

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ОКАЗАНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛЮДЯМ В КРИЗИСНЫХ (ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ) СИТУАЦИЯХ

УДК 159.9

СВЯЩЕННИК В РЕАНИМАЦИИ: ПРАКТИКА ДУХОВНОЙ ПОМОЩИ

PRIEST IN REANIMATION: THE PRACTICE OF SPIRITUAL HELP

Артёмов Р. Ю., священник, магистр философских наук, магистр психологии Минской духовной академии (г. Минск, Беларусь)

Artsiomau R., priest, master of philosophy, master of psychology Minsk Theological Academy (Minsk, Belarus)

Статья посвящена рассмотрению практики оказания духовной помощи в реальности отделений интенсивной терапии (реанимаций). Рассмотрены основные классификации отделений, а также правила пребывания посетителя в них. Рассмотрены особенности взаимодействия с персоналом и родственниками пациента.

The article is devoted to the consideration of the practice of providing spiritual assistance in the reality of intensive care units. The main classifications of departments, as well as the rules for the visitor's stay in them, are considered. The features of interaction with the staff and relatives of the patient are considered.

Ключевые слова: духовная помощь, интенсивная терапия, болезнь, кризис, травма, священник

Keywords: spiritual help, intensive care, illness, crisis, trauma, priest

Священник неизбежно сталкивается с необходимостью присутствовать в реальности реанимационных отделений. Оказание духовной помощи в реанимации имеет ряд особенностей, которые накладывают особую ответственность на священнослужителя.

В данной статье мы постараемся рассмотреть данные особенности, также рассмотрим некоторые практические моменты, которые будут полезны священнику.

Виды реанимационных отделений. Отделение реанимации (интенсивной терапии) представляет собой стационарное отделение в большом медицинском учреждении, либо при медицинском универ-

ситете (в Республике Беларусь реже встречается). Оно предназначено для оказания неотложной помощи, реанимации или интенсивной терапии пациентов. Отделение может быть общим, либо иметь специализацию по лечению определенных заболеваний или для новорожденных. В таком случае реанимационные отделения находятся на базе определенных больниц, госпиталей, РНПЦ и т. д.

Зачастую отделение реанимации является наиболее затратным для учреждения здравоохранения, ввиду материальной базы, медикаментов, специалистов и т. д.

В среднем на 4–6 больных приходится врач-реаниматолог и 1 или 2 человека среднего медицинского персонала.

Отдельного внимания заслуживают реанимационные отделения в инфекционных больницах, а также реанимационные отделения так называемых «Красных зон». В таких отделениях действуют особые правила, как пребывания священника, так и его действий.

Основные правила пребывания священника в реанимационном отделении. Существуют основные правила, которые актуальны для большинства реанимационных отделений.

- Необходимо иметь при себе и надеть средства индивидуальной защиты (СИЗ). Для большинства реанимационных отделений – это шапочка, халат, бахилы, маска.

Важно! Халат в большинстве случаев одевается вперед сплошной частью и сзади завязывается, а не наоборот.

- Во всех реанимациях запрещено использование открытого огня (уголь, свечи и т. д.). Этот запрет объясняется тем, что в отделении находится оборудование с кислородом, который легко воспламеняется.
- Очень важно при входе в реанимационный бокс обработать руки. Правила обработки рук, следующие: сначала священник моет их с помощью дезинфицирующего мыла, вытирает, затем обрабатывает антисептическим раствором. Зачастую в реанимациях они локтевые, т. е. нажимаются локтем.

После выполнения этих простых правил, священник может спокойно выполнять то, для чего его пригласили: крестить, причащать, соборовать, исповедовать и т. д.

В реанимационном отделении «Красной зоны» мы сталкиваемся с необходимостью надевать полный комплект СИЗ, включая комбинезон, дополнительные бахилы, очки, респиратор. Для посещения данных отделений необходимо иметь одноразовые наборы для совершения

Таинств. Также важно ознакомиться с особенностями и последовательностью надевания всех элементов СИЗ. Это подробно изложено в специальном документе, который разработан Синодальным отделом по церковной благотворительности и социальному служению при Патриархе. Первое посещение «Красной зоны», конечно, может смутить пастыря и вызвать определенный страх или неопределенность, но это не страшно, уже после второго и последующих посещений к нему придет уверенность в своих действиях. Приобретение данного опыта невозможно в отвлеченных условиях. Самое главное, находясь в реанимации «Красной зоны» не спешить, если священник в чем-то не уверен, или что-то не получается. Уже само по себе нахождение в СИЗ первый раз вызывает некоторое неудобство и священнику необходимо привыкнуть.

Особенность посещения реанимационного отделения в инфекционной больнице связана с тем, что там всегда есть риск заболеть различным спектром заболеваний (гепатит, ВИЧ, и т. д.). Каким образом это может произойти? Через непосредственный контакт с человеком, при Исповеди, Причащении, Соборовании. Также очень важно помнить, что перед тем, как взаимодействовать с человеком, желательно уточнить о его состоянии у родственников или медицинского персонала отделения.

Также после посещения реанимационного бокса обязательно обрабатывать дезинфицирующим средством сосуда и иные принадлежности, которые использовались священником, если они не были одноразовыми.

