**Лекция №6: Психология умирающего больного**

*План лекции:*

* старение, умирание, смерть
* психология умирающего больного
* эвтаназия
* паллиативная помощь и хосписы

Профессия врача связана с постоянным столкновением со смертью и опасностью смерти.

Человек - единственное из всех живых существ, которое знает о неизбежности смерти. Однако и человек по-настоящему не может осознать этого. Зигмунд Фрейд писал: "По сути, никто не верит в собственную смерть. Или, что то же самое, каждый из нас, не осознавая того, убежден в своем бессмертии".

Вообще, смерть воспринимается по-разному на разных этапах жизни. Дети не осознают смерти, они представляют её как временное отсутствие, похожее на сон, обратимое состояние. Дети начинают осознавать смерть только в возрасте 4-5 лет, но они воспринимают ее как нечто, касающееся не их, а любимого человека, со страхом его потерять (например, мать). Только после 10 лет смерть понимается как что-то, что может случиться с самим собой. Пожилые люди обычно не боятся смерти в такой степени, как молодые.

Страх смерти это естественное чувство. Однако здорового человека не занимает мысль о смерти; его внимание занято большими и малыми заботами и проблемами повседневной жизни. Однако проходят годы, люди стареют, теряют друзей, родных и близких, и в поэтому в старости люди чувствуют смерть более близкой и мысли о смерти все чаще посещают стареющего человека.

Человечество создало множество мифов о смерти. Центральной проблемой большинства религий является вопрос о жизни в потустороннем мире, о жизни после смерти. Религия, как правило, дает верующим успокоение, утешает их страх перед смертью за счет различных представлений о том, что со смертью жизнь не прекращается, что возможно ее продолжение в иной форме и после физической смерти тела. Поэтому принято считать, что религиозный человек умирает спокойно, легко.

Околосмертные переживания, околосмертный опыт (англ. near-death experience, NDE) — изменённое состояние сознания, обусловленное личными переживаниями людей в момент их клинической смерти. Сознание умирающего человека, особенно в случае хронических заболеваний, постепенно сужается, часто даже отключается от окружающего мира. При умирании выделяются стадия сопротивления, стадия обзора жизни, стадия трансцендентности. Раймонд Моуди (R.Moody, 1976) проанализировал рассказы больных, перенесших клиническую смерть: человек сначала видит свое тело сверху, потом плывёт по длинному коридору к свету, где встречается с умершими родственниками и друзьями (в частности, в момент остановки сердца они видели своих погибших родственников или "ангелов", которые уговаривали их "пока не умирать", просмотрели свою жизнь как кинопленку, летели сквозь туннель). Работа Моуди нашла широкий отклик у публики, но в научных кругах была встречена скептически. Однако в последующем данные Моуди нашли подтверждение у других исследователей, особенно при сравнении людей разных культур и вероисповеданий (они сообщали о «пребывании вне тела», говорили, что перед ними «прошла вся жизнь», и более половины «видели вдали свет»).

Парапсихологи рассматривают эти переживания как свидетельства жизни после смерти. А научное сообщество расценивает такие переживания как галлюцинации, причинами возникновения которых могут служить диссоциативные расстройства вследствие сильного стресса или применения сильных анальгетиков (например кетамина).

Кроме того, в терминальном состоянии наблюдается патологическое реагирование рецепторов в ответ на нарушение снабжения кислородом тканей головного мозга. В слуховых рецепторах возникают субъективные ощущения, похожие на шум, звон, свист, жужжание, в зрительных - вспышки яркого света.

Подробно отношение к смерти и умиранию исследуется в философии экзистенционализма. Ирвин Ялом писал, что человек вынужден постоянно бороться с четырьмя неопровержимыми истинами:

• конечность жизни,

• свобода выбора и ответственность,

• одиночество перед самим собой,

• отсутствие у жизни смысла как такового.

