

«Физика» и «метафизика» смерти



Выполнила:
Кручинина А.
240 гр.

"Человек есть существо умирающее" - это суждение принадлежит к разряду банальных истин. Нет ничего более очевидного, и в то же время, в буквальном смысле, менее очевидного для человека, чем его собственная смерть. Отношение человека к смерти человека - это всегда отношение, моделирующее всю систему моральных взаимосвязей и взаимозависимостей.

Символично, что смерть в библейском понимании стала первым проявлением и обнаружением "зла" как моральной реальности.



Моральное отношение к смерти всегда являлось кардинальным, системообразующим и жизнеобеспечивающим принципом для любого человеческого сообщества. Новые медицинские критерии смерти человека - "смерть мозга" - и новые социальные подходы к индивидуальной смерти - "право на смерть" - не только частное, конкретное дело медицины. **"Физика"** смерти, такова уж ее особенность, непосредственно связана с **"метафизикой"** смерти, т.е. ее моральным и социальным измерением.

$$\frac{\text{материальное}}{1} = \frac{1}{\text{идеальное}};$$
$$\frac{\text{физика}}{1} = \frac{1}{\text{метафизика}};$$

КРИТЕРИИ СМЕРТИ И МОРАЛЬНО-МИРОВОЗЗРЕНЧЕСКОЕ ПОНИМАНИЕ ЛИЧНОСТИ

Проблема смерти - это проблема по существу своему морально-религиозная и медицинская. И если религия и мораль - это своеобразная "метафизика" человеческой смерти, то "физикой" ее является медицина. На протяжении веков в христианской цивилизации они дополняли друг друга в процессе формирования траурных ритуалов, обычаев, норм захоронения и т.п. Медицинские гигиенические нормы и признание возможности ошибок при диагностике смерти (случаи мнимой смерти и преждевременного захоронения) разумно сочетались с обычаем христианского отпевания и захоронения на третий день после смерти.

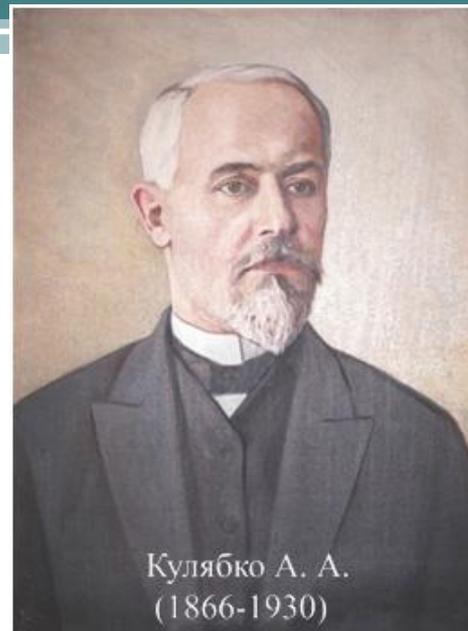
Медицинская диагностика смерти, связанная с констатацией прекращения дыхания и остановкой сердцебиения, была непротиворечиво связана с христианским пониманием сердца и дыхания как основах жизни. Не удивительно, что первые научно обоснованные попытки оживления умерших были связаны с восстановлением дыхательной способности и функции кровообращения.



Так, например, в 1805 году доктор Е.Мухин предлагал с целью оживления мнимо умерших вдвухать в легкие воздух с помощью мехов. К началу XIX века во многих странах Европы ставился вопрос о новом определении смерти, которая связывалась уже с отсутствием эффекта реакции организма на искусственное дыхание.



В XIX веке началось бурное развитие медицинских технических средств, которые успешно использовались для более точной констатации смерти и одновременно проходили испытания новых способов оживления организма. В России первая удачная попытка оживления сердца, извлеченного из трупа человека, была произведена в 1902 году доктором А.А.Кулябко (Томский университет). В 1913 году Ф.А.Андреев предложил способ оживления собаки с помощью центрипетального введения в сонную артерию жидкости Рингер-Локка с адреналинам.



Ф.А.Андреев

В 20-е годы был сконструирован первый в мире аппарат для искусственного кровообращения. Он был назван его создателем С. С. Брюхоненко и С. И. Чечелиным "автожектор". В годы Великой Отечественной войны В. А. Неговский и его коллеги разрабатывали "комплексную методику оживления" организма. Одновременно происходило детальное изучение процессов конечных стадий жизнедеятельности. Неговский выделял пять стадий умирания - преагональное состояние, терминальная пауза, агония, клиническая и биологическая смерть.



