



УДК 168.522

## ФОРМИРОВАНИЕ ПАСТЫРСКОЙ МЕДИЦИНЫ В ЗАПАДНОЙ ЕВРОПЕ: ОПЫТ ФИЛОСОФСКОГО ОСМЫСЛЕНИЯ

**А.А. ШЕВЧЕНКО**

*Общecerковная  
аспирантура  
и докторантура  
во имя святых  
равноапостольных  
Кирилла и Мефодия*

*e-mail:  
aalix2007@yandex.ru*

Статья посвящена малоизученному в России феномену христианской пастырской медицины, в которой проблематика болезни, смерти и человеческого страдания поднималась задолго до современной биоэтики и новоевропейской медицинской антропологии. В работе рассматриваются исторические и философские предпосылки формирования пастырской медицины, последствия христианизации языческой медицины. Для описания особенностей христианского отношения к болезни используется язык экзистенциальной феноменологии. Такой подход позволяет переосмыслить проблему страдания и смерти в современной медицине и рассмотреть пастырскую медицину как образовательный проект, необходимый для духовных учебных заведений. Автор раскрывает цели и задачи пастырской медицины. Рассматриваются причины, по которым в России в отличие от стран Западной Европы, традиция пастырской медицины не получила должного развития, а также место пастырской медицины в современной системе здравоохранения.

Ключевые слова: пастырская медицина, страдание, болезнь, смерть.

Целью настоящей работы является рассмотрение причин существования в современных странах Западной Европы феномена пастырской медицины, интерес к которой отсутствовал до недавнего времени в России. На первый взгляд совершенно непонятно, почему сложившееся во второй половине 19 века и хорошо дисциплинарно оформленное направление пастырской практики не получило своего развития в Русской Православной Церкви. По каким причинам это произошло? Для российского читателя остается не ясным предмет пастырской медицины, ее цели и задачи. Вместе с тем, современные проекты социального служения Русской Православной Церкви предполагают значительную активизацию пастырской работы в социальных и медицинских учреждениях, в связи с чем, изучение опыта пастырского служения пациентам в других странах, знакомство с формами служения в учреждениях здравоохранения, являются актуальной задачей, требующей своего изучения. Введение в странах Западной Европы должности капелланов в системе пенитенциарных учреждений и учреждений здравоохранения, служение которых оплачивается из источников финансирования названных учреждений – это свидетельство государственной заинтересованности и эффективности пастырской практики в больницах и тюрьмах. Однако, в западноевропейских странах предусмотрена и особая система подготовки священников к подобного рода служению. Такая система подготовки больничных капелланов, осуществляемая в рамках изучения пастырской медицины, пока не используется в нашей стране.

1. Спасение и исцеление: два аспекта Христовой Церкви.

Христианство всегда заботилось о телесном здоровье. «Ибо никто никогда не имел ненависти к своей плоти. Но питает и греет ее, как и Господь Церковь...»<sup>1</sup>. Исцеление от болезней, как знак приблизившегося Царства Божьего, сопровождает все пребывание Иисуса Христа на земле. Посылая двенадцать апостолов на проповедь, Он говорит: «Ходя же, проповедуйте, что приблизилось Царство Небесное. Больных исцеляйте, прокаженных очищайте, мертвых воскрешайте, бесов изгоняйте. Даром получили, даром давайте.»<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Еф 5. 29

<sup>2</sup> Мф 10. 7-8



Христиане хорошо знали о терапевтическом измерении спасения. Об этом свидетельствуют Иреней Лионский, Климент Александрийский, Ориген. Это знание послужило основой для заботы христианской Церкви о больных. Так, Папа Фабиан (который был папой римским с 236 до 250 года) разделил Рим на семь районов и доверил их семи дьяконам, чтобы они помогали нуждающимся и больным. Константин Великий в 335 году, закрепил попечение о больных за главами Церкви и доверил им управление социальными учреждениями, оказывающими медицинскую помощь<sup>3</sup>.

Однако, следует сказать о том, что чудеса исцеления во времена ранних христиан происходили не только в связи с именем Иисуса Христа. Языческие культы также предполагали выздоровление, – например, во время сна (непосредственные или через полупрозрачные во сне «советы»). Со II в. до н. э. начинает фигурировать языческая храмовая ареталогия, представлявшая собой отчеты специально находившихся при храмах лиц – ареталогов, в обязанности которых входило письменно излагать официальные сообщения о чудесных исцелениях больных. Во всяком случае, достоверно известно, что языческие культы использовались врачами. Так, Гален уверял, что ему удалось спасти много жизней, основываясь на советах и предписаниях, полученных от Асклепия, и признавал, что терапевтические откровения, которые сообщаются во снах, должны являться частью медицинской науки<sup>4</sup>. Это обстоятельство послужило поводом для полемики между христианами апологетами и языческими авторами относительно того, кто является истинным целителем людей – Христос или Асклепий, Ἀσκληπιός.

Появление христианской пастырской медицины отражено в текстах Нового Завета, где Христос – Первосвященник и глава Церкви исцеляет больных и Сам называет Себя врачом. Ссылки на болезнь и медицину в текстах Нового Завета довольно многочисленны. Их можно разделить на два типа: метафорические, состоящие в представлении Христа как истинного пути для здоровья человека и прямые, – являющиеся рассказами о действиях Христа среди больных. «Не здоровые имеют нужду во враче, но больные; Я пришел призвать не праведников, но грешников к покаянию», – говорит Иисус Христос в ответ на обвинения в том, что он с учениками ест и пьет вместе с грешниками<sup>5</sup>. Этой мыслью Спаситель метафорически представляет себя как врача, а грех как «болезнь»<sup>6</sup>. Из этого изречения Спасителя вытекало два важных исторических последствия<sup>7</sup>: во-первых, языческое представление о христианстве как о религии «для больных», для людей физически и морально слабых. Во-вторых, возникшие еще в раннем христианстве, рассуждения о покаянии в совершенном грехе, как о средстве для выздоровления.

## 2. Особенности христианского отношения к болезни.

Евангельское повествование обычно ограничивается наименованием болезней и описанием милостивого исцеления их Христом. И лишь дважды в Евангелии отражается онтологическая сущность болезни человека. В рассказе о слепорожденном и о болезни Лазаря. Оба текста – от евангелиста Иоанна, как известно, уделявшего особое внимание божественной природе Христа. Своим ответом<sup>8</sup> Иисус отвечает на два вопроса: какова причина болезни и каков ее смысл. Недвусмысленный ответ на эти вопросы указанного евангельского отрывка заключается в том, что физическая болезнь в описанном случае не есть следствие личного греха. А цель болезни, ее целевая причина – «чтобы на нем явились дела Божии». Из чуда исцеления слепорожденного<sup>9</sup> христиане не всегда извлекали урок самого Спасителя: болезнь может не быть следствием греха. Человек может болеть без того чтобы он сам или его родители совершали грех. Этот ответ, несомненно, вызвал в то время удивление.

<sup>3</sup> Dizionario di teologia pastorale sanitaria / G. Cinà, E. Locci, C. Rocchetta, L. Sandrin, Camilliane, eds. Torino, 1997. P.2.