Страх перед этими истинами заставляет человека погружаться в бытовые проблемы, беспокоиться о своем будущем так, словно он собирается жить вечно. И только столкновение со смертью заставляет нас задуматься о ежеминутном существовании, о радости каждого дня, о счастье быть здоровым, о том главном, что составляет истинную ценность человеческой жизни.

Раньше от врача вовсе не требовалось находиться у постели больного вплоть до его смерти. Напротив, убедившись, что больной безнадежен, врач считал свою миссию законченной и умирающий больной переходил под попечение священника, который проводил религиозные обряды и констатировал наступление смерти. Еще Гиппократ говорил, что к тем, кто уже побеждены болезнью, медицина не должна «протягивать своей руки», когда известно, что она не может помочь. Более того, врачей еще с древних времен учили распознавать «знаки смерти» - показатели приближения кончины – как раз для того, чтобы сразу после их обнаружения прекращать лечение. Это мотивировалось опасением повредить своей репутации, навлечь на себя немилость родственников больного, которого не удалось спасти.

Однако в 17-18 веках в европейских странах возникли и долгое время продолжались панические настроения, связанные с летаргическим сном, со страхом быть похороненным заживо. В частности, эти страхи нашли отражение в рассказе Аллана По «Погребенные заживо».

Дело доходило до того, что люди стали оговаривать в своих завещаниях проведение после смерти надрезов на конечностях и т.п., чтобы удостовериться в действительной кончине, либо обязательность интервала в несколько суток между смертью и похоронами. Некоторые люди даже заказывали себе гробы, оборудованные сигнальными колокольчиками и флажками, переговорными трубами.

Великий русский писатель Николай Васильевич Гоголь страдал тафефобией — страхом погребения заживо, поскольку после перенесенного малярийного энцефалита, был подвержен обморокам с последующим продолжительным сном. Он патологически боялся, что во время подобного состояния его могут принять за умершего. Более 10 лет он не ложился в постель. Ночами дремал, сидя или полулежа в кресле или на диване. Не случайно в "Выбранных местах из переписки с друзьями" он написал: "Завещаю тела моего не погребать до тех пор, пока не покажутся явные признаки разложения".

Под влиянием таких широко распространившихся опасений ситуация изменилась и постепенно врачи обрели исключительное право, а вместе с тем и обязанность констатировать смерть.

В 1957 году международный Конгресс анестезиологов обратился к главе римской католической церкви папе Пию XII с просьбой разъяснить, чем следует руководствоваться, проводя границу между жизнью и смертью. Тот ответил, что уточнять определение смерти – дело не церкви, а врачей. Таким образом, церковь официально признала, что именно на враче, а не на священнике, лежит ответственность за констатацию смерти.

Другая сторона процесса медикализации смерти, это то, что местом, где человек расстается с жизнью, все чаще становится больница. За последние 100-150 лет общественное здравоохранение и медицинская технология все больше вытесняют смерть и мысли о смерти из центра общественного внимания. Французский историк Филипп Арьес пишет: «В городах люди в большинстве случаев перестали умирать дома, как еще раньше перестали дома появляться на свет». В настоящее время в западных странах в 70-80% случаев смерть происходит в больнице. Что касается больных раком, то, например, в Финляндии 90% из них умирает в больницах (хотя в то же время опросы как здоровых, так и смертельно больных людей показали, что большинство из них хотело бы умереть дома). Эта тенденция сохраняется, и процент умерших в больнице продолжает расти. В результате многие люди, оказываясь дома рядом с умирающим родственником, пугаются и просто не знают, как им себя вести и что следует делать.

Эта тенденция ведет также к тому, что врачам теперь все чаще приходится непосредственно иметь дело со смертью и умиранием. Сегодня смерть «укорачивается или продлевается в зависимости от действий врача: он не может её предотвратить, но часто в состоянии регулировать её длительность – от нескольких часов до нескольких недель, месяцев или даже лет… Медицина в принципе может позволить неизлечимому больному продолжить существование неопределенно долго» (Ф.Арьес).

