсихологический анализ может дать средства для оценки и сравнения разных типов отношения к больному человеку в медицине. Подобное сопоставление послужит поиску путей реального сближения медицины и психологии, а также покажет возможности построения медицинской практики с учетом не только физиологических, но и психологических и духовных закономерностей человеческой жизни.

В качестве оснований для последующего анализа можно рассматривать основные общеметодологические парадигмы в психологии. Традиционно выделяются, по крайней мере, две парадигмы: естественнонаучная и гуманитарная. В естественнонаучной парадигме

* Данная статья представляет собой краткое изложение дипломной работы О.Б.Ковалевской, выполненной на факультете психологии МГУ под руководством проф. Б.С.Братуся. Пользуясь случаем, автор хочет выразить глубокую признательность и благодарность своему научному руководителю – Б.С.Братусю, коллеге и помощнику – Л.А.Алексеевской, без которых эта работа не состоялась бы.

человек представлен как объект. Наиболее ярким выражением этого подхода является поведенческая психология и в качестве практики – поведенческая психотерапия. Гуманитарный идеал научного познания в психологии еще по-настоящему не осознан и не реализован. Считается, что ценности, содержащиеся в гуманитарном идеале реализуются гуманистической психологией (Розин, 1994). Здесь человек предстает как личность. Б.С.Братусь выделяет еще одну парадигму – эсхатологическую, согласно которой человек понимается как духовное существо. Данная парадигма является новой, только зарождающейся в отечественной психологии, связанной, прежде всего, со становлением христианской психологии.

Рассмотрение проблем современной отечественной медицины (в аспекте отношения к больному человеку), необходимо предварить небольшим историческим экскурсом.

Уже в греческой медицине 5-6 вв. до н.э. можно видеть две основные линии – ориентацию на излечение болезни, устранение нарушения функционирования организма, с одной стороны, и исцеление человека, помощь в воссоздании нарушенных болезнью отношений с миром, – с другой. Этим направлениям соответствовали традиции Книдской и Косской (или Гиппократовой) школ. Дальнейшую судьбу этих двух ориентаций можно проследить, в частности, и в истории русской медицины.

Становление врачевания на Руси (как особой социальной системы «попечения» о болящих) неразрывно связано с проникновением в быт и нравы людей Света христианства. С 10 века, начиная с момента крещения Руси, врачевание считалось находящимся под непосредственным покровительством Церкви. Сам Великий князь Владимир в своем Уставе (996г.) объявлял больницы церковными учреждениями, а «лечцов» (врачей) – людьми церковными, подвластными епископу. Насколько в представлении людей христианские заповеди милосердия, сострадания, любви к ближнему связывались с попечением о болящих (равно как и заботой о вдовах, стариках, сиротах), видно из того, что сам князь Владимир, крестившись, не только строил церкви и больницы (а также установил десятину, которая шла на содержание богаделен, странноприимных домов, больниц), но и, как свидетельствуют летописи, велел разыскивать по городу больных и доставлять им на дом пропитание.

Устав князя Владимира, опиравшийся на правила и законы Православной греческой Церкви, стал основанием для устройства благотворительных учреждений в России вплоть до 18 века. Но все же первыми обителями врачевания явились на Руси монастыри. Пришедшие из Греции первые иноки принесли с собой не только врачебные знания, но и представление о врачевании как о подвижническом долге монахов. Раненые, больные различными недугами со всей Руси приходили в монастыри, и многие получали там исцеление. Для тяжело больных при монастырях были специальные помещения – больницы, где монахи

ухаживали за больными. Уже в 11 веке многие монастырские больницы являлись также и центрами просвещения: монахи собирали и переводили греческие и византийские рукописи, пополняли их своими знаниями и опытом, обучали врачеванию.

Представители монастырской медицины являлись основными врачебными деятелями России вплоть до 16 века, а основными больницами на Руси были «госпитальные палаты» – монастырские больницы, которые превращались в военные госпитали при военных действиях, осадах городов, карантинные больницы – при эпидемиях.

Но существовала также и светская, мирская медицина, которая, видимо, тоже пришла из Византии (10-12 вв.), бывшей «очагом» медицинских знаний. В «Русской правде» Ярослава Мудрого упоминается о праве этих врачей требовать плату за свою работу. И хотя отношения между светской и монастырской медициной были неоднозначны, все же это была единая система медицинских знаний и медицинской помощи, которая, «несмотря на отдельные случаи антагонизма, была объединена единой христианской религией, единым идеалом – служением ближнему» (Горелова, 1994). Показательно, однако, что в «Домострое» – сборнике правил о различных обязанностях человека времен Иоанна Грозного, полностью отсутствует светская медицина, и вся глава, посвященная тому, «как врачеваться», целиком основана на христианско-монастырских воззрениях в медицине: «Аще Бог пошлет на кого болезнь или какую скорбь, ино врачеваться Божию милостию, до слезами, да молитвами, да постом, да милостью к нищим, да истинным покаянием» (*Временник...*, 1849).

В дальнейшем, в 18-19 вв., дело христианского призрения болящих вылилось в создание различных благотворительных учреждений – приютов, богаделен, общин милосердия. А развитие светской медицины привело к возникновению самобытной русской врачебной школы (в начале 19 в.).