Сергей Ионович Чечулин



Сергей Сергеевич Брюхоненко



В.А. Неговский

Различение клинической смерти (обратимого этапа умирания) и биологической смерти (необратимого этапа умирания) явилось определяющим для становления реаниматологии - науки, изучающей механизмы умирания и оживления умирающего организма. Сам термин "реаниматология" был впервые введен в оборот в 1961 году В.А.Неговским на Международном конгрессе травматологов в Будапеште.

Формирование в 60-70-е годы реаниматологии многие считают признаком революционных изменений в медицине. Это связано с преодолением традиционных критериев человеческой смерти - прекращения дыхания и сердцебиения - и выходом на уровень принятия нового критерия - "смерти мозга". Коренные изменения, вносимые достижениями медицинской науки во временное и качественное измерение смерти, оборачиваются ростом этической напряженности врачебной деятельности.

Реанимация - это непосредственное олицетворение научно-технических достижений человека. Однако между человеком и техническими средствами, им созданными, возникает достаточно жесткая взаимосвязь. М. Хайдеггер приводит такое сравнение: "Техническое, в самом широком смысле слова, есть ничто иное как план", созданный человеком, но который, в конце концов, вынуждает человека к действию, независимо от того, желает он того, или уже нет".



Говоря о коматозных больных, профессор Б.Г. Юдин очень метко называет период между состоянием "определенно жив" и "определенно мертв" - "зоной неопределенности".

В этой "зоне" типичны такие суждения врачей: "Человек еще жив, но он без сознания, необходимо дождаться его физической смерти от голода, инфекции", или, что одно и то же, "человек мертв, но он еще дышит, необходимо прекратить дыхание". В границах новых достижений медицины бьющееся сердце и дыхание - не есть признаки жизни. Констатация "смерти мозга" определяет личностную смерть, в границах которой допустима "растительная" (на клеточном уровне) жизнь. Новые медицинские постулаты с большим трудом адаптируются в общественном сознании, для которого очень странно суждение о том, что смерть констатирована, но человек ещё дышит.

Современной медицине соответствует современный образ человека как прежде всего разумного существа, чему соответствует и новый критерий его смерти - "смерть разума" или "смерть мозга", или "неокортексовая смерть", т.е. невыполнение мозгом своих функций мышления, рассуждения, контакта с людьми. Родственники пациента, оказавшегося в "зоне неопределенности", должны выйти на уровень новых, соответствующих происходящему в медицине, ориентиров.



Действительно, "зона неопределенности" оказывается в буквальном смысле слова вне пространства библейских этических заповедей. Шестая заповедь "не убий" в этой зоне не работает, ибо в терминах традиционной морали - это "зона" неизбежного убийства или "отказа от жизнеподдерживающего лечения". Но кто должен принимать и осуществлять решение о смерти человека?



Технические достижения требуют предельно рационального отношения человека к своей смерти. Рациональное отношение к смерти предполагает практически юридическое оформление ответов на вопросы, как Вы хотели бы умереть, кто должен принимать решение в соответствующей ситуации, насколько строго и кем должна выполняться Ваша воля. Пытаясь освободить от моральной и юридической ответственности невольных исполнителей "воли зоны" - врачей, общество обращается к принципу эвтаназии - умышленному, безболезненному умерщвлению безнадежно больных людей.

Эвтаназия - моральные, правовые и социальные аспекты

Термин эвтаназия происходит от греческих слов *eu* - "хорошо" и *thanatos* - "смерть" и означает сознательное действие, приводящее к смерти безнадежно больного и страдающего человека относительно быстрым и безболезненным путем с целью прекращения неизлечимой боли и страданий.



Эвтаназия, как новый способ медицинского решения проблемы смерти (прекращения жизни) входит в практику современного здравоохранения под влиянием двух основных факторов. Во-первых, прогресса медицины, в частности, под влиянием развития реаниматологии, позволяющей предотвратить смерть больного, т.е. работающей в режиме **управления умиранием**. Во-вторых, смены ценностей и моральных приоритетов в современной цивилизации, в центре которых стоит идея "прав человека".