Таким образом, в результате медикализации смерти к настоящему времени врачи оказались непосредственно вовлеченными в трагическую область человеческого существования, навлекло на них очень серьезную ответственность и породило такие моральные проблемы, с которыми ранее им не приходилось сталкиваться.

**Стадии терминального заболевания**

Элизабет Кюблер-Росс (Kuebler-Ross, 1969) была первой, кто стал серьезно изучать тему угасания и смерти.

Главной ее заслугой считают то, что ей удалось разорвать замкнутый круг лжи и лицемерия, который окружал тему смерти в западной культуре вообще и в медицинском сообществе в частности.

Она была первой среди врачей, кто вслух заговорил о том, что недостаточно бороться за жизнь пациента до последней минуты. Долг врача - не только продлевать жизнь больного, которая в конце концов превращается в мучительную и бессмысленную агонию. Необходимо сделать все, чтобы последние часы и минуты жизни пациента были прожиты с достоинством, без страха и мучений. А для этого необходимо заранее готовиться к смерти, думать и говорить о ней без смущения, как о естественной и неотвратимой составляющей жизни.

Она впервые столкнулась с темой смерти еще в детстве, когда попала в больницу и стала свидетельницей смерти восьмилетней девочки - соседки по палате. Ее потрясла эта смерть ребенка - в одиночестве, в стерильной и холодной больничной атмосфере, без поддержки родных Она работала в американских больницах, где ее шокировало отношение врачей к умирающим пациентам, с которыми никто не разговаривал, к ним относились как к объектам манипуляций.

Кюблер-Росс сидела у постели своих умирающих пациентов, держа их за руку и разговаривая с ними. В 1969 году вышла в свет ее известная книга "О смерти и умирании", которая сразу же стала бестселлером.

В этой книге она описала пять стадий, которые проходят неизлечимо больные люди, если в их распоряжении еще есть достаточное время:

1. *Отрицание*: при получении информации неизлечимом характере болезни пациенты часто отказываются признавать наличие болезни и делают вывод, что диагноз поставлен им ошибочно.

Вначале чаще всего больной отказывается принять свою болезнь и возможности близкой смерти: "Этого не может быть...", "Нет, только не я, это неправда...". Больные отказываются реально оценить тяжесть заболевания, смещают акцент с главного симптома на второстепенные. По мере ухудшения состояния больного охватывает беспокойство, он может начать искать нового врача, требовать какого-то обследования, обращаться в другие медицинские учреждения и т.д. Такое состояние может быть более или менее продолжительным. У отдельных людей оно может отмечаться до последней минуты жизни (смерть великого хирурга Пирогова от рака носоглотки). На этой фазе целесообразно молчаливо согласиться с больным. Эта фаза отказа признать реальность является нормальной и конструктивной, если она не затягивается и не мешает терапии.

2. *Гнев*: когда приходит осознания реальности болезни, тогда отрицание сменяется гневом, возмущением: "Почему именно я... Почему именно мне это выпало?". На этой стадии нередко возникают трудности в общении с пациентами, поскольку они вымещают свою злобу на врачах и на семье. Важным является возможность излить негативные чувства вовне. Нужно понимать, что это состояние враждебности и гнева - закономерное, нормальное явление и сдерживать его больному очень трудно. Нельзя осуждать больного за эти реакции. Здесь больной особенно нуждается в дружеской поддержке и участии, эмоциональном контакте.

3. *Сделка*: на этом этапе люди начинают заключать сделки – они обещают сделать что-то особенно и изменить свое поведение, если болезнь уйдет прочь.