Мы не беремся рассматривать весь этот период истории русской медицины – это отдельная и слишком непростая задача. Но, тем не менее, важно отметить, что медицина того времени строила свою практику (со всеми ее достоинствами и недостатками), сообразуясь с православным видением человека, сущности и смысла болезни и врачевания.

Однако из известных нам начинаний на этом поприще наиболее полно такое видение воплощено в опыте Марфо-Мариинской обители. Мы рассмотрим его более подробно.

Марфо-Мариинская обитель милосердия, труда и молитвы была основана в 1909г. вел. княгиней Елизаветой Федоровной Романовой (после трагической кончины ее мужа). По отзывам современников – это был своего рода полумонастырь с сочетанием благотворительной и медицинской работы. Знаменательно само наименование обители: по Евангельской притче Марфа является образом деятельного служения Богу, в то время как Мария – созерцательного углубления в божественные

тайны.

Воздвигнута обитель была в Москве на Большой Ордынке, где Елизавета Федоровна купила усадьбу с четырьмя домами и большим садом. В главном большом двухэтажном доме были устроены столовые для сестер, кухня, кладовая и другие хозяйственные помещения. Другой дом был оборудован для больницы, которая состояла из четырех палат, отдельных комнат для тяжелобольных, операционной и перевязочной. Часть этого же дома была перестроена под церковь. Рядом с больницей помещались аптека и амбулатория для обслуживания приходящих больных. В четвертом доме в верхнем этаже была отведена квартира для священника-духовника, а в нижнем были размещены классы школы для девочек Марфо-Мариинского приюта и библиотека. Вокруг здания и храма – прекрасный сад, где могли гулять выздоравливающие пациенты госпиталя, играть дети приюта и отдыхать сестры обители после тяжелых трудов дня. Расписывал помещения обители и церковь замечательный русский художник – М.В.Нестеров.

И хотя слово «обитель» есть народное именование монастыря, и в основу Марфо-Мариинской обители был положен почти что монастырский Устав, сестры обители не давали монашеских обетов и поступали сюда не раз навсегда, а на сроки. Кроме того, обитель принимала и сотрудниц, остающихся жить в миру. Сестрами становились молодые женщины из самых разных слоев общества, которые решили посвятить свою жизнь Богу, служению людям. В Уставе стоит только одно условие: где бы ни работали сестры, московская обитель милосердия должна непременно оставаться их духовным центром, своего рода семейным очагом, откуда они получают поддержку и куда по временам могут возвращаться для отдыха и обновления сил.

Семейная атмосфера, существовавшая в обители, видна хотя бы из трогательного отношения настоятельницы к сестрам и детям обители. Вот воспоминание одной девочки-сироты, взятой на воспитание в Марфо-Мариинскую обитель и работавшей в ней впоследствии помощницей провизора в аптеке: «Великую княгиню они (дети, взятые на воспитание – *Прим. автора*) видели каждый день. Елизавета Федоровна не забывала своих воспитанниц и часто присылала в аптеку для них сладости. На лето она отправляла девочек на отдых в имение кн. Юсупова или Апрашкина». А вот выдержка из последнего письма великой княгини, увозимой в ссылку и на смерть, к сестрам обители: «Не могу забыть вчерашний день, все дорогие, милые лица. Господи, какое страдание в них, о как сердце болело. Вы мне стали каждую минуту дороже. Как я вас оставляю, мои деточки, как вас утешить, как укрепить?».

Об отношении сестер к больному человеку можно судить по дошедшим до нас описаниям жизни и деятельности обители, и, в частности, по жизнеописанию ее настоятельницы – кн. Е.Ф.Романовой. Распорядок дня для сестер обители был установлен по-монастырски. День начинался в 6 часов утра. После общей утренней молитвы в больничном

храме Елизавета Федоровна давала распоряжения сестрам относительно их обязанностей на предстоящий день. Свободные от работы сестры оставались в храме, где начиналась Божественная Литургия. Дневная трапеза проходила с чтением жития святых. Духовник обители два раза в неделю проводил с сестрами беседы на Евангельские темы. К нему же или к настоятельнице они могли ежедневно в определенные часы прийти за советом или наставлением. Все сестры обители носили светлые платья, а на шее кипарисовый крест на белой ленте с изображением Нерукотворного Спаса и Покрова Божьей Матери. Все сестры проходили курс по элементарным медицинским знаниям, чтобы при посещении квартир и углов бедняков, в случае необходимости, они могли бы оказать первую медицинскую помощь. Сестры же, предназначенные для работы в больнице, проходили специальные медицинские курсы. Больница Марфо-Мариинской обители считалась образцовой во всей Москве, она пользовалась такой блестящей репутацией, что туда направляли часто самых тяжелых больных из других госпиталей. Обительская больница была небольшая (на 20 мест), в ней дежурили лучшие врачи города. Операции многими хирургами производились там бесплатно. Доктора Москвы изумлялись уходом и методами лечения в обители, особенно когда безнадежно больные выздоравливали.