<sup>4</sup> Межеричкая С.И. Культ Асклепия и психология античного общества II в. н. э. // Исследования и публикации по истории античного мира / Фролов Э. Д., ред. Санкт-Петербург, 2004. Выпуск 3. – С.373-394, здесь: с. 373.

<sup>5</sup> Лк 5. 31; Мф 9.12; Мк 2.17

<sup>6</sup> Entralgo P.L. Mysterium doloris: Hacia una teologia cristiana de la enfermedad. Madrid, 1955.P.16.

<sup>7</sup> Entralgo. Mysterium doloris...P.16.

<sup>8</sup> Ин 9.1-3

<sup>9</sup> Ин 9. 1-3



Чтобы в полной мере понять историческое значение этих слов Иисуса, произнесенных перед слепорожденным, необходимо вспомнить, что в те времена, болезнь трактовалась в контексте или греческого натурализма, или иудейского персонализма<sup>10</sup>. Для эллинской ментальности, радикально натурализованной, в природе, φυσικῶς, необходимо искать причину всех изменений: поэтому моральный беспорядок, – безнравственность, – является последствием физического беспорядка. Грех, является следствием дискразии – неправильного смещения жидкостей организма. «Несомненно, для греков грешащий был, прежде всего, больным, а мораль принадлежала ведению врачей»<sup>11</sup>. Такой подход весьма похож на опыт советской психиатрии, которая теоретически базировалась во многом именно на «физическом» понимании души.

Напротив, семитская мысль видела в больном грешника. Физическая болезнь была следствием греха, соматическое наказание было следствием нарушения нравственных законов. Семиты видели физическую реальность человека через призму моральной ответственности, поэтому рассуждение о болезни и поиск необходимого лечения было делом священника<sup>12</sup>.

Своим ответом Христос показывает, что болезнь – результат изменившихся после грехопадения человечества отношений между человеком и Богом, природой и другими людьми, – которые не всегда есть следствие греха самого заболевшего. Вероятно, с этим пониманием болезни связана возможность распространения античной медицины в апостольские времена и во времена патристики. Епископы христианской Церкви не могли не знать языческих рассуждений физиологии Галена против всемогущества Бога<sup>13</sup>. Однако, галенизм, как медицинское учение, был принят Оригеном и Святым Григорием Нисским<sup>14</sup>. Для христиан, как и для греков болезнь была более или менее продолжительным противоестественным состоянием человеческой природы. Хотя, следует уточнить, что у первых христиан было три подхода к античной медицине: некоторые христиане считали, что не должны принимать ничего от язычников (Тациан Ассирийский, Тертулиан), были, однако, и те, кто, безусловно, принимал греческую медицину (Эусебий Кессарийский), были и те, кто принимали ее и пытались «сшить» с христианским вероучением (Ориген, Климент Александрийский, Григорий Нисский)<sup>15</sup>. Однако, важно другое. Сочетание целительных и спасительных аспектов в служении Христа, заставляет нас думать о возможности сочетания этих двух аспектов в деятельности каждого священнослужителя и Церкви в целом.

### 3. Исторические динамика больничных учреждений

И действительно, христианская Церковь была важнейшим фактором в развитии медико-социальной помощи. Монастыри, в том числе и в России<sup>16</sup>, стали центрами не только христианской культуры, но и медицины, – в интересах насельников и насельниц монастырей, неимущих больных, а также для паломников. Монахи средневековой Европы сохранили в своих библиотеках и переводах не только мысли Аристотеля, но и большую часть из документов древней медицины, используя их на практике<sup>17</sup>. Как известно, первая больница, настоящий больничный городок, – была основана Святым Василием Кессарийским в 370 году. Именно от него мы узнаем о «городах гостеприимства», где существовали равные условия обращения с больными: где не было различий между греком и варваром, свободным и рабом, бедным и богатым. Больницы, hospitalitas стали лозун-

<sup>10</sup> Entralgo. *Mysterium doloris...* P.19.

<sup>11</sup> Entralgo. *Mysterium doloris...* P.20.

<sup>12</sup> Entralgo. *Mysterium doloris...* P.20.

<sup>13</sup> Galen. *De usu partium corporis humani*. XI, 14: «Моисей думал, что Богу все возможно, так как ему пришлось в голову сделать из праха вола или лошадь. Мы же, напротив, не считаем так. Есть вещи абсолютно невозможные в природе. Поэтому этих вещей не может сделать Бог... Недостаточно «хотеть» чтобы вещи появились сами по себе».

<sup>14</sup> Entralgo. *Mysterium doloris...* P.22.

<sup>15</sup> Entralgo P.L. *Historia de la medicina*. Barcelona, 2004. P.139-142.

<sup>16</sup> Ковалевская Б. Психология и отношение к больному человеку // *Московский Психотерапевтический Журнал*. Москва. 1997. № 4. – С. 46-47.

<sup>17</sup> Herranz J.C. *La aportacion de la iglesia a la sanidad desde el evangelio y su propia tradición*. URL: <http://www.sanitarios cristianos.com/img/humanizacion/aportacioniglesia.pdf> (дата обращения: 20.03.2011).



гом христианского мира. *Hospitalitas* – это слово, которым было переведено на латинский язык греческий термин *Φιλοξενία*, – радушие, гостеприимство, (в настоящее время этим греческим словом названо множество отелей) – выражает Новозаветный принцип милосердия. Это слово и само больничное учреждение того времени обнаруживало ясное понимание христиан того, что медицина и религия должны быть вместе. Создавая первые лечебные учреждения, христиане создавали, прежде всего, особое психологическое пространство: преисполненное любовью, милосердием и состраданием.

К концу Средневековья, мы видим частичный переход медико-санитарной помощи в руки муниципалитетов (эти последние в средневековье еще нельзя назвать в полной мере светскими, или тем более, секуляризованными властями). Муниципальные больничные учреждения, по крайней мере, первоначально, не были заменой Церкви в делах общественного здравоохранения, но помогли ей, оказывая должно организованную медицинскую помощь и карантинные мероприятия во время эпидемий: большим чумой и проказой, – для которых учреждались «карантинные лазареты». Их статусы предполагал присутствие капеллана, – больничного священника. Однако, лечебные учреждения позднего средневековья начали оставлять традиции христианских лечебниц и больничной уже не считался больше братом в Христе, но рассматривался как гражданин; медицинская услуга больному была уже обязанностью нанятых лиц, а не требованием милосердия<sup>18</sup>.