Нередко больной обращается к Богу с обещаниями смирения и послушания: «Еще немного, мне надо закончить дела». В обмен на выздоровление обещают выполнить что-то, например, регулярно ходить в церковь и т.п. Возможный вариант "сделки" и попытки "отсрочить" смерть: "Я должен дождаться свадьбы сына... окончания института дочерью" или другие. Ожидание какого-то важного события вообще имеет большое значение для наступления смерти, скорости умирания (часто человек спокойно умирает, дождавшись важного для него события).

4. *Депрессия*: больной с течением времени неизбежно понимает, что с судьбой нельзя договориться и осознает, что на этот раз предстоит умереть именно ему. При этом может появиться чувство вины и самобичевание – «чем я это заслужил?». Депрессия может возникнуть из-за переживания скорой потери семьи, друзей, собственного будущего и самой жизни.

Именно эта группа больных особенно трудна для работы с ними. У окружающих они вызывают чувство тревоги и беспокойства, душевного дискомфорта. Любые попытки поддержать больного шуткой, бодрым голосом, воспринимаются как нелепые в данной ситуации.

В этот период, вольно или невольно, все окружающие больного начинают избегать общения с ним. Это касается и родственников, и медицинского персонала. При этом у родственников может возникать чувство вины за свое поведение, и даже порой невольные мысли желания умирающему более быстрой и легкой смерти. Такое отчуждение может показаться бессердечным, но эти чувства представляют собой действие механизмов психологической защиты.

Именно в этот момент больной больше всего нуждается в душевном комфорте и теплоте. Полезно даже молчаливое присутствие в палате у постели умирающего, которое скажет ему о том, что о нем заботятся и понимают. Здесь необходимо участие родственников и выполнение, по возможности, любых желаний больного.

5. *Принятие*: пациенты принимают тот факт, что болезнь неизлечима, и им скоро придется умереть.

На этом последнем этапе смирения с судьбой происходит осознание того, что смерть неизбежна и неотвратима. В этой фазе надо создать у больного уверенность, что он не останется один наедине со своей смертью.

Эти этапы отмечаются и в течение заболеваний, не имеющих смертельного исхода, и некоторые авторы добавили 6-й этап – фазу возвращения к жизни.

Названные стадии могут проявляться в иной последовательности. Бывает, что человек, приняв однажды факт скорой смерти, смирившись с судьбой, через какое-то время вновь все отрицает и строит планы на будущее. Ну, а если заболевание скоротечно, больной может умереть и на первой фазе - стадии отрицания.

Тем не менее, эта схема может быть полезной для понимания психологических процессов, происходящих с больными в терминальной стадии заболевания.

Защиту от страха смерти вынуждены применять и пациенты, и врачи. Обычно эта защита выражается в виде веры в собственную исключительность («Ко мне это не имеет никакого отношения»), или в надежде на чудесное спасение («Врачи обязательно что-нибудь придумают»).

Медицина была устроена так, что с больным можно обсуждать все что угодно - анализы, процедуры, способы лечения, но не прогноз, особенно если он неутешительный. Родственникам больного и врачам полагалось держаться с наигранным оптимизмом, а на "провокационные" вопросы больного: "Скажите правду, доктор, сколько мне осталось?" бодро отшучиваться. В результате умирающий оставался один на один со своими страхами, горькими мыслями и страданиями.

Такая "ложь во спасение" имела давние корни в патерналистской модели, которая раньше господствовала в медицине. В нашей стране эта модель преобладает до сих пор, с молчаливого согласия большинства пациентов, которые не готовы разделить с врачом ответственность за свою жизнь.

Однако рано или поздно любой больной узнавал диагноз, который от него скрывали.

Именно благодаря работе Кюблер-Росс в США сейчас принято сообщать пациенту полную информацию о его диагнозе и прогнозе даже в самом неутешительном случае. Американские врачи убеждены, что скрывать правду от человека - значит нарушать его священное право принимать самостоятельные решения.

Избегание разговоров о смерти выгодно не больному, а здоровым - родственникам и врачам, которым, в большинстве случаев, просто удобнее обходить неприятную тему.