Обучая сестер обители, Елизавета Федоровна старалась привить им наравне с практическими медицинскими знаниями и молитвенностью и духовную ревность, чтобы они могли подготовить неизлечимо больного к переходу в вечную жизнь. Если, несмотря на усилия врачей и сестер, больной умирал, она сама всегда была с ним при его последнем вздохе и молилась за отходящую душу. В часовне, находящейся в конце сада обители, над умершим беспрерывно до дня погребения читались псалмы. Здесь были монахини московских монастырей, свободные от работы сестры обители, сама настоятельница, родные умершего.

Суть христианского служения людям, осуществлявшегося в обители, хорошо передает эпизод (1917 год), описанный Л.Миллер: «Однажды днем в обитель вошла группа развязных людей, некоторые из них были пьяны. Можно было сразу определить, что это преступники, гуляющие теперь на свободе. Люди вели себя нагло и выкрикивали непристойные слова. Один из них... увидев княгиню, двинулся к ней, крича, что она теперь не «Ее Высочество» и кто она такая теперь? Елизавета Федоровна спокойно ответила, что она здесь служит людям. Тогда он потребовал, чтобы она перевязала его рану. В его паху была отвратительная, издававшая тошнотворный запах язва. Княгиня посадила его на стул и, встав на пол перед ним на колени, промыла рану, приложила лекарство, забинтовала и сказала ему, чтобы он пришел на следующий день для перевязки, предупредив, что иначе может начаться гангрена. Человек был озадачен и смущен. Он не знал, что сказать. Наконец он спросил – кто она такая? Высокая настоятельница повторила свои слова, что она здесь, чтобы обслуживать больных...» (Миллер, 1994).

К сожалению, это начинание было прервано революцией.

Происходившие в умонастроениях людей (конец 18 – начало 19 вв.) перемены, вероятно, во многом определили и дальнейшее развитие отечественной медицины: она все решительней становилась на путь сугубо естественнонаучного понимания врачебного дела. И в результате смены живых христианских ценностей и идеалов на принципы естественнонаучного подхода, медицина начала претерпевать страшную по своим последствиям метаморфозу, приведшую в конечном счете к утере страдающего человека и замене его на организм с нарушенным функционированием.

С развитием такого подхода к врачеванию в сознании реально практикующих медиков рубежа веков все больше происходил разрыв между «субъективным» личным отношением к человеку, и «объективным» научным. Наиболее выразительно, на наш взгляд, этот разрыв описал В.В.Вересаев, названный проф. И.А.Сикорским «зеркалом профессиональной совести». В.В.Вересаев отмечает следующие нарастающие тенденции (Вересаев, 1918). Во-первых, это изучение болезни, а не больного человека. Во врачебном сообществе появляется объективное безличное отношение к самому человеку (становятся необходимыми некая черствость, привыкание к чужим страданиям, с целью сохранения собственного душевного спокойствия). Кроме того, появляется вера в потенциальное могущество медицины. Все большее оправдание получают опыты и эксперименты над людьми. Следование науке и профессионализм обретают статус единственных критериев правильной практики. И самое существенное – потеря чуткого благоговейного отношения к жизни и смерти.

В один ряд с этими перечисленными следствиями отрыва науки от духовных традиций становится изменение и самого образа врача. «Русские врачи имеют печальную привилегию занимать первое место в свете по числу самоубийств», отмечает И.А.Сикорский по исследованиям за 1889-1892 года. Веяния времени породили и фигуру Базарова, описанного И.С.Тургеневым. На таком фоне возникает и развивается земская медицина, послужившая лучшими своими достижениями (общедоступность, бесплатность, профилактическая направленность), становлению советской медицинской системы, советской системы здравоохранения, где логика социалистического мировоззрения и естественнонаучного понимания болезни и лечения была последовательно реализована и воплощена в жизнь.

Пытаясь проанализировать сегодняшнюю ситуацию в медицине (с точки зрения именно отношения в ней к больному человеку), мы разработали анкету, взяв за основу те положения, которые обозначил В.В.Вересаев (с намерением сопоставить переданное Вересаевым и уходящее в ту пору из культуры понимание врачебного искусства и соответствующее ему отношение к больному человеку с представлениями

о том же современных врачей). Эта анкета предлагалась врачам разных специальностей и разного стажа работы. На ее основе были также проведены несколько интервью.

Вот основные результаты этого исследования.

Во-первых, хоть и минимальное, но все же наличие крайне «циничных» ответов, а также ответов, содержащих прагматическую ориентацию (когда собственная врачебная деятельность – лишь средство достижения финансовых или карьерных целей). Во-вторых, в преобладающих (количественно) ответах довольно отчетливо проступают представления, воспитанные в советской медицине: сведение всего к нарушению деятельности организма и рассмотрение болезни как нарушения функционирования члена общества. (Здесь «идеальным» отношением к больному человеку являются объективность и профессионализм. Главная цель работы понимается как излечение болезни – «вылечить до конца». Идеальное отношение человека к собственной болезни – то, при котором он полностью вписывается в существующую систему и совершенно доверяет себя врачу. Человеческое внимание к самому больному не считается необходимым и может, как и личное отношение с больным, существенно затруднять лечение и др.)