На Западе реакция католической Церкви на эту новую ситуацию, стала очевидной в период после триденского собора, который подвел черту под «полемикой о бедных», предопределенных Богом к болезням и нищете. Сильные духом, образованные и талантливые люди, оживляемые верой и милосердием, взяли на себя обязательство по проведению поистине лечебной реформы, интересуясь личностью самих больных, наряду с введением современных достижений медицины. Среди крупнейших основателей католических религиозных лечебных институтов этого времени история медицины и церкви помнят: в Италии Джованни ди Дио (1495-1550), основавшего больницу Фатенефрателли (то есть «братья, творите добро»); Камилло де Лелис (1550-1614), который ввел в медицину символ красного креста и ставшего основателем католического ордена, посвятившего всю свою деятельность служению больным, во Франции – Винченцо де Паоли (1575-1660), который основал конгрегацию «Дочерей милосердия», первую женскую конгрегацию, члены которой жили «в миру», вместе с больными и нуждающимися<sup>19</sup>. Однако, несмотря на их усилия, больницы, которые ранее считались, священными местами, постепенно становились «лечебными учреждениями». А Христова Церковь, которая в больнице чувствовала себя, как в собственном доме, который она же и создала, теперь превратилась там в гостя.

#### 4. Медицина как наука Нового Времени.

Ситуация еще более изменилась в Новое время, когда к концу 18 века химия и физика оформились как научно зрелые дисциплины. Принято считать, что медицина стала таковой лишь спустя еще столетие. Обычно утверждается, что медицина развивалась так медленно потому, что ее развитие зависело от других наук. Становление научной медицины зачастую описывается как феномен 19 века, стимулированный развитием естественных наук. Хотя, на мой взгляд, за таким образом стоит насильственная подмена исторического развития теории медицины теоретическими системами других дисциплин. О том, что это не так, свидетельствуют указания на то, что медицина долгое время сопротивлялась использованию научного метода (если под таковым понимать метод экспериментальный метод новоевропейской науки: да и по сей день опыты в медицине – очень сложная и запутанная тема биоэтики). Одна из основных причин неприятия научного метода медициной: эпистемологическая. Дело в том, что основания галеновской и античной медицины – были метафизическими. Черная желчь, тепло, влага и т.п. – рассматривались скорее метафизическими основаниями телесной природы, а не веществами. Наука же имела основание в чувственно наблюдаемом эксперименте.

<sup>18</sup> Cinà, Locci, Rocchetta, Sandrin. Dizionario di teologia... p.2.

<sup>19</sup> Cinà, Locci, Rocchetta, Sandrin. Dizionario di teologia... p.3.



Принято считать, что в 18 века наибольший вклад в медицину внесла патологическая анатомия. По мнению большинства историков медицины, это произошло в 1761 году, когда семидесятипятилетний Джованни Батиста Морганьи опубликовал свою работу *Sedibus et causis morborum per anatomien indagatis*, в которой подробно описал результаты вскрытий семисот трупов, сопровождая их рассказом о симптомах, предъявляемых каждым из этих больных при жизни. Находки Морганьи ориентировали внимание врачей на особые местные *изменения в органах*, что сильно отличалось от гуморальной теории медицины, – традиционного галеновского подхода, ориентированного на то, что общее состояние пациента, изменяется вследствие неправильного смешения жидкостей организма. Вследствие этого переворота, в медицине появляются новые методы физического исследования – выстукивание: перкуссия (Ауэнбруггер) и выслушивание: аускультация (Лаэннек). Однако, позднее, локальные изменения природы уже стали трактоваться как основание и причина болезней. Хорошо известна фраза Биша: несколько аутопсий дают тебе больше света, чем двадцать лет наблюдения над симптомами. Болезнь оказалась *полностью* вписанной в пространство *тела* больного, чего доселе никогда не было в медицине. **Появилась особая медицина, возникшая как следствие натурализации научного знания и секуляризации: медицина, из которой изгнана личность, – в христианском и православном значении этого слова.** После Морганьи человек, – его личность и душа, – перестал быть субъектом болезни. Таковым стали органы. Болезнь – это то, что в человеке, но не человек. И действительно, методики визуализации в медицине (УЗИ, рентгеновское исследование, различные виды томографий и.т.д.) – это аналог патологоанатомического, морфологического метода в диагностике. Именно они стали ведущими в современной медицине. Для диагноза и правильного лечения стало достаточно изучение состояния человеческого тела. Психологические аспекты болезни и страдания, стали малозначительны для так сформированной новоевропейской медицины. В медицину Нового Времени словно вернулась античная физиопатология, отказ от которой был когда-то наиболее значимым теоретическим следствием христианизации медицины, имевшей несколько последствий<sup>20</sup>.

- Помощь неизлечимым больным. Врачи, воспитанные на физиологии Галена и Гиппократов считали, что они не должны помогать неизлечимым больным «потому что врачебное искусство уже неспособно помочь»<sup>21</sup>.

- Одухотворение (психологизация) филантропии. Древнегреческая «филантропия», любовь к человеку была ограничена человеческим телом и помощи ему. Христианство же обеспокоено душой человека и борьбой со страстями. Медицина, которая для греков была врачебным искусством, превратилась в искусство милосердия. Слова Спасителя о Страшном Суде<sup>22</sup> показывает, что филантропия есть источник гиппократовской филотекнии, – любви к врачебному искусству. Что переворачивает античное представление о медицинском служении. Любовь к медицине – следствие любви к людям, а не наоборот: лишь потому, что в больном таинственным образом находится Христос.

- Бескорыстное лечение. Именно христианское милосердие инициировало на Западе лечение безмездными врачами.

- Установление регулярной медицинской помощи, движимой милосердием. Помощь больным лишь на основании любви трансформируется в несколько форм с распространением христианства: общественный институт диаконис, которые помогали больным в их месте жительства, создание больниц.

- И, наконец, использование для исцеления больных христианских таинств.

##### 5. Личностное измерение болезни

Однако, болезнь, имеет не только телесный аспект. Болезнь имеет психологическое измерение (которое в современной медицине часто либо игнорируется, либо «гасится» психофармакологическими воздействиями), обретает экономические, этические, духовные, личностные аспекты. Тот факт, что человек болеет, в христианской антропологии

<sup>20</sup> Entralgo. *Mysterium doloris*...P.61.

<sup>21</sup> Неизвестный автор текста из корпуса Гиппократов De arte. Цитировано по: Entralgo. *Mysterium doloris*... P.62.

<sup>22</sup> Мф 25:35-40

означает, что есть субъект болезни – личность. Так блаженный Августин писал, о том, что *anima mea po est ego*. Для христианского теолога больной есть, прежде всего, человек, который говорит или может сказать: я переношу мою болезнь. В этой связи важно отметить один важный аспект болезни в христианской антропологии. Болезнь для христианина – это не только психофизическое состояние. Это еще и испытание, – прежде всего для него, а потом и для тех, кто находится рядом и помогает ему<sup>23</sup>. Не зря наши англоязычные коллеги используют три различных термина, относящиеся к миру болезней: патология (Disease) или нозологическая сущность, которая является объектом изучения академической медицины. Опыт или переживание болезни (Illness), и наконец, третий концепт (Sickness), который выражает социальное значение болезни.

В чем заключается болезнь для человека? Что означает для человека быть больным? Есть две точки зрения на болезнь: во-первых, это взгляд на болезнь как на «объективную реальность», и, во-вторых, взгляд на болезнь как на субъективно переживаемую действительность. Однако, идея «объективной действительности», как и «знание без познающего субъекта» – это родимые пятна новоевропейского позитивизма в медицине. «Человеческое тело, кроме того, что оно является «телом-для-другого» или «объективным телом» является также полностью «телом-для-меня», «феноменологическим телом», и это добавляет в научное рассуждение о нем специфически новый элемент»<sup>24</sup>.