Надо очень осторожно подходить и к информированию родственников. Родные больного переживают часто примерно те же чувства, что и сам больной.

В своём руководстве Г.Каплан приводит следующие рекомендации того, как следует и как не следует вести себя с умирающим пациентом:

1. Не следует занимать жесткую позицию (например: "В таких случаях я всегда информирую пациента"). Одни пациенты хотят узнать диагноз, а другие - нет. Не нужно лишать больного надежды и не переубеждать его в случае, если отрицание является основным механизмом защиты. Если пациент отказывается от лечения в результате отрицания своей болезни, в мягкой форме и постепенно надо давать ему понять, что помощь необходима и будет оказана.

2. Следует побыть с пациентом после сообщения ему информации о его диагнозе. После этого пациент может испытать сильный психологический шок. Целесообразно побудить его задавать вопросы и давать правдивые ответы; сказать, что Вы вернетесь, чтобы ответить на вопросы пациента или его семьи.

3. Следует по возможности вернуться к пациенту спустя несколько часов, с тем, чтобы проверить его состояние. Если у пациента возникает значительная тревога, ему стоит назначить на несколько дней транквилизаторы.

4. Следует дать советы членам семьи пациента, касающиеся его заболевания, порекомендовать им чаще общаться с пациентом и позволять ему рассказывать о своих страхах и переживаниях. Членам семьи придётся не только столкнуться с трагедией потери близкого человека, но также и с осознанием мысли о собственной смерти, которое может вызвать тревогу (после смерти больного резко возрастает заболеваемость и смертность его близких).

5. Следует облегчить боль и страдания пациента (нет оснований для ограничения использования наркотических средств из-за опасности привыкания к ним умирающего больного). Борьба с приступами боли должна вестись активно и постоянно.

6. Следует создать условия, учитывающие интересы окружающих пациентов (больные очень чувствительны к смерти соседа по палате).

**Эвтаназия**

Эвтаназия – слово греческого происхождения ”eu” – хороший, ”thanatos” – смерть. Впервые этот термин был использован Френсисом Беконом, который понимал под эвтаназией легкую, безболезненную, даже счастливую смерть (примерно это в наши дни стремится обеспечить хосписное движение).

В наши дни термин используется не только в беконовском, но и в ряде других значений. В «Энциклопедии биоэтики» выделяются четыре значения:

1) ускорение смерти тех, кто испытывает тяжелые страдания,

2) прекращение жизни лишних людей,

3) забота об умирающих (это и есть изначальное беконовское значение),

4) предоставление человеку возможности умереть.

Для первобытных племен было нормой убивать больных и стариков или (для кочевых племен) не брать их с собой при смене стоянки. В Спарте слабых, болезненных мальчиков сбрасывали со скалы. Платон писал, что медицина призвана заботиться лишь о здоровых телом и душой; не следует препятствовать смерти физически слабых, а скверные душой сами себя погубят. Вообще в Древней Греции поддерживалось и поощрялось самоубийство тех, кто достиг 60 лет. Сократ и Платон считали, что если человек по причине своей слабости становится обузой для общества, то покончить с собой – его моральный долг. Философы-стоики от Зенона до Сенеки оправдывали умерщвление слабых и тяжело больных людей, даже без их согласия. Впрочем, Аристотель и пифагорейцы были противниками умерщвления больных, и именно их воззрения нашли отражение в «Клятве» Гиппократа.

Христианство восприняло от иудаизма представление о жизни человека как божьем даре и с самого начала резко выступало против самоубийства. Страдания были переосмыслены как то, что человек должен принимать достойно, с мужеством. Блаженный Августин вслед за Аристотелем осуждал самоубийство, даже перед лицом нестерпимой боли, как проявление трусости и презренной слабости. Фома Аквинский резко выступал против самоубийства, включая эвтаназию тяжелобольных.