Ответы православных врачей отличаются от остальных, но лишь в отношении осмысления целей своей врачебной деятельности, а также некоторой личностной рефлексии (т.е. способности адекватно признать личную ответственность или честно, с духовной точки зрения, поименовать в себе недолжное, но существующее. (Так, один врач отмечает, что основным препятствием в проявлении должного внимания к больным часто является собственная леность и теплохладность, помимо каких-то объективных причин.)

Но в целом, и это еще один важный результат исследования, оказалось, что современному врачу достаточно трудно отделить себя как врача и как человека от существующей медицинской системы, посмотреть на происходящее в ней, так сказать, «вересаевским» взглядом. Так, например, никто из врачей не смог описать, как, хотя бы теоретически, можно и нужно было бы изменить жизнь пациента в больнице. У врачей нет понимания необходимости смены установки больничной организации: в современной больнице люди не «живут», а «болеют» (особая деятельность, которая может даже становиться ведущей). Соответственно, любой врач, даже если он признает и принимает необходимость иного отношения к больному, тем не менее, в своей практике «встраивается» в логику существующей системы, которая в настоящее время утрачивает преимущества советской медицины (общедоступность, бесплатность и др.) и не обретает взамен ничего иного.

К этим результатам можно было бы по-разному отнестись, если бы они не отражали некоторой реальности, которая с особенной остротой встает перед человеком, вынужденным прибегнуть к помощи этой системы.

Вот фрагмент интервью с потомственным врачом, известным в своей области специалистом с сорокалетним стажем работы, оказавшимся в настоящее время, к сожалению, в положении пациента.

– Медицину я вижу давно – какой она была и какой стала сейчас. Конечно, старость, мудрость, всякие гадости, которые с возрастом приходят, откладывают отпечаток на восприятие. Но все же какие-то кардинальные черты можно отметить. Раньше, и даже еще лет 30 назад, медицина была романтической. Она была романтической и магической. Так как не было почти объективных методов исследования, все строилось на догадках, интуиции (или на том, что считалось таковым). Принципиальное изменение, которое претерпела медицина – это отход от романтики – к сожалению; и от магии – к счастью. Конечно, возможности медицины значительно выросли, и, вместе с тем, роль эмоционального фактора значительно уменьшилась...

...Быть пациентом наших больниц – огромная беда. Онкоцентр: заходишь в туалет, он оказывается совместным, женский с мужским, перегородок нет, почти ни один бачок не работает... Вас уже не считают за человека, вам уже должно быть все равно, мужчина вы или женщина... Такого отношения к пациенту я не видела нигде. Все попытки борьбы с этим (характер у меня такой) не увенчались успехом, я пыталась два месяца добиться хотя бы дверей... Самое поразительное явление – то, что люди начинают воспринимать это как должное... Конечно, понятно, приходит страшная беда и не до этого; но когда им еще и тыкают всем этим – им становится действительно все равно. Далее, регистратура – вы – враг народа – хамство, грубость, ненависть, которым нечего противопоставить, так как полностью зависишь... Не дадут бумажки, ты не сможешь пойти дальше, дойти до врача. То есть на каждом шагу степень нашего унижения, неполноценности не поддается описанию.

Нормой становятся совершенно недопустимые вещи (например, разговор о горшках при больном, или обсуждение своих семейных проблем, или разговор о тряпках, гостях и т.д. – в присутствии пациента...). Что-то ушло из культуры вообще... К тому же отношение к профессии очень изменилось. Должна быть очень высокая планка... Разговаривать о своих проблемах, когда перед тобой больной – этого в принципе не должно быть. Ощущение этого должного ко мне пришло от родителей и их друзей – врачей, да и от жизни вообще. Сердечности, соучастия в отношении к больному было больше тогда. Неоспоримо больше. Ответственность перед самим собой вместе с романтическим отношением к профессии сейчас почти не встречается...

Даже этим отдельным наблюдением, на наш взгляд, подтверждается то, что ранее бывшее прилагательным «больной» стало существительным,

и медицина фактически отбросила слово «человек». В современной клинике человек все чаще оказывается представленным уже даже не как организм, а как «совокупность органов». Как следствие становятся возможными случаи, когда, например, врач назначает лечение, соответствующее данному поражению одного органа, но противопоказанное больному. А полное игнорирование специфически человеческой реальности во всем устройстве клиник ведет к возникновению ощущения одиночества, ненужности, заброшенности и униженности у больного человека, независимо от того, успешно ли само лечение как таковое.

Особенно вопиющим это становится в тяжелой соматической клинике, где наличные способы решения многих проблем являются буквально невыносимым испытанием для близких находящегося на грани жизни и смерти человека, для него самого, да и для медицинского персонала. «Вчера в III отделении опять самоубийство; больной выбросился из окна... Нужно что-то делать с этим. Нам бы сюда психотерапевта; но не такого, как сейчас, а из тех, что были раньше – которые *разговаривали* с человеком».

В этом высказывании директора одного из ведущих лечебных учреждений Москвы содержится призыв к психологии, что ставит ее перед лицом ответственности за «поиски человека» в клинике, которым она может содействовать. Но для более четкого представления о возможной роли психологии в медицине необходимо отметить возникновение за последние годы в нашей стране таких подходов к врачеванию, которые демонстрируют иное отношение к больному человеку. Это, во-первых, возрождающиеся сестричества. Например, сестричество во имя вел. кн. Елизаветы является возрождением и продолжением Марфо-Мариинской обители. И, во-вторых, хосписное движение.