Интересным в этой связи является филологический аспект проблемы болезни. До того как человек стал узнавать в чем состоит суть болезни, он начал именовать ее. Jose de Letamendi, известный испанский врач 19 столетия провел исследование смысловых значений понятия болезнь в более чем ста двадцати языках. Он пришел к выводу: «по наблюдениям и опыту народов феномену болезни даются три универсальных предиката: а) **нехватка** (astheneia [слабость], infirmitas [слабость, нехватка сил]), б) **позитивный вред** (nosos [вред], morbus [то, что причиняет смерть]), в) **чувственный вред** (pathos [страдание], aegrotatio [то, что причиняет плохое настроение], dolentia [то, что причиняет боль])»<sup>25</sup>.

Медицина, наблюдающая пациента как объект своих диагностических и терапевтических исследований, описывает его катафатически, в терминах появления неких вновь появившихся у человека при заболевании феноменах: симптомах. Между тем, в экзистенциальном измерении, самый сильный опыт переживания болезни самим человеком описывается апофатически, – в терминах **потери**<sup>26</sup>. С болезнью теряется, прежде всего, свобода человека, к которой он привык в «нормальном» состоянии здоровья: свобода передвижения, мышления, творчества, работы. Тело человека становится препятствием его субъективности. Состояние фрустрации, которые описывают медицинские психологи во время болезни – это состояние, возникающее, когда человек не может достигнуть желаемых целей, потому что чувствует барьер между ним самим и целью, которую предстоит реализовать. И этот барьер, вообще говоря, переживается как утрата свободы.

Для пациента болезнь – это, прежде всего, не те изменения, которые обнаруживают врачи, а переживание **прерывания** обычного способа и темпа мышления, нормального ритма жизни, привычного поведения. Это утрата повседневных точек опоры, представленных в нормальной жизни вещами, людьми, видами деятельности, идеями.

Болезнь предполагает также **потерю образа самого себя**<sup>27</sup>. Больной человек вынужден пересматривать свое общение, свою роль в различных секторах жизни, проекты на будущее. Он теряет ощущение главного действующего лица в своем собственном доме, ощущение «хозяина». Иногда, проявляется чувство обузы себя для домашних, и сопутствующее этому ощущение вины. Больной теряет внутреннее спокойствие, гармонию с самим собой. Негативные эмоции, – депрессивного толка, ярость, нетерпение, печаль и т.д. – не принято демонстрировать в современном обществе. А именно негативные эмоции переполняют больного вследствие его потерь. Поэтому, с болезнью иногда появ-

<sup>23</sup> Entralgo. *Mysterium doloris*...P.56.

<sup>24</sup> Entralgo P.L. *Antropologia medica*. Barcelona, 1985.P. 218.

<sup>25</sup> Цит. по Entralgo.*Antropologia medica*... P. 213.

<sup>26</sup> Bemejo J.C. *Impacto de la enfermedad en la vida de la persona // El Dios cristiano y el misterio de la enfermedad*. Salamanca, 1996. P. 13 – 42, здесь: p.16. (Semanas de estudios trinitarios; 31).

<sup>27</sup> Bemejo. *Impacto*... P.18.



ляется ощущение потери права изъявлять свои собственные чувства. Попыткой выйти за пределы негативных эмоций зачастую является рассмотрение своей жизни «со стороны». Человек видит свой жизненный путь и его отдельные части как фильм о его собственной истории. И в этом фильме открываются много слабых и темных мест, которые вновь вызывают негативные эмоции, и формируют негативный образ самооценки.

Совершенно особые **потери возникают при госпитализации**<sup>28</sup>. В больнице человек невольно принимает «роль» больного, зависимого от медицинского персонала, от режима лечебного учреждения, от организации и финансирования системы здравоохранения. Медицина – это власть. Зачастую авторитарная. «Хороший больной – тот, который молчит, который осознает и принимает любые указания без обсуждения, который страдает, не жалуясь слишком много, который умирает, по возможности днем, недраматично и не докучая. Хороший больной – тот, кто не просит общения, – отношений между собой и медицинским персоналом...»<sup>29</sup>. В случае госпитализации теряется собственное физическое пространство, – пространство своего дома, своей семьи, в котором человек чувствует себя свободным, естественным. Теряется свобода организовывать свое личное время, в зависимости от своих собственных ритмов, желаний и привычек. Теряется приватность жизни – он должен совершать некоторые действия на глазах медиков, преодолевая свою стыдливость, реализовывать свои различные физиологические нужды в присутствии других людей.

Болезнь, – настоящая: когда исход не известен, – это время экзистенциального кризиса, это состояние «онтологического дефицита». Чего хочет больной? Ну, разумеется, прежде всего, здоровья. Однако же не только этого. Вместе с тревогой за свое будущее он ищет стабильности. Видя разрушение своей телесности, он хочет надежды. Перед своим страданием и болью он хочет получить ответ на вопросы «почему? За что?». Понимая, что болезнь перечеркивает его социальный успех, он хочет подтвердить уважением к себе. Осознавая с горечью, свои ограничения и потери, накладываемые на него болезнью, он хочет понять смысл жизни. Переживая страх смерти, он взыскует жизнь в ее полноте. И надо быть честным: все эти проблемы не может решить его лечащий врач. Духовные нужды больных включают в себя: желание быть воспринимаемым как личность (быть субъектом, а не только объектом в системе здравоохранения), желание вновь «перечитать» свою личную историю (как форма поиска и полагания смысла своей жизни), необходимость встретить сочувствие, освободиться от вины, извиниться перед другими и самооправдаться за свои ошибки, желание трансценденции: то есть намерение сохранить и распространить свою жизнь в чем-то большем чем в себе самом, – Дюркгейм говорил в свое время о четырех пространствах, наиболее открытых для трансценденции: природа, искусство, встреча с другим, религиозный культ: форма вертикального продления жизни. Кроме того, появляется «желание длиться», иметь свое продолжение: форма горизонтального продления жизни. Многим пациентам свойственно ожидание правды, а не фальшивых иллюзий о своем состоянии, желание выразить свой религиозный и жизненный опыт. Все эти намерения пациентов лежат за пределами целей, задач и возможностей организации системы здравоохранения.

#### 6. Феномен пастырской медицины

Пастырская медицина, – то есть применение медицинских знаний к практическим проблемам священнослужителей, имеющих попечение о больных, появляется в полной мере в Христовой Церкви. Пастырская медицина, которая окончательно формируется как дисциплина во второй половине 19 века, не является частью или специализацией медицинского знания. Тем более она не является какой-то особой медициной: вроде лечения молитвами и травами. Она также не является применением к медицине морально-этических проблем и ограничений, – этим занимается биоэтика. Не существует в этом смысле никакой альтернативной «не-пастырской» медицины. Пастырскую медицину можно определить как применение современных медицинских знаний к решению про-

<sup>28</sup> Bemejo. Impacto... P.21.