И только в конце XIX – начале XX веков, в условиях падения религиозности, получили распространение представления о добровольной эвтаназии, о праве личности окончить свою жизнь, когда смертельная болезнь превращает жизнь в страдание. Начал дискутироваться вопрос о том, что безнадежно и болезненно страдающий больной может обратиться к врачу с просьбой ускорить смерть. Так, например, в России известный адвокат А.Ф.Кони считал эвтаназию допустимой при наличии следующих условий:

• сознательной и настойчивой просьбы больного;

• невозможности облегчить страдания больного известными средствами;

• несомненных доказательств невозможности спасения жизни, установленной коллегией врачей при обязательном единогласии;

• предварительного уведомления прокуратуры.

Примечательно, что в тех странах, где активная эвтаназия сегодня практикуется, она разрешается при соблюдении именно этих условий.

В нашей стране в 1922 году Уголовным Кодексом эвтаназия была узаконена, но вскоре эта правовая норма была отменена.

Германия времен нацизма была страной, где эвтаназия осуществлялась в массовых масштабах. Проводилась государственная политика насильственной эвтаназии, направленная против тех, кто был экономическим «бременем для общества». В 1939 году 5 тысяч детей, страдающих гидроцефалией, параличом и уродствами, были подвергнуты эвтаназии, получив большую дозу фенобарбитала. В последующем еще несколько десятков тысяч больных с умственными расстройствами были подвергнуты эвтаназии в газовых камерах.

После войны нацистские эксперименты по убийству неполноценных и больных людей были осуждены и общественное мнение во всем мире резко отвергало эвтаназию. Однако, лет через 20 в связи с развитием новых медицинских технологий (успехи в области реаниматологии и интенсивной терапии), снова появились общественные движения, отстаивающие «право на достойную смерть» и эвтаназия вновь оказалась в центре внимания.

Различают пассивную эвтаназию – отказ от жизнеподдерживающего лечения (ИВЛ и т.д.), когда оно либо прекращается, либо вообще не начинается – и активную эвтаназию – преднамеренное вмешательство с целью прервать жизнь пациента, например, путем инъекции.

С некоторыми формами отказа от лечения, ведущими к смерти пациента, приходится мириться. Например, случай, когда пациента выписывают из больницы домой, если его болезнь неизлечима – по сути дела, это является пассивной формой эвтаназии, и достаточно часто встречается в медицине. С моральной точки зрения имеется разница между ситуацией, когда принимается решение не начинать лечение, и ситуацией, когда прекращается уже начатое лечение. В первом случае врач просто ничего не делает, а во втором ему приходится совершить некоторое действие – например, отключить аппарат ИВЛ (моральное бремя будет более тяжким).

Различают три формы активной эвтаназии – убийство из сострадания, добровольную активную эвтаназию и самоубийство при помощи врача. В первом случае жизнь пациента прерывается другим человеком, например врачом, причем часто это делается без ведома пациента (обычно это такие ситуации, когда он находится без сознания). Во втором и третьем случаях, напротив, имеется согласие пациента. Разница заключается в том, что во втором случае сам врач по просьбе пациента делает ему смертельную инъекцию, тогда как в третьем случае врач передает в руки больного средство, позволяющее тому покончить с собой.

Широко известен Джек Кеворкян, по прозвищу Доктор-смерть, выступил в защиту эвтаназии и в 1989 году сконструировал так называемую «машину самоубийства» (мерситрон — англ. Mercitron, от mercy — милосердие), подающую смертельную дозу анальгетиков и токсичных препаратов в кровь больного, для пациентов, не способных покончить с собой иными способами. Говорят, в 1990-х годах этим устройством воспользовалось более 130 человек.

Практика активной эвтаназии разрешена в некоторых странах (Нидерланды, Бельгия, Люксембург, штат Орегон в США), хотя и вызывает дискуссии в других странах.