Приведем выдержки из интервью с В.В.Миллионщиковой, директором единственного, недавно открывшегося в Москве хосписа:

– Люди, желающие работать в хосписе, должны быть одной командой... Задача нашего хосписа – оказаться в квартире умирающего больного и, увидев, что там, в сущности, некому помогать, постучать соседям; рассказать, что происходит; выяснить, с кем учились, с кем работали, – позвонить, рассказать, привести... Чем человек должен быть окружен в хосписе? Должна быть обстановка, максимально приближенная к домашней. Хочет взять что-то из дома – собаку, птицу, цветок, кресло – пусть привозит. Это очень важно. Привык к каким-то вещам – картина, фотография – должны висеть рядом. Должно быть много зелени... «Качественная жизнь до конца» – если больной уходит в любви окружающих близких ему людей, и с профессиональной поддержкой,

т.е. с медицинской возможностью снять все болевые симптомы, уменьшить физическое страдание... Наша задача не в том, чтобы человек умер на руках у наших сотрудников, а в том – чтобы он умер на руках близких. И мы всю нашу работу строим соответственно. Мы обучаем (неназойливо) родственников – как перестелить, подать, поговорить, поддержать за руку. И у нас это главное – все сделать, организовать, чтобы там были комфорт, любовь... – и «уйти в тень» (а не подменять собой близких, и «нимб» вокруг головы чтоб светился)... Элементы трудотерапии у нас есть. Концерты, лекции, просто экскурсии по хоспису, просто разговоры. Наши больные, как правило, уже не работают... Мы создаем большую видеотеку, т.е. все шедевры мирового кино. Еще у нас огромная библиотека. Книжки нам дарят родственники больных и другие люди...

Вот как звучат некоторые из «заповедей» нашего хосписа:

– Хоспис – не дом смерти. Это качественная жизнь до конца. Мы работаем с живыми людьми. Только они умирают раньше нас.

– Нельзя торопить смерть и нельзя тормозить смерть. Каждый человек проживает свою жизнь. Время ее не знает никто. Мы лишь попутчики на этом этапе жизни пациента.

– Если пациента нельзя вылечить, это не значит, что для него ничего нельзя сделать. То, что кажется мелочью, пустяком в нашей жизни – для пациента имеет огромный смысл.

– Пациент и его близкие – единое целое. Будь деликатен, входя в семью. Не суди, а помогай.

– Каждый индивидуален. Нельзя навязывать пациенту своих убеждений. Пациент дает нам больше, чем мы можем дать ему.

– Ты должен принять от пациента все, вплоть до агрессии. Прежде чем что-нибудь делать – пойми человека, прежде чем понять – прими его.

По образу человека, имплицитно содержащемуся в каждом из описанных подходов к врачеванию, сами эти подходы могут быть соотнесены с соответствующими парадигмами в психологии. Так, опыт Марфо-Мариинской обители и современных сестричеств является воплощением в жизни духовно-эсхатологического видения человека. Работа московского хосписа движима идеалами гуманистической направленности. А практика подавляющего большинства современных медицинских учреждений, клиник представляет собой предельное выражение естественнонаучного понимания человека.

И психология, принося с собой в медицину ту или иную парадигму, тот или иной образ человека, должна осознавать, какому реальному отношению к больному человеку это «даст жизнь» (а какому, возможно, – не оставит места). Реальность же современных клиник такова, что каждая из психологических парадигм может сыграть свою положительную роль в медицине. *Естественнонаучная парадигма* может стать основанием для

конкретных методик, помогающих приспособлению больного человека к новой больничной ситуации. Однако эта парадигма оказывается малопродуктивной или вовсе бессильной там, где речь идет об особо тяжелых заболеваниях, о возможной встрече человека со смертью. Здесь, что особо ясно видно на примере московского хосписа, адекватным основанием становится *гуманистическая парадигма*, которая при своей реализации помогает поднять практику взаимоотношения с больным человеком на большую высоту. Она приносит признание ценности человеческой индивидуальности и вместе с тем – уважение к нему, его жизни, его окружению. Лечение, взаимодействие с человеком рассматривается как «сопровождение на жизненном пути» и подразумевает принятие другого человека. Следствием будет внимание ко всем «мелочам жизни» страдающего человека. И, наконец, свой специфический вклад в медицину может принести *эсхатологическая парадигма*, которая оказывается наиболее действенной в клинике тяжелых заболеваний. Она позволяет, как нам кажется, включать все особенности предыдущих подходов, но при этом также вносить и новое содержание отношений. Это новое содержание – именно конечная цель и смысл каждого неповторимого человеческого пути, образ того «большого», к чему можно стремиться и с чем соотносить любые жизненные отношения. Причем обращает на себя внимание еще и то, что эсхатологическая парадигма преобразует не только отношение к человеку, не только больного, но и врачебный персонал.