<sup>29</sup> Colombero G. La enfermedad, tiempo para la valentia. Colombia, 1993. P.31.



блем повседневной практики священнослужителя, общающегося с больными людьми<sup>30</sup>. При совершении треб и таинств священник должен понимать, что привычные для него отношения с прихожанами, могут сильно изменяться в случае общения с пациентами и даже со здоровыми людьми, находящимися в особых состояниях, являющихся предметом медицины – например, при беременности<sup>31</sup>. **Пастырская медицина – это особое отношение пастыря к больному и медицинскому акту, состоящее в возвращении личностного подхода и личностной проблематики в медицину, которая (как указывалось выше) утратила христианское понимание личности в Новое время.** Пастырская медицина это система взглядов на больного и здравоохранение, базирующихся в христианской антропологии, а не особая техника врачевания.

**Целью** пастырской медицины является реализация попечения Церкви о здоровье человека, которое выражается присутствием и различными действиями Церкви в системе здравоохранения, смысл которых – установление сопричастности этой системы (пациента, медицинского персонала, самой организации системы здравоохранения) осваивающему, лечащему и спасающему Христу. Практические и теоретические **задачи** священника в рамках пастырской медицины довольно многочисленны. Позволю себе перечислить здесь наиболее значимые из них, так как они не являются чем-то очевидным или достаточно раскрытым в отечественной литературе.

Изучать с позиции христианской веры все наиболее острые и актуальные проблемы системы здравоохранения, возникшие вследствие научных и технических изысканий, так как в них имплицитно содержится проблема человеческой природы и достоинства человеческой личности.

Способствовать образованию и просвещению всех людей с евангельских позиций: то есть из перспективы бесценности и святости человеческой жизни: от зачатия до смерти человека.

Способствовать гуманизации современной системы здравоохранения, социальных институтов, ответственных за медико-санитарное обслуживание, отношений между медицинским персоналом и пациентами.

Помочь больному принять и оценить ситуацию болезни, в которой он оказывается, и сопровождать и укреплять его молитвой и благодатью Церковных таинств.

Помочь немощным пациентам, в особенности инвалидам, обрести смысл жизни, открыть высшие ценности бытия.

Помочь родственникам перенести болезнь их близких как испытание, без душевной травмы, сохранить их любовь и желание помогать пациентам.

Участвовать в образовании медицинского персонала, которое должно быть основано не только на профессиональной компетентности, но и на понимании фундаментальных ценностей личности пациента.

Наконец, среди задач пастырской медицины, есть и задача философского и богословского осмысления пастырской практики общения с больными. Причем философия и богословие пастырской медицины имеет своей целью не столько формулировать универсальные истины, сколько выяснить критерии, которыми можно руководствоваться для изменения живой пастырской практики. Диалог пастырской медицины с теологическими дисциплинами (экзегетика, библейская теология, догматическое богословие, нравственное богословие, церковное право и т.д.) служит для определения философских и богословских критериев построения шкалы ценностей, необходимой для того, чтобы проинтерпретировать конкретную ситуацию, в которой находится пациент, посредством чего формулируется стратегия и тактика оказания пастырской помощи пациенту<sup>32</sup>. Образно говоря, при общении с пастырем пациент должен быть поднят с земли на небесную вы-

<sup>30</sup> Medicina pastoral: cuestiones de Biología, Antropología, Medicina, Sexología y Psiquiatría / Monge M. A., ed. Pamplona, 2004. P.29. В этой же работе можно найти солидный список руководств, посвященных пастырской медицине, изданный в конце 19 и в начале 20 столетий: р.31.

<sup>31</sup> Филимонов С., Тихонов Ю. Е., Торопкина Ю. Ю. и др. Церковное душепопечение беременных женщин и молодых матерей // Церковь и медицина. Спб., 2010. №6. – С. 25-28.

<sup>32</sup> Brusco A., Pintor S. Tras las huellas de Cristo medico: manual de teología pastoral sanitaria. Santander. 2001.





соту богообщения, а не обличен и унижен в своем недостоинстве посредством знания священнослужителем богословских дисциплин и церковно-правовых норм.

В протестантской литературе термин «Пастырской медицины» не то чтобы не прижился. Когда, в немецком языке говорится о «пастырской клинической помощи» (*klinische Seelsorge*), в английском языке «Pastoral Counseling», «Clinical Pastoral Education» (CPE), а в российской литературе – пастырское душепопечение<sup>33</sup> – то имеют ввиду лишь одну (но не единственную) форму активности Церкви в системе здравоохранения: личное общение с пациентом, психотерапевтическое по своей сути. Хотя, существует и более широкий взгляд на психотерапию, согласно которому подлинная «терапия души» не возможна вне Христа. При этом Христова Церковь рассматривается как целительное сообщество, а Православие – как медицинская наука<sup>34</sup>.

В России в настоящее время имеется как минимум две православных духовных семинарии, в которых преподается спецкурс, называющийся «пастырская медицина»: Казанская (12 учебных часов) и Воронежская (30 академических часов). Между тем, подготовка больших капелланов, к примеру, в Католическом Леувенском Университете (Бельгия) предусматривает<sup>35</sup>, после четырех лет обучения теологии, дополнительный год, где будущий пастырь специально готовится к служению в системе здравоохранения. Программа для капелланов этого года обучения содержит 50 % учебного времени специальных богословских дисциплин и 50 % медицинских дисциплин и, кроме того, предполагает стажировку 6 – 8 недель в больнице. Чем оправдано такое внимание к будущим священникам?

Дело в том, что вопросы, которые рождаются от боли и приближения смерти, – истинные вопросы, глубоко философские и богословские. Ответы на них приводят к мысли о том, что мы не можем обойтись без отношений солидарности, без встречи, сопричастности, сострадания. Не можем оставаться в эгоцентризме. А это и есть вопросы, относящиеся к сфере духовности, – если под духовностью понимать тот ансамбль отношений, которые каждый индивидуум культивирует внутри себя, и которые потом растут в разнообразных направлениях: в общении с другими, с миром, с Богом. Очевидно, что человеческая духовность в этом смысле становится хрупкой и уязвимой в момент тяжелой болезни, в момент, в котором человеческое существо сопоставлено с острой болью, с приближением смерти. Когда ВОЗ предложило «новое определение здоровья» (22 июля 1946 года), включающее в себя понятие духовного благополучия, это было воспринято восторженно особенно представителями религиозных конфессий. Однако же, духовность не является синонимом религиозности.