Эвтаназия - неоднозначное действие. Прежде всего различают активную и пассивную эвтаназию. Активная - это введение врачом летальной дозы препарата. При пассивной эвтаназии прекращается оказание медицинской помощи с целью ускорения наступления естественной смерти. Западные специалисты, например Совет по этике и судебным делам Американской Медицинской Ассоциации, вводят понятие "поддерживаемое самоубийство". От активной эвтаназии оно отличается формой участия врача. "Поддерживаемое самоубийство" - это содействие врачу наступлению смерти пациента с помощью обеспечения необходимыми для этого средствами или информацией (например, о летальной дозе назначаемого снотворного). Кроме этого, вводится градация "добровольной", "недобровольной" и "непреднамеренной (невольной)" эвтаназии.

В первом случае эвтаназия осуществляется по просьбе компетентного пациента.

Недобровольная эвтаназия проводится с некомпетентным пациентом на основании решения родственников, опекунов и т.п. Непреднамеренная эвтаназия совершается без согласования с компетентным лицом. При этом под компетентностью понимается способность пациента принимать решение. Совет по этике и судебным делам АМА допускает при этом, что эти решения могут быть не обоснованными". "Люди имеют право принимать решения, которые другие считают не разумными, поскольку их выбор проходит через компетентно обоснованный процесс и совместим с личными ценностями"

ПОСЛЕДНЕЕ ПРАВО ПОСЛЕДНЕЙ БОЛЕЗНИ ИЛИ СМЕРТЬ КАК СТАДИЯ ЖИЗНИ

Обязанность "лжесвидетельства" во имя обеспечения права смертельно больного человека на "неведение" всегда составляла особенность профессиональной врачебной этики в сравнении с общечеловеческой моралью. Основанием этой обязанности являются достаточно серьезные аргументы. Один из них — роль психоэмоционального фактора веры в возможность выздоровления, поддержание борьбы за жизнь, недопущение тяжелого душевного отчаяния.

Известно, что "лжесвидетельство" по отношению к неизлечимым и умирающим больным было деонтологической нормой советской медицины. "В вопросах жизни и смерти советская медицина допускает единственный принцип: борьба за жизнь больного не прекращается до последней минуты. Долг каждого медицинского работника — свято выполнять этот гуманный принцип", — наставляли учебники по медицинской деонтологии. Поскольку считалось, что страх смерти приближает смерть, ослабляя организм в его борьбе с болезнью, то сообщение истинного диагноза заболевания рассматривалось равнозначным смертному приговору.



В настоящее время специалистам доступны многочисленные исследования психологии терминальных больных. Обращают на себя внимание работы доктора Е. Кюблер-Росс. Исследуя состояние пациентов, узнавших о своем смертельном недуге, доктор Е. Кюблер-Росс и ее коллеги пришли к созданию концепции "смерти как стадии роста".



Элизабет
Кюблер-Росс

Схематично эта концепция представлена пятью стадиями, через которые проходит умирающий (как правило, неверующий человек):

Первая стадия — "стадия отрицания" ("нет, не я", "это не рак");

Вторая — стадия "протест" ("почему я");

Третья — стадия "просьба об отсрочке" ("еще не сейчас", "еще немного");

Четвертая — стадия "депрессия" ("да, это я умираю");

Пятая — "принятие" ("пусть будет"). Обращает на себя внимание стадия "принятия".



Модель Kubler-Ross

Результаты медико-психологических исследований оказываются в непротиворечивом согласии с христианским отношением к умирающему человеку. Православие не приемлет принцип "лжесвидетельства" к умирающим верующим, религиозным людям. Эта ложь "лишает личность решающего итогового момента прожитой жизни и тем самым изменяет condition humaine не только жизни во времени, но и в вечности"

В рамках христианского миропонимания смерть — это дверь в пространство вечности. Смертельная болезнь — это чрезвычайно значимое событие в жизни, это подготовка к смерти и смирение со смертью, это покаяние и шанс вымолить грехи, это углубление в себя, это интенсивная духовная и молитвенная работа, это выход души в определенное качественное состояние, которое фиксируется в вечности. "Соккрытие от пациента информации о тяжелом состоянии под предлогом сохранения его душевного комфорта нередко лишает умирающего возможности сознательного приготовления к кончине и духовного утешения, обретаемого через участие в Таинствах Церкви, а также омрачает недоверием его отношения с близкими и врачами".

Право пациента на личный образ мира, и на свободу, и на самоопределение, несмотря на явное несоответствие того или иного выбора "принципу пользы", как бы очевиден он ни казался кому-то, является основанием доктрины "информированного согласия". Долг и ответственность врача в рамках этой доктрины понимается как долг перед свободой и достоинством человека и ответственность за сохранение ценности человеческой жизни, "вытекающей из высокого богосыновьяго сана человека".

**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!**