Эти подходы не являются взаимоисключающими или – более того – «правильными» и «неправильными»; каждый из них правомерен для решения определенного круга проблем. Коллизии возникают в том случае, когда средствами одного пытаются решить задачу, принадлежащую «компетенции» другого подхода. Но при этом нужно иметь в виду, что представления о том или ином идеале при «встраивании» в соответствующую систему, вероятно, задают «потолок», максимально возможный предел развития конкретных человеческих отношений. И это очень важный момент, поскольку человек – существо многомерное, но вместе с тем – целостное.

Так, одна из основных проблем хосписа – возникновение особого, самозамкнутого мира. Человек, постоянно работающий в «экстремальной», предельной ситуации, совершенно нетипичной для «обыденной жизни», теряет способность нормально включаться в эту жизнь. Постоянное присутствие смерти, не имеющей собственного смысла, который мог бы связать ее с «простой» жизнью; обостренная эмоциональная реакция на все жизненные события – все это ведет к постепенному отчуждению человека от жизни. А к некоторым трудностям возрождающихся сестричеств относится, в частности, при осмыслении болезни, подмена вопроса «для чего?» более распространенным – «за что?», а также возможность при активном поиске духовных основ того или иного события «упустить из виду» душевный пласт человеческой

жизни, не уделять достаточного внимания «маловажным мелочам» практической жизнедеятельности человека.

Сами возможности удержания целостности человеческого существа в реальных конкретных практиках (там, где это уместно и необходимо) достаточно ограничены. И в нашей культуре опыт такого удержания можно видеть только в подвижнической жизни отдельных людей, например – во врачебной деятельности митрополита Антония Сурожского (1995). В целом же для нашей культуры особенно характерным является «выпадение» уровня гуманистических ценностей и идеалов.

В этой связи нам хотелось бы привести описание еще одного подхода к врачебной практике. Это опыт общинной больницы г. Хердеке (Германия), выросший из иных культурных традиций и представляющий собой некоторую целостную систему. Данный опыт являет собой еще один возможный вариант воплощения в жизни эсхатологического видения мира и человека¹.

Необходимо отметить, что сама идея организации общинной больницы приходится на первые годы после окончания второй мировой войны. Именно в это время небольшую группу студентов-медиков и молодых врачей объединило убеждение в односторонности и ограниченности современной медицины, оставляющей все измерения человека, кроме телесного, за стенами своего ведомства. И сама идея, и ее философская и практическая разработка, как и ее организационное воплощение, встречали на своем пути множество препятствий. Тем не менее, в 1969г. клиника открылась, а спустя несколько лет потребовалось уже ее расширение. Изначальная устремленность к идеям человеко-ориентированной медицины задала не только совершенно особый уникальный подход к самой врачебной практике, но повлияла и на выбор места расположения больницы, ее архитектуру, интерьеры и многое другое.

Расположена больница в прекрасном живописном месте, недалеко от г. Хердеке. На ее территории помимо самих больничных корпусов – оранжерея, сад, конюшня, институт для подготовки медицинского персонала, жилые дома врачей. Имеется даже небольшой детский дом. Прямо включенными в процесс лечения являются многие виды терапий, цель которых – облегчение болезни в каждом индивидуальном случае, облегчение ограничений, появляющихся у человека в ситуации болезни. Это – больничная гимнастика, эрготерапия, бассейн, логопедия, гиппотерапия (от греч. «лошадь»), терапия искусством – эвритмия, музыкальная терапия, живопись, лепка. Выбор пути лечения в каждом конкретном случае – поиск, совместные усилия врачей, персонала, терапевтов и самого человека. Кроме того, при больнице существует ряд поддерживающих организаций, помощь и участие которых часто необходимы больному человеку. Это – храм при больнице и так

¹ Данное описание составлено на основе наблюдений автора во время прохождения стажировки в данной больнице.

называемая *Krankenhaus-seelsorge* – организация, дающая человеку любого другого вероисповедания возможность получить помощь и поддержку своей церкви. А также – социальная служба.

Профессиональная жизнь медицинского персонала в стенах больницы протекает очень равномерно, упорядоченно и в то же время полнокровно. Здесь не наблюдается феномен «сгорания» (встречающийся у многих профессионалов, работающих с людьми, – истощение как душевных, так и физических сил). Также крайне редки случаи явно патологического реагирования на болезнь со стороны пациентов. В жизнь больницы активно вовлекаются студенты. Тесному личному контакту с опытными специалистами и, соответственно, преемственности духа, уклада жизни больницы способствует множество совместных дел – постановки спектаклей, праздники, целые семестры практики в больнице и т.д. Важным фактором является отсутствие социальной иерархии. Взаимоотношения между врачами, медицинским персоналом каждого отделения, терапевтами, как на организационном, так и на межличностном уровне, напоминают отношения между членами одной команды, участниками одного ансамбля, где голос каждого человека незаменим, где к достижению общего замысла приходят путем гармоничного сочетания усилий каждого. Так, например, в традиционных утренних пятиминутках обязательно принимает участие воспитатель. Получая представление о физическом самочувствии каждого ребенка, воспитатель учитывает возможные ограничения в видах и длительности занятий для некоторых из детей, планирует время для посещения находящегося в послеоперационном отделении или лежащего в своей комнате ребенка. Всем, требующим более подробных обсуждений проблемам и вопросам отведено отдельное время: проведение детьми выходных дней; конфликт между ребятами, оказавшимися в одной палате; случаи апатии, поведенческих сложностей или тяжелых переживаний кого-либо из детей; назначение или изменение планов терапии каждому ребенку и т.п. Раз в неделю сюда приходят все терапевты, занимающиеся с детьми, и делятся своими наблюдениями, рассказывают о достижениях каждого ребенка в разных видах творчества. Совместные обсуждения позволяют врачам, медицинскому персоналу, воспитателю и терапевтам представить более полно мир каждого ребенка – его внутреннее состояние и переживание, динамику процесса лечения. А это, в свою очередь, помогает поиску путей облегчения страданий ребенка.