Духовность связана с вопрошанием человека о самом себе. Духовность, – верующих или неверующих людей, связана с поиском возможности возрастания своего духовного измерения, с поиском правды, надежды, смысла жизни и смерти, с размышлениями о том, что люди могут оставить после своего ухода из жизни. Ответы на эти вопросы могут не иметь никакого отношения к религии. Духовность можно описывать как способность трансцендировать от материального, как сферу окончательных целей и ценностей, как поиск смысла человеческого бытия. Религиозность же отличается наличием определенных (иногда жестко определенных – как, например, символ православной веры), – верований, принадлежность к группе, которая практикует определенные религиозные празднования, ритуалы, необходимость придерживаться определенной морально-религиозной системы. Таким образом, объем понятий духовность и религиозность лишь отчасти пересекаются, но не совпадают полностью. Изнутри человеческого опыта религиозность могла бы быть понята как форма духовности. Но тогда, это лишило бы ее нетварного, божественного измерения. Что иногда делается сегодня в рамках развития

<sup>33</sup> Филимонов С., священник. Пастырское служение в больнице. СПб. 2003. – С. 256. Авдеев Д. А. В помощь страждущей душе: Опыт врачебного душепопечения. Москва, 2001.

<sup>34</sup> Иерофей (Влахос), митрополит. Православная психотерапия: святоотеческий курс врачевания души. М. 2005. – С. 368.

<sup>35</sup> Cinà, Locci, Rocchetta, Sandrin. Dizionario di teologia... P. 849-852. См. также сайт богословского факультета Католического Леувенского университета [Электронный ресурс]. URL: <http://theo.kuleuven.be/page/keywords/152/> (Дата обращения: 2.04.2011).

нейротеологии. С точки зрения христианской антропологии духовность и религиозность могут быть рассмотрены как проявление ипостасной активности человека, как признаки наличия у человека ипостаси, личности. Отсюда же следует, что пастырское душепопечение должно пониматься шире, чем лишь окормление *верующих* пациентов, а пастырская медицина может и должна заниматься помощью и неверующим людям.

Различение духовного и религиозного уровня человеческого существования позволяет лучше понять феномен пастырского консультирования или пастырское сопровождение, «Pastoral Counseling». Это помощь священника человеку в преодолении трудностей его роста, – на личном, межличностном и духовном уровнях. Пастырское консультирование – очень широкая практика. Здесь мы рассматриваем лишь ее медицинский аспект: как пастырские советы болящему человеку. Пастырская помощь может относиться и к религиозному измерению пациента и к духовному, – в случаях, когда больной не приемлет разговоров о религии, чужд религиозной вере или принадлежит другим религиозным конфессиям. Родившееся в США, Pastoral Counseling, было тесно связанным с успехами гуманитарных наук, – прежде всего, с психологией и различными формами психотерапии, – как форма общения с пациентом пастырем, неудовлетворенных практическими результатами светской медицины в сфере душевного состояния соматических больных. Пастырское сопровождение, однако, имеет ряд отличий от обычного психологического консультирования. Это, прежде всего:

- наличие у священника особых знаний: по истории, религиозной философии, христианской антропологии, догматического и нравственного богословия в которые «вписываются» проблемы пациента;
- его символическая роль представителя Церкви, главой которой является Христос;
- место, где происходит оказание пастырской помощи – часто это религиозное здание или церковная община;
- религиозные средства: использование Священного Писания, молитв, церковных Таинств;
- конечная цель пастырского консультирования (святость человека и его спасение в церковном значении этого слова).

Пастырская медицина не могла возникнуть без потребности пациентов, нуждающихся в священнике, понимающем не только душевные проблемы больных, но и их физическое состояние. Без такого понимания священник всегда рискует впасть в абстрактное морализаторство: в призывы больного к покаянию, причастию и чтению молитв как решение всех медицинских проблем. Однако, в равной мере пастырская медицина не могла возникнуть и без верующих врачей-христиан. Без диалога таких врачей со священнослужителями невозможно себе представить возникновение пастырской медицины, междисциплинарной по своей сути. Не случайно, издание одного из первых руководств по пастырской медицине<sup>36</sup> фактически совпадает по времени с возникновением первой ассоциации католических врачей во Франции в 1884 году. Со временем движение католических врачей охватило весь мир и в настоящее время оно объединяется очень многочисленной и влиятельной Международной Федерацией Католических Медицинских Ассоциаций (FIAMC). Причинами появления этого сообщества, по мнению Henri Bon<sup>37</sup>, была реакция верующих врачей на процессы дегуманизации и коммерциализации в медицине, на антихристианские и атеистические настроения в обществе, за которыми последовала релятивизация нравственных принципов, что привело к разрушительным последствиям для личного и общественного здоровья. Состояние Русской Православной Церкви в конце 19 и в начале 20 столетия, последующие годы гонений на Церковь являются наиболее вероятными причинами, объясняющими тот факт, что в России не нашлось места объединения православных врачей вплоть до 90-х годов 20 века. А интерес к пастырской медицине возникает теперь в России только теперь: в той степени, в которой Русская Православная Церковь интенсифицирует свое социальное служение и в той мере, в кото-

<sup>36</sup> Von Olfers. Pastoral Medizin. Herder. Frigurgo. 1881.

<sup>37</sup> Bon H. Compendio de la Medicina Catolica. Madrid. 1942. P.559.



рой в стране усугубляется нравственное неблагополучие население, несущее болезни и смерть. Так нравственность приобретает онтологическую окраску.

7. Смерть как проблема личности и пастырской медицины.

Примером особого, личностного подхода, отличающего пастырскую медицину от медицины светской, является отношение к умирающему пациенту и, вообще говоря, к страху перед страданием и смертью. Реакцией на страдания любого человека (верующего или неверующего) неизбежно лежит вопрос: почему? Этот вопрос очень схож с вопросом ребенка, который открывает для себя жизнь, задавая все тот же вопрос своим родителям. Это экзистенциальный вопрос. Это непрерывное вопрошание «заставляет быть», он заставляет становиться человеком. В опыте боли человек приобретает опыт трансценденции, превосхождения себя. Эта экзистенциальная тревога больного человека фундаментальна, и бывает особенно обострена в виде страха смерти. Иногда может сложиться впечатление, что хорошее пастырское или психотерапевтическое сопровождение больного в состоянии уничтожить страх смерти. Однако это не так. Священник может помочь умирающему человеку управлять смертной тоской, но никакое отношение помощи и никакая человеческая техника, не способны избавить от этой тоски, которая никогда не покидает полностью человеческое существо. Об этом экзистенциальном ужасе человеческой природы перед смертью слова Спасителя «Боже Мой, Боже мой! для чего Ты Меня оставил?»<sup>38</sup>. Христианская вера может принять тоску, связанную со смертью, признать ее, быть научить противостоять ей и бороться с нею, научиться сосуществовать с ней, выдерживая ее. Но он не может ее уничтожить.

Никогда не было легко умирать. Страдание человека перед смертью это не только чувство физической боли, но и замешательства, беспомощности, страха. Современный человек не знает, что делать со смертью. Он уже не принимает религиозной формы умирания, но и не открыл никакой новой. Смерть – это событие, где со всей ясностью открываются границы нашей современной культуры, которая не знает, что делать со смертью – иначе как изгонять ее и прятать. Вначале, проанализирую коротко формы отношения к смерти, которые можно наблюдать в нашем обществе. Потом возможное служение церкви умирающему.