Аргументы сторонников эвтаназии:

1. Человеку должно быть предоставлено право самоопределения, вплоть до того, что он сам может выбирать, продолжить ли ему жизнь или оборвать ее (Слабость этого аргумента в том, что осуществление эвтаназии так или иначе предполагает участие врача, который тоже имеет право на выбор и может отказаться от участия в эвтаназии, которое будет для него огромной тяжестью в моральном плане).

2. Человек должен быть защищен от жестокого и негуманного лечения (Если пациенту приходится переносить тяжелые и непрекращающиеся боли, чувство сострадания может подсказать и такой выход, как эвтаназия. Но страдания пациента связаны не только с состоянием пациента, но зачастую и с плохими условиями пребывания в клинике и плохой работой ее персонала).

3. Человек имеет право быть альтруистом (Мучения больного заставляют страдать его близких родственников. Понимая безнадежность своего положения, посредством эвтаназии человек мог бы облегчить их переживания, а также сберечь деньги, которыми могли бы воспользоваться его родные. Человек, безусловно, вправе быть альтруистом, но из этого не следует, что он должен отказывать в этом праве другим – близким, медперсоналу).

4. «Экономический» аргумент (Иногда утверждают, что лечение и содержание обреченных отнимает у общества немало средств, которые можно было бы использовать более рационально. Такими же соображениями руководствовались и нацисты, осуществляя программы «оздоровления нации». По некоторым подсчетам, реальная экономия средств при широком введении активной эвтаназии оказалась бы исчезающе малой).

Аргументы противников эвтаназии:

1. Активная эвтаназия есть покушение на непреходящую ценность, каковой является человеческая жизнь (Не только в христианстве, но и во всех иных религиозных конфессиях святость человеческой жизни выступает в качестве высшей ценности, а потому самоубийство и эвтаназия рассматриваются как нарушение божьей воли. Фактически данная ценность очень глубоко укоренена в культуре и является сильным моральным требованием, в том числе для атеистов. Легализация практики массового уничтожения человеческих жизней, превращение ее в принятую, санкционированную обществом, чревата потрясением его нормативно-ценностных устоев и свидетельствует о его глубокой моральной деградации).

2. Возможность диагностической и прогностической ошибки врача (Это достаточно веский аргумент. Там, где активная эвтаназия узаконена, ее осуществление требует независимого подтверждения диагноза и прогноза).

3. Возможность появления новых медикаментов и способов лечения (Порой надежда на новое средство граничит с верой в чудо. Нередко неизлечимо больные люди ищут последнюю возможность в обращении к так называемой «нетрадиционной» медицине).

4. Наличие эффективных анальгезирующих средств (К сожалению, они в лучшем случае снимают физическую боль, но не освобождают пациента, прикованного к постели, от постоянной мучительной слабости, зависимости от окружающих).

5. Риск злоупотреблений со стороны персонала (В случае, если активная эвтаназия будет узаконена, у медицинского персонала будет возникать искушение использовать ее не столько исходя из интересов и желания пациента, сколько из других, менее гуманных соображений).

6. Аргумент «наклонной плоскости» (Если эвтаназия будет узаконена, и если в законе будут прописаны жесткие требования к ее практическому осуществлению, в реальной жизни постоянно будут возникать ситуации «на грани» узаконенных требований. Незначительные отступления будут размывать строгость закона и, в конечном счете, они приведут к тому, что начнется неконтролируемый процесс, и эвтаназия будет осуществляться не из сострадания, а во имя совсем других целей).

**Паллиативная помощь и хосписы**

В последнее время появилась тенденция рассматривать умирание как естественную и закономерную фазу человеческой жизни, имеющую свою ценность и значимость. Речь идет о том, чтобы пациенту была дана возможность и в этот период вести содержательную, наполненную жизнь, то есть не только лишь о медикаментозном воздействии, но и о целом комплексе мер социальной и психологической поддержки.