Врачи, терапевты, медицинские сестры и братья организуют оркестры, театральные группы, готовят спектакли и концерты. Регулярно проводят обсуждения, помогающие каждому расширять и обогащать свое понимание мира и человека. Пытаются прораивать постоянные, стабильные связи с разными социальными сферами, сознавая проблемы человека, возникающие за стенами больницы. Часто при этом различные экономические ограничения преодолеваются личным участием. (Например, многие врачи, терапевты детского отделения уже несколько

лет проводят свой отпуск вместе с детьми, имеющими хронические, неизлечимые заболевания, жизнь которых – это более или менее долгие периоды между очередными жестокими приступами болезни).

Хотелось бы немного подробнее остановиться на описании жизни одного детского отделения, рассчитанного на 15-20 детей школьного возраста, где проводится лечение самих разных соматических заболеваний – от тяжелых хронических до обычных травм и переломов. Уютный вид этому отделению придают: отсутствие жестких прямоугольных форм (двери комнат расположены в небольших нишах, отступающих вглубь от общего коридора), приятная светлая, разных оттенков окраска стен, на которых висят детские рисунки, шкаф с детскими книгами и настольными играми и многое другое. Немаловажное значение имеет отсутствие пугающих детей больничных атрибутов, таких, например, как белые халаты врачей и сестер или вынужденная изоляция от родителей и друзей.

В детском отделении существует определенный распорядок дня, ставший уже традиционным. Утром звоном колокольчика медсестра и воспитатель будят детей, помогают проснуться каждому, общаясь с ним, уделяют особое внимание недавно пришедшим или находящимся в тяжелом состоянии детям. Большинство необходимых медицинских процедур (в этот час и все последующее время) проводятся прямо в комнате. Их проведение не выделено резко, а как бы вплетено в общую ткань жизни. Медсестра учитывает при этом индивидуальные и возрастные особенности ребенка – ослабляет напряжение и страх разговором, делает укол стеснительному подростку, когда в комнате больше никого нет, малышу – когда рядом мама. Когда в отделение привозят завтрак, дети с воспитателем собираются в просторной светлой столовой за большим круглым столом. При этом дети сами привозят сюда на креслах или кроватях тех, кто ограничен в своих передвижениях. Перед едой, взявшись за руки, читают краткую молитву. Происходящее за столом во время еды очень напоминает большую семью, которая при всей разности входящих в нее людей, живет своей общей жизнью, в которой всему есть место – встречам и расставаньям, радости и печали, повседневным делам. Здесь справляются о состоянии отправившегося вчера на операцию ребенка; выясняют свои «программы» на день – план занятий терапиями; назначают дежурных по столовой, обсуждают сегодняшнее меню и многое другое. В день рождения кого-нибудь из детей на столе – свечи, цветы, различные выпечки и сладости. Именинника поздравляют, дарят ему подарки, которые часто сами же дети для него сделали на одном из сеансов терапии искусством или с воспитателем. Каждый раз поводом для смеха и передразниваний становится процедура приема лекарств, которые медсестра, зайдя в столовую, ставит перед каждым ребенком.

После завтрака дети отправляются во «владения» воспитателя. Здесь можно составлять икебану, гербарий, шить тряпочные куклы, игрушки, плести коврики из ниток, делать разные фигурки, аппликации из бумаги,

вырезать по камню, по дереву и т.п. Даже находящиеся «не в настроении» или сильно ослабленные дети через какое-то время увлекаются той или иной работой. Помимо детей здесь за столом можно увидеть врача, задержавшегося поболтать с ними, или женщин из отделения психосоматики (оно находится в другом крыле этого этажа). Не говоря уже о мамах самых маленьких пациентов, которые с увлечением что-то мастерят со всеми детьми.

Но кроме этого, каждый ребенок имеет свой индивидуальный план прохождения терапий. А дети, вынужденные долгое время оставаться в больнице, посещают школьные занятия, чтобы не отстать от сверстников. Дневная программа терапий каждого ребенка включает в себя все виды терапии искусством. Это музыкальная терапия, которая, как правило, проводится в форме индивидуальных получасовых занятий, а также – живопись, рисование и лепка – более длительные групповые занятия. (Часто занятия искусством посвящаются подготовкам к благотворительным базарам. Дети с удовольствием лепят из глины различные игрушки, сувениры и пр., зная, что «плоды» их труда помогут детскому саду или школе для детей-инвалидов.) Это может быть также гиппотерапия (специально разработанная система занятий на лошади) или бассейн.