При частом посещении инфекционных отделений, а также при контакте с людьми, которые болеют гепатитом или ВИЧ, желательно священнику регулярно сдавать анализ крови на выявление возможности заразиться данными заболеваниями, особенно это важно при наличии семьи у священника. В данном случае это не проявление маловерия или недоверия Богу, но забота о своем здоровье и здоровье своих близких.

Окормление персонала реанимационных отделений. Одним из направлений духовной помощи является окормление медицинского персонала. Реальность реанимационного отделения достаточно сложная и острая. Врачам, медсестрам приходится постоянно сталкиваться с тяжелыми состояниями пациентов, болью и волнением родственников, смертью пациентов. Все это очень угнетает медиков и порой мешает эффективно выполнять свои обязанности. Присутствие священника рядом с ними может благотворно сказаться на общем микроклимате отделения, а также улучшить их духовное и душевное состояние.

Священник может быть рядом в ситуациях смерти пациента. У медиков зачастую в первые часы и дни потери пациента развивается чувство вины, самоукорение за то, что возможно, не все было сделано, возможно, допущена ошибка. На этом этапе задача пастыря обсудить с человеком его переживания, опасения. Поговорить о чувстве вины. Помолиться за усопшего, если есть желание у медика. Подобный подход в оказании духовной помощи позволяет оперативно оказать необходимую помощь человеку, от работы которого зависят жизни многих пациентов.

Порой медику достаточно сложно дать возможность работать эмоциям, запустить этот процесс. На это оказывает достаточно сильное влияние их профессия. В таком случае задача священника помочь человеку выразить свои эмоции, вложить их в молитве к Богу. Такой способ очень эффективно действует, т.к. врачу или медсестре проще выразить свои чувства в обращении к Тому, кого он не видит, нежели человеку.

Сложность зачастую вызывает общение с родственниками пациентов, находящихся в реанимации. Они находятся в шоковом или просто в кризисном состоянии и их восприятие реальности искажено моральными и душевными переживаниями за близкого человека. В таких ситуациях священник может, при отсутствии протеста со стороны родных, присутствовать во время общения с медиками. В таких ситуациях, как показала практика, общение становится более эффективным и продуктивным, как для медицинского персонала, так и для родственников пациента. Во время общения, священник может быть связующим звеном между двумя сторонами.

Отдельно следует рассмотреть общение с родственниками пациента, в момент принятия диагноза или состояния пациента..

Самым сложным чувством, с которым пастырю приходится сталкиваться при обсуждении диагноза, это бессилие. Родные пациента просто погружаются в это состояние. Они не могут повлиять на диагноз, на лечение, на состояние близкого человека. Все это делает для них принятие диагноза достаточно сложным. На этом этапе начинают появляться попытки найти источник этой несправедливости. Вопросы за что и почему? Далее может следовать попытка "выторговать" изменение ситуации. Нередки обращения к гадалкам, целителям, экстрасенсам. На этом этапе также часто обращаются к священнику, рассматривая его на уровне шамана, который может сотворить чудо. В подобной ситуации священнику необходимо правильно и четко объяснить родным пациента свою роль и возможности.

Очень опасны различного рода манипуляции, которые в богословской среде принято называть младостарчеством, либо лжестарчеством. Конечно, люди в данной ситуации очень восприимчивы и задача священника не играть на этой готовности слушать все и беспрекословно принимать. Это также касается попыток воцерковления людей используя их состояние. Как показывает практика, такого рода воцерковление заканчивается на этапе ухудшения состояния пациента. Религиозное чувство начинает замещаться разочарованием в Боге, вере и во всем, что они делали до этого.

Одним из самых правильных подходов в данной ситуации является активное присутствие в жизни людей, которое может выражаться в желании выслушать, разделить боль, переживания, опасения. В создании ощущения поддержки.

Эмпатичное присутствие в жизни людей, которые находятся в кризисной ситуации, зачастую является одной из самых действенных форм дальнейшего воцерковления людей, их погружения в духовную жизнь и жизнь в лоне Церкви.

Заключение. Присутствие священника в реальности отделения интенсивной терапии (реанимации) является достаточно важным аспектом оказания духовной помощи пациентам и их родственникам.

Востребованность данной помощи общество и медики особенно ощутили во время пандемии Covid-19. Священник в реанимациях грязных зон порой был очень востребован, чтобы успокоить пациентов, совершить необходимые Таинства, пообщаться с медиками, снять напряжение в общении персонала с родными пациента.

Конечно, духовная помощь имеет определенные различия в зависимости от специфики отделения интенсивной терапии. Однако есть общие принципы, которые необходимо знать священнослужителю переступая порог реанимации.

Литература

1. Абабков, В. А. Адаптация к стрессу: Основы теории диагностики терапии / В. А. Абабков. – СПб.: Речь, 2004. – 164 с.
2. Арьес, Ф. Человек перед лицом смерти / Ф. Арьес // Пер. с франц. – М.: «ПрогрессАкадемия», 1992. – 527 с.
3. Василюк, Ф. Е. Психология переживания / Ф. Е. Василюк. – М., 1984. – 217 с.