Хоспис — медицинское учреждение, в котором безнадёжно больные пациенты получают достойный уход. Пациенты хосписов окружены обычными «домашними» вещами, к ним открыт свободный доступ родственникам и друзьям. Медицинский персонал оказывает паллиативную медицинскую помощь, то есть купирование, смягчение отдельных симптомов - больные могут получать кислород, обезболивающие, зондовое питание и т. п. Минимум врачей и максимум среднего и младшего медицинского персонала. Основная цель пребывания в хосписе — скрасить последние дни жизни, облегчить страдания.

Хоспис - учреждение здравоохранения для оказания медицинской, социальной и психологической помощи преимущественно онкологическим больным в последней стадии болезни и психологической поддержки их родственников.

Так, основными показаниями для госпитализации в хоспис являются:

• необходимость подбора и проведения адекватного лечения боли и других тяжелых симптомов при отсутствии эффекта от проводимой терапии на дому;

• проведения манипуляций, которые не могут быть выполнены в домашних условиях;

• отсутствие условий для оказания паллиативной помощи на дому (одинокие пациенты, сложная психологическая ситуация в семье);

• предоставление кратковременного отдыха ухаживающим за тяжелым больным родственникам.

**Паллиативное лечение**

В развитии некоторых заболеваний раньше или позже наступает момент, когда активное лечение становится невозможным (например, опухоль становится неоперабельной, не поддается лучевой или химиотерапии). Вместо борьбы за спасение жизни таким больным должна оказываться паллиативная помощь, имеющая целью обеспечить достойное умирание, в первую очередь защитить пациента от страданий и болей.

Латинское “pallium” означает «оболочка», «одеяло», «покров». Имеются разные формы организации паллиативной медицины – патронажная помощь на дому, дневные стационары, выездная служба типа «скорой помощи», собственно стационар хосписов и т.д. В этой деятельности принимают участие врачи-специалисты, медицинские сестры, психологи, представители духовенства, а также добровольцы, получившие специальную подготовку. Незаменима, конечно, роль близких родственников и друзей пациента, которые, однако, и сами нуждаются в квалифицированных советах и руководстве.

Из всех проблем умирающего больного борьба с болью является самой главной. Это непременное условие реализации права больного на достойное умирание.

В характеристике качества жизни умирающего особое место занимает моральное самочувствие пациента. Необходимо не только избавить умирающего от страха перед болью и беспомощностью, но и бороться с чувством одиночества, отчуждения от мира людей, которые испытывают все умирающие.

Хоспис - это не только учреждение - это философия, в основе корой лежит отношение к больному как к личности до самой последней минуты его жизни и желание облегчить его страдания, учитывая его желания и предпочтения.

Больной направляется в хоспис не умирать, а для проведения мероприятий, направленных на купирование боли, уменьшение одышки или других симптомов, с которыми он и его лечащий врач не могут справиться в домашних условиях. Кроме того, больным и их родственникам в хосписе предоставляется психологическая, социальная и духовная поддержка.

Митрополит Антоний Сурожский (врач по образованию) писал: «Большей частью самая страшная для умирающего мысль – та, что он отходит, умирает одиноко… В начале войны я был хирургом в полевом госпитале. Я сидел, как правило, с каждым умирающим в нашей больнице, не только своего отделения, но и других отделений… это может делать кто угодно, способный уделить свое время тому человеку, у которого времени очень мало».

Также он писал о том, что в общении с больным, с умирающим в особенности, следует избегать пустых разговоров и научиться «сосредоточенному присутствию», когда в совместном молчании больного и человека, желающего оказать ему психологическую поддержку, возникает что-то родственное и сближающее их, и тогда приходят нужные темы для разговора, беседы и находятся нужные слова.

Становление движения хосписов в современной России связано с Виктором Зорза, который в книге «Путь к смерти. Жить до конца» описал последние дни своей дочери Джейн, проведенные в хосписе.