Сегодня мы умираем не так как умирали наши отцы и деды. Более поздно и медленно. С меньшей болью, но более одинокими. Окруженные техникой, но менее сопровождаемые людьми. Есть несколько очевидных признаков отношения к смерти современного общества<sup>39</sup>.

**Сокрытие смерти.** Эта невозможность интегрировать смерть в нашу современную жизнь имеет глубокие корни. С одной стороны нет места смерти, в обществе где высшая цель – удовольствие. С другой стороны – смерть это неудача технического прогресса, радикальная импотенция человеческого бытия спастись самостоятельно. Наконец, смерть и умирание не могут интересовать систему, интересующуюся производством и его эффективностью. Поэтому смертью по-настоящему интересуются лишь ритуальные службы, патологоанатомы и судмедэксперты.

**Изоляция умирающего.** Умирают уже не в семейном очаге, а в больнице. Больной умирает обычно в кругу профессиональных медиков, окруженный техникой и технологиями, одурманенный психотропными препаратами. За ширмой, – чтобы умирающего не могли видеть другие больные. Видимо это – самая гуманная форма умирания, которую современное общество может предложить сегодня.

**Деперсонализация.** Еще несколько десятилетий назад умирающий был главным героем своей смерти. Он сопровождался своими близкими, любимыми, давал им свои последние советы, просил прощения, получал святые таинства и переходил в другую жизнь. Сейчас медицина может продлить жизнь. Врачи обеспокоены сохранением и поддержанием жизненных констант. Мало кому интересно, что боль, одиночество, беспомощность, ощущение недостойности своего существования пугают больше чем сама смерть. С другой стороны «святая ложь» родственников и медперсонала не дает человеку приготовиться к смерти.

<sup>38</sup> Мф 27,46

<sup>39</sup> Pagola J.A. Hacia una muerte más humana y más cristiana // El Dios cristiano y el misterio de la enfermedad. Salamanca, 1996. P. 233-256. (Colección “Semanas de estudios trinitarios”; 31).



Все это происходит в климате **религиозной индифферентности и кризисе веры**. Отсутствие веры в жизнь после смерти, включая тех, кто называется христианами и не верят в воскресение. Теперь, немного людей, которые просят в смертный час религиозной поддержки и помощи. В тоже время смущенные и растерянные родственники не могут предложить ничего другого. Мало по малу смерть превратилась в факт деперсонализации, интегрированный в технический процесс лишенный не только религиозного, но и гуманистического содержания.

Христианский ответ на существование смерти и страдания – это не объяснение, но присутствие. Соприсутствие. Как в гефсиманском борении. «Душа Моя скорбит смертельно; побудьте здесь и бодрствуйте со Мною»<sup>40</sup>. Любовь в форме соприсутствия понятна любому человеку, не зависимо от его религиозных убеждений. Но, Христианин – это еще и человек, впусивший в себя смерть и страдание. Не сделать этого для христианина – значит исказить образ реальности: жить так, словно смерти нет. Так живет современное секуляризованное общество. Живет с «тиранией предполагаемого совершенства»<sup>41</sup>: навязывая идеологическое представление о совершенных людях как о людях здоровых, компетентных, свободных, равных и всегда независимых. Однако все люди болеют и умирают. Любого рода экзистенциальный кризис болезни укоренен в переживании своей конечности, накладываемый смертью на бесконечную и бессмертную человеческую личность. Так смерть отравляет жизнь в ее экзистенциальном измерении: ощущением недостижимости целей вследствие нашей конечности. И только в общении личностей (и не важно, чем это общение опосредовано: словами, музыкой, прикосновением или текстом) удастся преодолеть эту изрядную дозу смерти, которая неизменно подмешивается в жизнепрживание. Только в общении (воистину «бытие есть общение») разрывается оболочка смерти, стягивающая человека в точку, в ничто. Тогда о смерти не просто забываешь. В общении сама смерть онтологически и онтически обращается в небытие. Это триумф Христа, Который «смертию смерть поправ».

Но ведь и обратное верно. Через общение сострадания в мою душу врывается смерть. Не чужая. Через общение любая смерть – это моя смерть. Неуправляемость разрушения тела больного человека, для того кто за ним ухаживает, переживается как сковывающая безысходность смерти, которая касается душу и тело: не только больного, но и того кто его любит. Она, – смерть, – обладает любящим и любимым в отологическом смысле слова – она накладывает свои крепкие и хорошо ощутимые границы на обоих, она делает человека беспомощным что-либо изменить. Но она не может лишиться личности объединяться в общении и любви.

#### 8. Формы присутствия Церкви в медицине.

Говоря сегодня о Церкви в мире здравоохранения, мы не должны предполагать, что находимся в мире христианизированном. Сейчас ни общество в целом не может быть названным христианским, ни больной, зачастую, не является столь глубоко верующим, что не может обойтись без заботы Церкви, ни сама Церковь уже не находится в том мире медицины, в котором она находилась когда-то, когда сама строила этот мир на принципах христианской антропологии. Насколько теперь актуально присутствие Церкви в системе здравоохранения и в каких формах это присутствие возможно?

Суть и живая основа Пастырской медицины – это Пастырское душепопечение, которое воплощается в разных формах присутствия Церкви в системе здравоохранения. Во-первых, это «учредительное» присутствие: назовем так создание Церковью собственных учреждений медицинского и социального назначения<sup>42</sup>. Во-вторых, через службы религиозной помощи в светских учреждениях медико-социального профиля: через больничных капелланов. В-третьих, через профессиональное присутствие: то есть присутствие

<sup>40</sup> Мф 26.38

<sup>41</sup> Sgreccia P. La tirannia della presunta perfezione e normalita // Camillianum. Roma, 2008. № 23. P. 219-222.

<sup>42</sup> Bailly-Baillere A. 25 años al servicio de los enfermos // Palabra. Madrid. 2010. № 558. P. 14-15. Согласно этому источнику, римско-католическая церковь в 2009 году имела по всему миру: 5378 больниц (из них 1669 – в Америке, 1363 в Европе), 18088 диспансеров (5663 Америка, 5373 Африка, 3532 Азия), 521 лепрозорий (Азия 293, Африка 186), 15448 домов престарелых (Европа 8271, Америка 3839), 9376 приютов для сирот (Африка 3367), 11555 детских садов, 13599 семейных консультаций (Европа 5919, Америка 4827), 33146 образовательных центров.



через воцерковленных профессиональных медицинских работников, способствующих отношениям пациент-священник. И наконец, через группы верующих добровольцев, которые по зову сердца помогают пастырям и работе медицинского персонала как в больницах, так и при патронаже больных на дому. Во всех случаях главное назначение присутствия Церкви в системе здравоохранения – это гуманизация мира охраны здоровья. Из медицины никогда не исчезал и не исчезнет полностью имманентно присущей ей гуманизм: великодушное профессиональное служение пациентам, желание облегчить из страдание и сделать людей здоровыми. Однако, уже очевидно, что гуманистический подвиг врача все чаще становится уделом отдельных профессионалов. Медицина, которая практикуется в настоящее время радикально соматизирована и исполнена технологизмом. Поэтому все чаще говорят о ее *дегуманизации*, возникающей, когда представители системы здравоохранения забывают, что человек является конечной целью системы охраны здоровья и профессиональной деятельности медицинских работников, когда на процесс диагностики и лечения влияют другие факторы и обстоятельства: экономического или идеологического характера, соображения профессионального престижа или конкуренции. Это время, когда востребована пастырская медицина.