Завершает день «Abendkreis» – вечерний круг. Дети как-то особенно каждый раз ждут его, задолго начинают выяснять, кто сегодня будет его проводить. Конечно же, среди медсестер, медбратьев, терапевтов, которые обычно проводят эти круги, есть наиболее любимые детьми. Пение и разучивание песен под гитару, чтение сказок, рассказов, историй и легенд чередуются с душевными разговорами, к которым так располагает эта обстановка. Какая-то особая, щемящая душу теплота происходящего в этот час при свете свечей по-новому освещает видимые обычно изолированными отдельными грани ситуаций, явлений, придавая им полноту, смысл, устраняя противоречивую внешнюю несвязность. Эта теплота делает всех находящихся здесь близкими и родными. Слезы, страх, отчужденность ребенка, попавшего в этот день в больницу, после вечернего круга исчезают и в оставшееся время (до сна) его уже можно видеть общающимся со всеми окружающими как с давно знакомыми людьми.

Сами или с родителями дети могут пойти на воскресные службы в церковь, находящуюся при больнице, на организуемые при ней детские мероприятия. В выходные вечером здесь часто проводятся концерты, спектакли. В дни праздников жизнь в больнице преобразуется. На занятиях с воспитателем, на терапиях искусством, задолго до самого праздника начинается подготовка к нему. Например, к Рождеству дети делают игрушки для елки, шьют кукольных ангелов, мастерят пестрые фонарики. На вечернем круге читают рождественские рассказы, кто-нибудь из терапевтов или персонала нередко ставит с детьми праздничный спектакль.

Попав в больницу со своим телесным страданием, ребенок не только

не лишается привычной полноты своей детской жизни, но часто получает новый, богатый и яркий опыт. Лучшим свидетельством этого являются письма, поделки и рисунки детей, которые они присылают долгие годы после выписки полюбившимся здесь в больнице людям...

Эсхатологическая парадигма позволяет предельно «поднять планку» отношения к страдающему человеку, расширить горизонты человеческого общения; дает возможность человеку не просто «быть самим собой», но и «быть больше самого себя». Причем, если в обыденной жизни такое привнесение духовной реальности, возможно, только расширяет ее горизонты, то в ситуации, с которой имеет дело медицина (больной человек, в пределе – человек перед лицом смерти) – эта реальность становится жизненно важной. Бессмысленность смерти предстает как тяжесть, как гнетущая атмосфера в современной больнице или же как чувство полного ухода, конца человека («качественная жизнь до конца» – заповедь хосписа). Сознание же неокончателности и осмысленности смерти ведет к возникновению возможности иного отношения, иного общения, иной жизни в больнице (опыт общинной больницы, современного сестричества – «смерть – это свет сквозь слезы»).

Смысл смерти, конечная цель позволяет осмыслить и собрать воедино жизненный путь человека, наполнить содержанием и целостностью всю его земную жизнь. «В конце концов, то, что придает смысл жизни, придает смысл и смерти. Помещение жизни в перспективу конца делает ее именно путем, придает ей динамику, особый вкус ответственности. Но это, конечно, лишь если человек воспринимает смерть не как тупик, а как дверь. Жить в двери нельзя – это верно. И в смерти нет места для жизни. Но есть еще жизнь за ее порогом. Смысл смерти придает то, что за ее порогом» (Кураев, 1995). «Идея о бессмертии души – это сама жизнь, ее окончательная формула и главный источник истины и правильного сознания для человека», – писал Ф.М.Достоевский.

Клиника, в центре внимания которой стоит живой человек во всей своей полноте и целостности, может явить собою, пользуясь формулой В.С.Соловьева, «соборно организованную жалость».

ЛИТЕРАТУРА

- Братусь Б.С., Розовский Н.Я., Цапкин В.Н. *Психологические проблемы изучения и коррекции личности.* М., 1988.
- Василюк Ф.Е. *От психологической практики психотехнической теории.* // *Московский психотерапевтический журнал*, 1992, № 2.
- Вересаев В.В. *Записки врача. Сочин. т.4., изд-е 8, Т-во «Книгоизд-во писателей в Москве», М., 1918.*
- Временник Московского общества Истории и древних российских книг*, 1, М., 1849.
- Горелова А.Е. *Монастырское врачевание.* // *Медицинский вестник*, № 13, 1994.
- Диакон Андрей Кураев. *Традиция. Догмат. Обряд.* Москва-Клин,

- «Братство Святителя Тихона», 1995.*
- Достоевский Ф.М. Дневник писателя. М., «Современник», 1989.*
- Миллер Л.П. Святая мученица Российская Великая княгиня Елизавета Федоровна. М., «Столица», 1994.*
- Митрополит Антоний Сурожский. Жизнь. Болезнь. Смерть. СПб., 1995.*
- Митрополит Антоний Сурожский. О встрече. СПб., 1994.*
- Начало христианской психологии. М., «Наука», 1995.*
- Психология и новые идеалы научности (материалы «круглого стола») //*
Вопр. философии, 1993, № 5.
- Розин В.М. Психология и культурное развитие человека. М., Изд-во*
Российского открытого университета, 1994.
- Слободчиков В.И., Исаев Е.И. Психология человека. М., «Школа-пресс»,*
1995.