#### Заключение.

Причинами возникновения и существования в современных странах Западной Европы феномена пастырской медицины является реакция христианской Церкви на процессы дегуманизации и нравственной дезорганизации общества, отказавшегося от Бога. Одной из негативных последствий атеистического гуманизма стал рост заболеваемости и смертности в западноевропейских странах и их последующая депопуляция. Европейская медицина в теоретическом и практическом аспектах оказалась ослабленной изгнанием идеи личности, понимаемой в христианском значении этого слова. Система здравоохранения, по убеждению Церкви, должна оставаться местом, в котором продолжают действовать целительные действия Христа и Его совершенная любовь. А не только быть сферой финансовых потоков, человеческих амбиций, знаний, умений и навыков. Именно здесь обнаруживается пастырский вызов современной медицине.

Предметом пастырской медицины является представления о личности, воипостазирующей душевые и телесные энергии природы заболевшего человека. Основой задачей пастырской медицины и ее особенной миссией является возвращение в систему здравоохранения совокупности ценностей и практик, проистекающих из христианского понимания личности. Больные люди – это зачастую люди ограниченные в физическом и умственном восприятии мира и собеседника. Но они особенно обостренно чувствуют любовь. Курс пастырской медицины, как образовательный проект для понимания того, что происходит с человеком в болезни, помог бы пастырям лучше донести до пациентов свою и Христову любовь.

Сложившаяся в западноевропейских странах, пастырская медицина несет в себе неизбежный отпечаток католического и протестантского богословия и религиозной философии. В этой связи необходимо изучение этой дисциплины в контексте православной традиции. В России существует Общество православных врачей, общины сестер милосердия и большое число священников, регулярно помогающих больным людям. Настало время написания для них православного руководства по Пастырской медицине. Необходимо обсуждение вопроса о введении этого предмета, основанного на идеях православной антропологии, в учебные курсы православных духовных учебных заведений.

Пастырская медицина – это форма терапии и педагогика одновременно. Радикальное излечение пациента от одиночества, от превращения больного в объект медицинских манипуляций, наблюдаемый с биологической точки зрения, от ощущения страдающими людьми пустоты и бессмысленности жизни, что возможно только через личностное возрастание. Для этого пастырская медицина предлагает теоретические знания о том, что происходит с телом и душой больного, обучает навыкам и формам общения с больными, использует знание христианской антропологии и психологии для укрепления человека в его страдании и для его спасения.

#### Список литературы



1. Dizionario di teologia pastorale sanitaria / G. Cinà, E. Locci, C. Rocchetta, L. Sandrin, Camilliane, eds. Torino, 1997.
2. Межеричкая С.И. Культ Асклепия и психология античного общества II в. н. э. // Исследования и публикации по истории античного мира / Фролов Э. Д., ред. Санкт-Петербург, 2004. Выпуск 3. С.373-394.
3. Entralgo P.L. *Mysterium doloris: Hacia una teologia cristiana de la enfermedad*. Madrid, 1955.
4. Galen. *De usu partium corporis humani*. XI, 14. В русском переводе: Гален К. О назначении частей человеческого тела. М.1971.
5. Entralgo P.L. *Historia de la medicina*. Barcelona, 2004.
6. Ковалевская Б. Психология и отношение к больному человеку // Московский Психотерапевтический Журнал. Москва. 1997. № 4. С. 46-47.
7. Herranz J.C. *La aportacion de la iglesia a la sanidad desde el evangelio y su propia tradición*. URL: <http://www.sanitarioscristianos.com/img/humanizacion/aportacioniglesia.pdf> (дата обращения: 20.03.2011).
8. Entralgo P.L. *Antropologia medica*. Barcelona, 1985.
9. Bemejo J.C. *Impacto de la enfermedad en la vida de la persona // El Dios cristiano y el misterio de la enfermedad*. Salamanca, 1996. P. 13 – 42. (Semanas de estudios trinitarios; 31).
10. Colombero G. *La enfermedad, tiempo para la valentia*. Colombia, 1993.
11. *Medicina pastoral: cuestiones de Biologia, Antropologia, Medicina, Sexologia y Psiquiatria / Monge M. A., ed. Pamplona, 2004.*
12. Brusco A., Pintor S. *Tras las huellas de Cristo medico: manual de teologia pastoral sanitaria*. Santander. 2001.
13. Филимонов С., Тихонов Ю. Е., Торопкова Ю. Ю. и др. Церковное душепопечение беременных женщин и молодых матерей // Церковь и медицина. Спб., 2010. №6. С. 25-28.
14. Филимонов С., священник. *Пастырское служение в больнице*. Спб. 2003.
15. Авдеев Д. А. *В помощь страждущей душе: Опыт врачебного душепопечения*. Москва, 2001.
16. Иерофей (Влахос), митрополит. *Православная психотерапия: святоотеческий курс врачевания души*. М. 2005.
17. Von Olfers. *Pastoral Medizine*. Herder. Frigurgo. 1881.
18. Bon H. *Compendio de la Medicina Catolica*. Madrid. 1942.
19. Pagola J.A. *Hacia una muerte más humana y más cristiana // El Dios cristiano y el misterio de la enfermedad*. Salamanca, 1996. P. 233-256. (Coleccion “Semanas de estudios trinitarios”; 31).
20. Sgreccia P. *La tirannia della presunta perfezione e normalita // Camillianum*. Roma, 2008. № 23. P. 219-222.
21. Bailly-Baillere A. *25 años al servicio de los enfermos // Palabra*. Madrid. 2010. № 558. P. 14.

## **FORMATION OF THE PASTORAL COUNSELING IN WESTERN EUROPE: EXPERIENCE OF PHILOSOPHICAL JUDGEMENT**

**A.A. SHEVCHENKO**

*Ss Cyril and Methodius  
Post Graduate  
and Doctoral Schools*

*e-mail:  
aalix2007@yandex.ru*

The article is devoted to a phenomenon of Christian Pastoral Counseling, insufficiently studied in Russia, in which the problematics of illness, death and human suffering existed long before modern bioethics and medical anthropology. In the article historical and philosophical preconditions of formation of Pastoral Counseling a consequence of christianisation the pagan medicine are considered. For the description of features of the Christian attitude to illness the language of Existential Phenomenology is used. Such approach allows to rethink a problem of suffering and the death in modern medicine and to consider Pastoral Counseling as the educational project necessary for spiritual educational institutions. The author opens the purposes and problems of Pastoral Counseling. The reasons on which in Russia unlike the countries of the Western Europe the tradition of Pastoral Counseling has not received due development, and also a place of Pastoral Counseling in modern system of public health services are considered.

Key words: Pastoral Counseling, suffering, illness, death.